

HISTÓRIA CLÍNICA - MBGR
Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Nome: _____ N° _____
 Data do exame: ___ / ___ / ___ Idade: ___ anos e ___ meses DN: ___ / ___ / ___
 Estado civil: _____ Informante: _____ Grau de parentesco: _____

Estuda: sim. Em qual ano: _____ não. Até que série estudou: _____
Trabalha: sim. Em que: _____ não
Já trabalhou: não sim. Em que: _____
Atividade física: não sim. Qual: _____

Endereço: _____ **N°:** _____ **Complemento:** _____
Bairro: _____ **Cidade/Estado:** _____ **CEP:** _____
Fones: Residencial: (____) _____ Trabalho: (____) _____ Celular: (____) _____
Endereço eletrônico: _____
Nome do pai: _____ **Nome da mãe:** _____
Irmãos: não sim. Quantos: _____

Quem indicou para Fonoaudiologia? (Nome, especialidade e telefone): _____

Queixa principal: _____

Outras queixas relacionadas à: (0) não (1) às vezes (2) sim

<input type="checkbox"/>] lábios	<input type="checkbox"/>] língua	<input type="checkbox"/>] sucção	<input type="checkbox"/>] mastigação	<input type="checkbox"/>] deglutição
<input type="checkbox"/>] respiração	<input type="checkbox"/>] fala	<input type="checkbox"/>] frênulo lingual	<input type="checkbox"/>] voz	<input type="checkbox"/>] audição
<input type="checkbox"/>] aprendizagem	<input type="checkbox"/>] estética facial	<input type="checkbox"/>] postura	<input type="checkbox"/>] oclusão	<input type="checkbox"/>] cefaléia _____
<input type="checkbox"/>] ruído na ATM	<input type="checkbox"/>] dor na ATM	<input type="checkbox"/>] dor no pescoço	<input type="checkbox"/>] dor nos ombros	
<input type="checkbox"/>] dificuldade ao abrir a boca	<input type="checkbox"/>] dificuldade ao movimentar a mandíbula para os lados		<input type="checkbox"/>] Outro: _____	

Antecedentes Familiares

não sim. Qual: _____

Intercorrências

Na gestação: não sim. Qual: _____
No nascimento: não sim. Qual: _____

Desenvolvimento motor

Sentar: normal alterado Em que época: _____
Andar: normal alterado Em que época: _____

Tem dificuldade motora para: (0) não (1) às vezes (2) sim

] correr] vestir-se] amarrar sapato] abotoar] andar de bicicleta] Outras: _____

Problemas de saúde

	Qual	Tratamento	Medicamento
Neurológico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Ortopédico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Metabólico:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Digestivo:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____
Hormonal:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	_____	_____

Outros problemas: _____

Problemas respiratórios

		Frequência anual	Tratamento	Medicamento
Resfriados frequentes*:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Problemas de garganta:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Amidالية:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Halitose:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Asma:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Bronquite:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Pneumonia:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Rinite:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Sinusite:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Obstrução nasal:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Prurido nasal:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Coriza:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Espirros em salva:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			

* resfriado freqüente (alteração de via aérea superior – viral): crianças até 5 anos acima de 12 episódios/ano
entre 6 e 12 anos acima de 6 episódios/ano

Outros problemas: _____

Sono

Agitado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Fragmentado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ronco:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ressona:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Sialorréia (baba):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Apnéia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ingestão de água a noite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca aberta ao dormir:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca seca ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Dores na face ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Postura:	<input type="checkbox"/> decúbito lateral	<input type="checkbox"/> decúbito dorsal	<input type="checkbox"/> decúbito ventral
Mão apoiada sob o rosto:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes []D []E	<input type="checkbox"/> sim []D []E

Outros problemas: _____

Tratamentos

				motivo	profissional
Fonoaudiológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Médico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Psicológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Fisioterápico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Odontológico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> realizado	<input type="checkbox"/> atual		
Procedimento:	<input type="checkbox"/> exodontia	<input type="checkbox"/> prótese	<input type="checkbox"/> implante	<input type="checkbox"/> aparelho fixo	<input type="checkbox"/> aparelho removível
Cirúrgico:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim. Qual: _____			Quando: _____

Outros tratamentos: _____

Amamentação

Peito:	<input type="checkbox"/> sim. Até quando: _____	<input type="checkbox"/> não
Mamadeira:	<input type="checkbox"/> sim. Até quando: _____	<input type="checkbox"/> não

Alimentação - dificuldades em introduzir

Copo:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim (<i>descrever</i>): _____
Sabores:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim (<i>descrever</i>): _____
Consistências:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim (<i>descrever</i>): _____

Alimentação atual

	quais		
Frutas:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Verduras:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Legumes:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Cereais (arroz, macarrão, trigo):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Grãos (feijão, lentilha, ervilha):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Carnes:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Leite e derivados:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Açúcares:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim

De maneira geral ingere predominantemente alimentos

<input type="checkbox"/> líquidos	<input type="checkbox"/> pastosos	<input type="checkbox"/> sólidos
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Onde faz as refeições na maioria das vezes

Sem outra atividade:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Lendo:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Vendo TV:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Fazendo lição:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama
Ao computador:	<input type="checkbox"/> à mesa	<input type="checkbox"/> no sofá	<input type="checkbox"/> no chão	<input type="checkbox"/> na cama

Mastigação

Lado:	<input type="checkbox"/> bilateral	<input type="checkbox"/> unilateral: [] D [] E	
Lábios:	<input type="checkbox"/> fechados	<input type="checkbox"/> entreabertos	<input type="checkbox"/> abertos
Ruído:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ingestão de líquido durante as refeições:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	[] hábito [] auxiliar a formação do bolo <input type="checkbox"/> sim
Dor ou desconforto durante a mastigação:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E	<input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Ruído articular:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E	<input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Dificuldade mastigatória:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim. Qual:	
Escape de alimentos durante a mastigação:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	

Outros problemas: _____

Mastiga os alimentos

<input type="checkbox"/> adequadamente	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> muito
----------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Mastiga com velocidade

	semelhante	rápido	devagar
Com relação à família:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com relação aos amigos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacidade mastigatória (grau de satisfação do paciente com relação à sua mastigação)

<input type="checkbox"/> ótima	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> péssima
--------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Deglutição

Dificuldade:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Ruído:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Engasgos:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Odinofagia (dor ao deglutir):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Refluxo nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Escape anterior:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____
Pigarro:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: () durante () após _____
Tosse:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: () durante () após _____
Resíduos após a deglutição:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim: _____

Outros problemas: _____

Hábitos Oraís

Chupeta:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____ [] comum [] ortodôntica
Sucção digital:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____
Sucção de língua:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Até quando: _____
Umidificar os lábios:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Época: _____
Cigarro:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quantos cigarros/dia: _____
Cachimbo:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	[] apóia à direita [] apóia à esquerda
Bruxismo (ranger dentes):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	[] diurno [] noturno
Apertamento dentário:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____
Onicofagia (roer unhas):	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____
Morder mucosa oral:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Quando: _____
Morder objetos:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Qual: _____ Quando: _____

Outros: _____

Hábitos de Postura

Interpor lábio inferior:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Protrair a mandíbula:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Apoiar de mão na mandíbula:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Apoiar de mão na cabeça:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Usar muito computador:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: postura: _____
Usar muito telefone:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: postura: _____

Outros: _____

Comunicação

Intencionalidade prejudicada:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Ausência de produção de sons quando bebê:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Demorou a falar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Demorou a elaborar frases:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Dificuldade de compreensão:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim

Outros problemas: _____

Fala

Omissão: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Substituição: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Inteligibilidade prejudicada: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Inteligibilidade prejudicada ao telefone: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Salivação excessiva: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Diminuição da amplitude do movimento mandibular: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Interposição de língua: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim: [] anterior [] lateral Quais fones: _____

Outros problemas: _____

Audição

Hipoacusia (<i>diminuição da audição</i>): <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Otite: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Zumbido: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Otalgia (<i>dor de ouvido</i>): <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes: [] D [] E <input type="checkbox"/> sim: [] D [] E
Tontura/Vertigem: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Avaliação audiológica prévia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Quando: _____

Outros problemas: _____

Voz

Rouquidão: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Fraqueza: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Hipernasalidade: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Hiponasalidade: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Afonia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Grita: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Dor: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Ardor: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim

Outros problemas: _____

Escolaridade

Dificuldade escolar: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qual: _____
Falta de atenção/concentração: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sim
Dificuldade de memória: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Reprovações: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantas: _____
Dificuldade de relacionamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Dominância lateral: <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> ambidestro

Outros problemas: _____

Fonoaudiólogo responsável: _____ CRF^a: _____