

## ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA INFANTIL

### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DA CRIANÇA: Matheus Henrique de melo oliveira

DATA DE NASCIMENTO: 20/09/2016 IDADE: 8 anos

NOME DO(A) RESPONSÁVEL: Francisca Kênia de Freitas melo

GRAU DE PARENTESCO: mãe CONTATO: 84 (84) 99261181

ENCAMINHADO POR: neuropediatra

OUTROS ACOMPANHAMENTOS: (x) psicologia (x) terapia ocupacional (X) Psicomotricidade ( ) fisioterapia ( ) educação física ( ) nutrição

### II. QUEIXA

Paciente com TEA e TDAH, apresenta dificuldades na fala. Tem muita ecolalia. Começou a falar aos 6 anos. Quando deseja algo costuma perguntar aos pais "Matheus quer tal coisa?"

### III. HISTÓRICO FAMILIAR E DE SAÚDE GERAL

( ) atraso no desenvolvimento da linguagem

( ) transtorno do espectro autista

( ) transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

( ) síndromes

( ) gagueira

( ) surdez

Na ocorrência de histórico familiar, qual o grau de parentesco e proximidade? \_\_\_\_\_

Alergias e intolerâncias? ( ) sim (x) não

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? (X) sim ( ) não.

Qual(is)? Arpejo (aripiprazol), 1 comprimido à noite

### IV. GESTAÇÃO E PARTO

Houve alguma intercorrência no período gestacional? ( ) sim (x) não

Se sim, o que aconteceu? \_\_\_\_\_

Fez uso de alguma medicação durante a gestação? ( ) sim (x) não

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sob prescrição médica? ( ) sim ( ) não

Iniciou o pré-natal com quantas semanas/meses? A partir dos 3 meses

A gravidez foi planejada? ( ) sim (x) não

Parto: ( ) normal (x) cesariana. Quantas semanas gestacionais? 39 semanas

Precisou das seguintes medidas de suporte à vida:

Incubadora: ( ) sim (x) não Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

UTI: ( ) sim (x) não Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Fototerapia: ( ) sim (x) não Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Fez teste da orelhinha? (X) sim ( ) não. Qual o resultado? Passou

Fez teste da linguinha? (X) sim ( ) não. Qual o resultado? Sem alterações

Caso tenha falhado, realizou a frenotomia? ( ) sim ( ) não

Foi amamentado(a)? (X) sim ( ) não (por 4 meses)

Complementou? ( ) sim ( ) não

## **V. DESENVOLVIMENTO GERAL (DNPM)**

### **Motor:**

Engatinhou: \_\_\_\_\_

Andou: começou uma semana antes dos 12 meses

Sentou com apoio: \_\_\_\_\_

Sentou sem apoio: \_\_\_\_\_

### **Fala:**

Chorou? ( ) sim ( ) não

Balbucios: não balbuciou

Primeira palavra: começou a falar aos 6 anos

Houve regressão? ( ) sim (x) não.

Se sim, voltou a falar? \_\_\_\_\_

Observações: Produz vocalizações quando está alegre. Usa celular, mas usa pouco e não tem acesso a internet. Gosta de assistir vinhetas da globo, das novelas, globo rural. Gosta de objetos circulares, gosta de girar máquinas de lavar. Fazia terapia de linguagem com Mirella, Na João Carrilho. Mais de 1 ano de terapia.

### **Audição:**

Assustava com sons intensos? (X) sim ( ) não. Tem hipersensibilidade auditiva. Usa abafador. Bate a mão na cabeça. Apresenta comportamentos autolesivos. Quando em ambientes muito estimulantes tende a se autolesionar.

Direcionava o olhar quando chamado pelo nome? (X) sim ( ) não. Não fazia quando mais novo.

Otalgia e/ou otites de repetição? ( ) sim (x) não. Se sim, realizou algum tratamento? \_\_\_\_\_

## **VI. LINGUAGEM RECEPTIVA E EXPRESSIVA**

Faz contato visual? (X) sim ( ) não.

Você acredita que hoje ele é uma criança distraída? (X) sim ( ) não.

Reconhece objetos se solicitado?(X) sim ( ) não.

Compreende e segue ordens/instruções simples?(X) sim ( ) não.

Responde às perguntas de forma coerente?(.) sim (X) não.

Consegue ser compreendido? ( ) sim (x) não.

Precisa de apoio de outros para fazer solicitações?(x) sim ( ) não.

Nomeia objetos e pessoas? (X) sim ( ) não.

Reconta fatos de sua rotina? ( ) sim (x) não.

Como você considera que é a comunicação dele hoje? Limitada, mas consegue comunicar coisas básicas, como necessidades básicas e desejos.

## **VII. MOTRICIDADE OROFACIAL**

Hábitos orais deletérios? (X) sim ( ) não. Se sim, quais? Usou chupeta até os 2 anos.

Disfagia? ( ) sim (x) não.  
Refluxo? ( ) sim (x) não.  
Escape de alimento ao mastigar? ( ) sim (X) não.  
Modo respiratório: (x) nasal ( ) oral ( ) misto  
Estuda no SESC

### **VIII. ALTERAÇÕES SENSORIAIS E COMPORTAMENTAIS**

Hipersensibilidade auditiva? (X) sim ( ) não.  
Seletividade alimentar? ( ) sim (x) não.  
Seletivo? ( ) sim ( ) não. Compulsivo? ( ) sim (X) não.  
Há preferências alimentares? \_\_\_\_\_  
Evita texturas? ( ) sim (X) não.  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Gira em seu próprio eixo? ( ) sim (x) não, mas gosta de girar objetos  
Se machuca com frequência? (X) sim ( ) não.  
Chora e/ou fica irritado com frequência? ( ) sim (x) não.  
Se sim, por quê? \_\_\_\_\_

### **IX. SOCIAL**

Busca interagir com pares? ( ) sim (x) não.  
Permanece brincando com outras crianças?( ) sim (x) não.  
Busca o adulto para intermediar suas interações?( ) sim (x) não.  
Participa de atividades em conjunto?(X) sim ( ) não.  
Descreva sua rotina: Estuda pela manhã, almoça no SESC e depois vai para a terapia aba e psicomotricidade e depois fono e to. Dorme às 20h00 e acorda as 6h00.

### **X. OBSERVAÇÕES**

Principais interesses: futebol, carrinhos de corrida, instrumentos musicais, esconde-esconde, tablet (futebol, sinuca). Tem muitas estereotipias.

Mossoró/RN  
14 de julho de 2025

Isaura Ruth Vieira da Costa  
Fonoaudióloga  
CRFa 8 12207

---

