



Impressos

IMP01.IT01.PC02

## FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA CRECHE

Data de Admissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Cessação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo da Cessação : \_\_\_\_\_

Sala

### 1. Identificação da Criança

Nome : \_\_\_\_\_

### 2. Frequência de Outra Resposta Social

Frequência de outras respostas
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Se Sim
<input type="checkbox"/> Creche
<input type="checkbox"/> Ama
<input type="checkbox"/> Familiar

Adaptação:

### 3. Características Gerais da Criança

<input type="checkbox"/> Agitada
<input type="checkbox"/> Apática
<input type="checkbox"/> Chora muito
<input type="checkbox"/> Dorme pouco
<input type="checkbox"/> Sono agitado

Observações:

### 4. Hábitos Alimentares

Nos 1ºs meses
<input type="checkbox"/> Peito
<input type="checkbox"/> Biberão
<input type="checkbox"/> Dificuldades de sucção
<input type="checkbox"/> Anorexia
<input type="checkbox"/> Dificuldades de deglutição
Actualmente
<input type="checkbox"/> Come tudo
<input type="checkbox"/> Come sozinho
<input type="checkbox"/> Come com ajuda
<input type="checkbox"/> Tem dieta
<input type="checkbox"/> Alergias Alimentares
<input type="checkbox"/> Alimentos preferidos
<input type="checkbox"/> Alimentos a não comer
<input type="checkbox"/> Passagem para alimentos sólidos

Especifique:

Especifique:



Impressos

IMP01.IT01.PC02

## FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA CRECHE

### 5. Hábitos de Sono

<input type="checkbox"/> Posição para dormir
<input type="checkbox"/> Como Adormece
<input type="checkbox"/> Objectos para dormir
<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia

Especifique:

### 6. Hábitos de Higiene

Controla
<input type="checkbox"/> Micções Sim Não
<input type="checkbox"/> Defecções Sim Não
Usa fralda
<input type="checkbox"/> Durante o dia
<input type="checkbox"/> Só para dormir
<input type="checkbox"/> Não usa fraldas

Especifique:

Especifique:

### 7. Situação de Saúde

Nome do médico assistente

Telefone

Telemóvel

Doenças até á data
<input type="checkbox"/> Sarampo
<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Papeira
<input type="checkbox"/> outras
<input type="checkbox"/> Necessidades Educativas Especiais
<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso frequente
<input type="checkbox"/> Vacinas actualizadas

Especifique:



Impressos

IMP01.IT01.PC02

## FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA CRECHE

### 8. Brincadeiras Preferidas

- Brinquedos
- Canções
- Brincar sozinha
- Brincar com amigos
- Actividades preferidas
- Brinquedos preferidos

Especifique:

### 9. Principais Preocupações

- Audição e/ou visão
- Desenvolvimento da linguagem e da fala
- Capacidade de locomoção
- Desenvolvimento social e emocional
- Desenvolvimento global

Especifique:

#### Desenvolvimento Social e emocional

Como é que a sua criança responde a situações de grupo?

O que fazer para promover a adaptação da sua criança à creche?

Como é que a sua criança comunica as suas necessidades?

Em situações de desconforto, como é que a sua criança é consolada?

Como corrige a sua criança?



Impressos

IMP01.IT01.PC02

## FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA CRECHE

Outros aspectos a salientar?

### 10. Outras informações

Quais os motivos que o levaram a escolher a Creche “Voar mais alto”?

O que espera da Creche?

Considera importante a realização de reuniões de Pais? Em que horário?

Que outros serviços gostaria de ter na Creche?

Indique outras informações que considere relevantes

Assinaturas

Família: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_