

Levantamento para Intervenção Precoce de Rhode Island

Conhecendo seu(sua) filho(a) e sua família



LOGO da Agência

Nome da criança:

Data de nascimento: / /

Nº da identidade:

Este documento visa obter informações da família, para melhor compreensão do desenvolvimento e funcionalidades da criança, as prioridades e necessidades da família, e para construir uma base para os próximos passos.

Por que seu(sua) filho(a) foi encaminhado(a) para Intervenção Precoce (IP)? Fala/ Linguagem Coordenação Motora Fina/Grossa Comportamental/Adaptativa Audição/Visão Atraso no Desenvolvimento Condição Diagnosticada
Outros

Por favor, forneça detalhes se necessário:

Quais são suas principais preocupações?

Quais são suas prioridades em relação ao desenvolvimento, comportamentos e/ou habilidades de seu(sua) filho(a)?

Considere as respostas do cuidador abaixo para obter uma melhor compreensão de como essas informações podem afetar a elegibilidade ou os resultados da criança/família

Seu(sua) filho(a) tem uma condição médica ou comportamental diagnosticada? Não Sim

Quem forneceu este diagnóstico?

Seu(sua) filho(a) tem algum comportamento que preocupe a você ou a outras pessoas que o(a) conhecem? Não Sim

Se sim, descreva resumidamente:

Seu(sua) filho(a) nasceu a termo? Sim Não Se não, com quantas semanas de gestação foi o nascimento?

Qual foi o peso de seu(sua) filho(a) ao nascer?

Houve algum fato extraordinário sobre sua gravidez ou o nascimento de seu(sua) filho(a)? Não Sim

Se sim, descreva brevemente

Seu(sua) filho(a) já foi hospitalizado(a)? Não Sim Se Sim, descreva resumidamente:

Seu(sua) filho(a) toma algum medicamento? Não Sim Nome do medicamento:

Seu(sua) filho(a) tem alergias? Não Sim. Se Sim, descreva resumidamente:

Seu(sua) filho(a) usa algum equipamento especial Não Sim Se Sim, descreva resumidamente:

Como você descreveria a saúde de seu(sua) filho(a), de forma geral? Muito boa Boa algumas preocupações

Descreva os padrões de sono de seu(sua) filho(a), incluindo onde ele(a) normalmente dorme

Descreva a nutrição e alimentação de seu(sua) filho(a) (ou seja, preferências alimentares, dieta geral, ingestão, deglutição, mastigação)

Forneça informações adicionais conforme necessário

Levantamento para Intervenção Precoce de Rhode Island

Sabemos que experiências adversas na primeira infância podem ter impacto no desenvolvimento da criança. O impacto dessas experiências pode ser minimizado com apoio positivo, estratégias e respostas consistentes de pais e cuidadores. Se a família responder "sim", pergunte se concordam em compartilhar como aquela situação impactou seu(sua) filho(a) e sua família.

Sua família já sofreu violência ou doença crônica? Não Sim Se sim, descreva:

Você ou sua família já passaram por desafios de saúde mental (por exemplo, depressão materna, ansiedade)? Não

Sim Se sim, descreva:

Sua família já foi afetada pelo uso de drogas ou álcool? Não Sim Se sim, descreva:

Você já teve dificuldade com moradia ou falta de moradia? Não Sim Se sim, descreva:

O relatório KIDSNET para dosagem de chumbo, audição e imunização foi analisado? Não Sim

É necessário acompanhamento com a família em alguma dessas áreas? Não Sim

Se sim, quais?

Seu(sua) filho(a) passa algum tempo em local autorizado de cuidados e educação infantil? Sim Não

Localização/Nome do Cuidador:

Horário:

Horas/semana:

Seu(a) filho(a) passa algum tempo sob os cuidados de algum outro adulto além dos pais? Sim Não

Localização/Nome do Cuidador:

Horário:

Horas/semana:

Quais são alguns dos brinquedos e atividades favoritos de seu(sua) filho(a)?

O que mais você gostaria que soubéssemos sobre seu(sua) filho(a)?

Há algo sobre sua família, cultura ou crenças espirituais que seria bom nós sabermos ao trabalhar com você e seu(sua) filho(a)?

Outras observações e informações:

É importante para a Intervenção Precoce conhecer todos os indivíduos na vida de uma criança, os recursos da família e as áreas de necessidade. Isso também ajuda a garantir que todos na vida da criança sejam considerados ao planejar resultados, estratégias e apoios.

Os provedores podem desenhar um EcoMap ou completar as perguntas abaixo.

Quem são as pessoas na vida de seu(sua) filho(a)? (Quem mora na casa? Outros que moram fora de casa)

Quem são os profissionais da área médica que cuidam de seu(sua) filho(a)?

A quem você procura quando precisa de apoio? (familiares, amigos, visitantes domiciliares, prestadores de serviços, etc.)

Há apoios ou recursos sobre os quais gostaria de saber mais? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique:

Outras observações e informações: