

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES - BOCA PEDIATRIC GROUP

Bem-vindo à nossa clínica! Por favor, preencha o formulário da forma mais específica possível para nos ajudar a conhecer mais sobre seu filho/a. Se as perguntas não se aplicarem, por favor, indique "N/A".

Nome do paciente: _____ Data de Nascimento: _____
Motivo da visita: _____

HISTÓRICO: (GRAVIDEZ, PARTO, NASCIMENTO E PRIMEIRA SEMANA DE VIDA)

- 1) Apresentou alguma doença ou complicação durante a gravidez? [S]/ [N] Se a resposta for SIM, explicar _____
- 2) Nome do médico que entregou seu bebê: _____ Tipo de parto?
Cesariana ou Parto Natural?
Nome do Hospital: _____
- 3) Peso ao nascer _____ lbs _____ oz. Tamanho? _____
- 4) Houve alguma complicação com o bebê ao nascer? Respiratória [S] [N] Icterícia [S] [N]
Outra: _____
Quanto tempo o bebê permaneceu no berçário (sala de recém-nascidos)? _____

HISTÓRICO MÉDICO:

- 1) Seu filho tem experimentado um número incomum de doenças ou outros problemas de saúde que precisam de atenção médica? [S] ou [N] Se a resposta for SIM, explicar:

- 2) Seu filho é alérgico a algum medicamento? [S] ou [N] Se a resposta for SIM, por favor, indique quais.: _____
- 3) Seu filho sofre de alergias de algum tipo?? [S] ou [N] Se respondeu SIM, por favor, indique quais: _____
- 4) Seu filho toma medicamentos regularmente? [S] ou [N] Se a resposta for Sim, por favor, indique quais: _____
- 5) Seu filho já foi hospitalizado alguma vez? [S] ou [N] Quando? _____
Motivos: _____
- 6) Seu filho já passou por alguma cirurgia? [S] ou [N] Quando? _____
Motivos: _____
- 7) Por favor, indique se seu filho já teve algum dos seguintes:
[] Cólicas [] Problemas de alimentação [] Infecções de ouvido [] Resfriados frequentes []
Sibilância [] Asma [] Hepatite
[] Convulsões [] Erupção cutânea [] Dermatite/urticária [] Infecções urinárias [] Dor de
garganta por estreptococos [] Anemia
[] Reações a medicamentos [] Problemas articulares [] Problemas nos pés ou pernas []
Problemas de comportamento [] Outros _____
Comentários: _____

DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO:

1) Até onde você sabe, o desenvolvimento do seu filho é normal? [S] ou [N]

Comentários: _____

2) A que idade seu filho/a começou a?: Sentar sozinho? _____ Andar? Formar frases?

Começou a usar o banheiro? _____

3) Série escolar? _____ Algum problema na escola? [S] ou [N] Fundamental::

4) Há algum outro problema de comportamento? [S] ou [N] Por favor explicar:

5) Seu filho já usou drogas ilegais? [S] or [N]

PERFIL/HISTÓRICO FAMILIAR:

1) Idade do Pai: _____ tem uma saúde boa? [S] ou [N] Idade da mãe: _____ tem uma saúde boa? [S] ou [N]

2) Os pais estão Casados Não estão casados Divorciados Separados

Existem outros filhos na família? Quantos: _____ Por favor, indique os nomes dos/das irmãos/irmãs e suas idades a seguir: _____

3) Algum membro da família ou parente de sangue da criança teve algum dos seguintes problemas de saúde? (Se a resposta for sim, por favor, indique o parentesco e o nome) _____

Diabetes Asma Anemia Epilepsia/Convulsões Atraso mental Problema com drogas ou álcool

Câncer AIDS Fibrose cística Tuberculose Doença cardíaca Pressão alta Enxaqueca

Colapso nervoso Defeitos de nascimento Perda precoce da audição Morte Súbita do Lactente Febre do feno

Outra ou comentários:

Quais soluções de cuidado para a criança estão disponíveis na ausência dos pais?

Nome e relação da pessoa que preenche este formulário?

Data de hoje: _____

Muito obrigado!