

# Informações do Paciente - Dra Tielle Machado

Preencha esse formulário e me envie com o máximo de respostas que conseguir.

**\*Obrigatório**

1. **Endereço de e-mail \***

---

2. **Data de HOJE**

*Exemplo: 15 de dezembro de 2012*

3. **Nome do Paciente \***

---

4. **Data de Nascimento \***

*Exemplo: 15 de dezembro de 2012*

5. **Idade \***

---

6. **Altura**

---

7. **Peso**

---

8. **Tipagem sanguínea:**

---

9. **Nome da Mãe**

---

10. **Idade da mãe**

---

11. **Profissão da mãe**

---

12. **Nome do Pai**

---

**13. Idade do Pai**

---

**14. Profissão do Pai**

---

**15. Estado Cível dos Pais**

---

**16. A criança mora com quem?**

---

**17. Tem irmãos? Qual idade?**

---

**18. Nome:**

---

**19. CPF**

---

**20. Endereço:**

---

---

---

---

---

**21. Cidade e CEP**

---

**22. Telefone**

---

## **Histórico do Paciente**

**23. Diagnóstico do Paciente**

---

**24. Idade do Diagnóstico**

---

25. O que você espera conquistar nessa consulta para a saúde de seu filho (a) ?

---

---

---

---

---

26. Que nota daria para a saúde do(a) seu (sua) filho(a) 0 a 10?

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Se você tivesse uma “varinha mágica” e pudesse ajudar seu filho (a) em apenas 3 formas, quais seriam? (OBJETIVO 1) \*

---

28. Se você tivesse uma “varinha mágica” e pudesse ajudar seu filho (a) em apenas 3 formas, quais seriam? (OBJETIVO 2)

---

29. Se você tivesse uma “varinha mágica” e pudesse ajudar seu filho (a) em apenas 3 formas, quais seriam? (OBJETIVO 3)

---

30. Qual o quadro clínico atual?

---

---

---

---

---

31. Tomou recentemente antibióticos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

32. Tomou recentemente corticoide?

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

**33. Tomou recentemente Suplementação?**

---

---

---

---

---

**34. Medicação em uso:**

*Marcar apenas uma oval.*

Opção 1

**35. Quando foi a última vez que você percebeu que seu filho (a) estava bem?**

---

---

---

---

---

**36. O que você acha que pode ter causado a mudança de saúde/comportamento do seu filho (a)?**

---

---

---

---

---

**37. Qual a idade do aparecimento dos primeiros sintomas?**

---

---

---

---

---

**38. Houve algum evento que acompanhou o início do quadro?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Não lembro

**39. Quais eventos?**

---

---

---

---

---

**40. Alguns desses em especial?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Regressão da fala ou balbuciar
- Febre importante
- Convulsões
- Diarréia
- Gastroenterites
- Pneumonias
- Otites
- Esteriotipia
- Alterações Sensoriais - Tato
- Alterações Sensoriais - Auditivo
- Alterações Sensoriais - Paladar
- Alterações Sensoriais - Visão
- Alterações Sensoriais - Olfato
- Alterações Sensoriais - Dor
- Seletividade Alimentar
- Sono
- Transpiração excessiva na cabeça

**41. Assinale os itens que se identificam com a sua criança***Marque todas que se aplicam.*

- Isolamento
- Sem contato visual
- Pouco contato visual
- Dificuldade para brincar
- Usa fraldas
- Seletividade alimentar
- Agressividade
- Auto-Agressão
- Abana as mãos - flapping
- Sensível à luz
- Sensível ao barulho (ambientes cheios, com música alta)
- Não fala
- Lateralização do olhar
- Não sorri, não responde a sorrisos
- Não aponta
- Não responde ao nome
- Dificuldade de correr
- Dificuldade de se expressar
- Anda em linha
- Obsessão por objetos
- Xixi na cama
- Parece surdo
- Baixa sensibilidade a dor
- Anda na ponta dos pés
- Faz barulhos estranhos
- TOC
- TOD
- Preso a rotinas
- Brincadeiras repetitivas
- Ecolalia
- Impulsividade
- Agitação
- Hipotonia
- Ranger dos dentes
- Insônia
- Morde partes do seu próprio corpo
- Morde outras pessoas
- Bate cabeça
- Coloca tudo na boca
- Evita se sujar
- Não gosta de cortar o cabelo

- Prefere manga longa, mesmo no calor
- Prefere manga curta, mesmo no frio
- Gosta de ficar pelado, mesmo no frio
- Problema com etiquetas
- Protege os ouvidos com som alto
- Parece surdo
- Bataca
- Gosta de barulhos estranhos
- Ansioso e nervoso com os pés no chão
- Dificuldade de correr
- Não sobe escadas sozinho
- Prefere escuro
- Evita luz brilhante

**42. Alergias Alimentares**

---

---

---

---

---

**43. Alergias Suplementos**

---

---

---

---

---

**44. Alergias Medicamentos**

---

---

---

---

---

**45. Alergias Ambientais**

---

---

---

---

---

**46. Marque as terapias que realiza ou já realizou ou escreva caso não esteja listada***Marque todas que se aplicam.*

- ABA
- Son-rise
- DIR/Floortime
- Padovan
- Denver
- TEACCH
- Integração Sensorial
- Equoterapia
- Musicoterapia
- Fisioterapia

**Concepção e Gestação****47. Usava algum remédio ou droga na época de engravidar e início da gravidez?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Não Lembro

**48. Quais?**

---

---

---

---

---

**49. Teve infecções na gestação?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**50. Quais?**

---

---

---

---

---



**51. Uso de substâncias químicas e drogas na gestação***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Talvez

**52. Vacinas que recebeu durante a gestação***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**53. Quais?**

---

---

---

---

---

**54. Tratamento dentário durante gestação***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**55. Quantas Ultrassonografias fez durante a gestação?**

---

**56. Teve exposição ao RaioX?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**57. Pegou muito avião?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**58. Usou Ácido Fólico?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**59. Usou DHA na gestação?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**60. Usou Progesterona para "segurar" o bebê nos primeiros meses?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**61. Precisou usar medicamentos para amadurecimento do pulmão do bebê?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**62. Quais?**

---

**63. Precisou de repouso?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**64. Por que?**

---

**65. Usou Ácido Fólico***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

## Parto e Pós Parto

**66. Tipo de Parto***Marcar apenas uma oval.*

- Parto normal  
 Parto Cesárea - entrou em trabalho de parto  
 Parto Cesárea - não entrou em trabalho de parto

**67. Nasceu ...***Marcar apenas uma oval.*

- Acima de 38 semanas  
 Antes de 38 semanas

68. **Quantas semanas?**

---

69. **APGAR?**

---

70. **Precisou de Incubadora?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

71. **Ficou em berçário ou UTI?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

72. **Precisou de ventilação mecânica?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

73. **Precisou de "Luz"?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

74. **Mamou no peito assim que nasceu?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

75. **Usou fórmula láctea (complemento) assim que nasceu?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

76. **Quais?**

---

77. **Apresentou dificuldades na sucção?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

78. Amamentou até que idade?

---

79. Tempo de aleitamento materno exclusivo:

---

80. Quando iniciou uso de complemento ou leite em pó?

---

81. Quais leites utilizou?

*Marque todas que se aplicam.*

Opção 1

82. Teve reação aos leites? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

83. Quais reações?

---

84. Até quando usou a mamadeira?

---

85. A mãe teve depressão pós parto

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

86. Se sim, tomou algum medicamento?

---

---

---

---

---

**87. Me descreva seu filho nos primeiros de vida**

*Marque todas que se aplicam.*

- Mamou muito no peito
- Quase não dormia
- Tinha muito refluxo
- Teve que tomar Label
- Teve que tomar Domperidona
- Mamava muito complemento
- Teve muita infecção de ouvido
- Tomou muito antibiótico
- Logo após introdução de alimentos passou a ficar muito doente
- Teve muitas reações às vacinas
- Desenvolvimento motor normal
- Desenvolvimento motor atrasado
- Irritado
- Não olhava nos olhos
- Fixação por ventiladores e rodinhas

## Vacinas

**88. Reação a vacinas (relacionar com a vacina que teve)**

---

---

---

---

---

**89. Surgimento de alguma doença após alguma vacina:**

---

**90. Fazia uso de antitérmicos antes ou após vacinação?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**91. Quais?**

---

**92. Teve algumas das reações abaixo?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Febre muito alta
- Convulsões
- Dermatites
- Diarréia
- Constipação
- Alterações no sono
- Irritabilidade

**Doenças****93. Possui alguma alergia (respiratórias, de pele ou alimentar)?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**94. Quais?**

---

**95. Descreva todas as doenças que já teve e a idade com que estava?**

---

---

---

---

---

**96. Sofreu alguma cirurgia (tipo/idade)?**

---

**97. Tem cicatrizes?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**98. Ficou roxa ou teve crise convulsiva alguma vez?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**99. Tomou algum remédio controlado?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

100. **Quais?**

---

101. **Tomou muito antibióticos?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

102. **Quais antibióticos e qual a idade?**

---

103. **Alergia ou sensibilidade a algum alimento ou remédio?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

104. **Quais?**

---

105. **Uso Paracetamol para febre (frequência)?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Às vezes

106. **Uso Ibuprofeno para febre (frequência)?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Às vezes

107. **Quais suplementos já usou e quais está usando?**

---

---

---

---

---

**108. Relacione os remédios que já usou e quais usa atualmente?**

---

---

---

---

---

**Sono****109. Fala dormindo?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**110. Sonâmbulo?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**111. Dorme de boca aberta?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**112. Transpira muito dormindo?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**113. Tem pesadelos?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**114. Se movimentava muito dormindo? Movimentos involuntários?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**115. Faz muito xixi na cama?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não



**116. Apresenta terror noturno?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**117. Dorme sozinho?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**118. Acorda para ir para a cama dos pais?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**119. Gosta de ser coberto?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não

## Desenvolvimento da fala

**120. Balbuciu ?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**121. Que idade?**

---

**122. Teve regressão de fala?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**123. Quando falou as primeiras palavras?**

---

**124. Dificuldade para aprender a contar, ler ou escrever contar?**

---

**125. Costuma esquecer o que aprendeu?**

---

## Desenvolvimento Psicomotor

126. **Sorriu?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

127. **Que idade?**

---

128. **Sustentou a cabeça com que idade?**

---

129. **Sentou sem ajuda? Quando?**

---

130. **Rolou e se arrastou? Quando?**

---

131. **Engatinhou? Quando?**

---

132. **Andou? Quando?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Opção 1

133. **Quando adquiriu o controle dos esfíncteres (retirada da fralda)?**

---

134. **Anal diurno (fezes):**

---

135. **Vesical diurno (urina):**

---

136. **Vesical noturno (urina):**

---

## Sociabilidade, Rituais e Manias

137. **Apresenta tiques ou obsessões?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**138. Apresenta crises de birra frequentes?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**139. Apresenta rituais, manias?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**140. Apresenta manipulação de genital?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**141. Descreva os itens que foram marcados "sim"**

---

---

---

---

---

## Escolaridade

**142. Está na escola?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**143. Como está na escola?**

---

---

---

---

---

**144. Como se dá o seu relacionamento com colegas e demais funcionários da escola?**

---

---

---

---

---

**145. Como é a alimentação na escola?**

---

---

---

---

---

**146. Tem mediadora?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## Sociabilidade

**147. Consegue brincar com outras crianças?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**148. Como é a imaginação durante o brincar?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## Antecedentes Familiares

Considere parentes próximos: pai, mãe, avós maternos e paternos, tios, primos maternos e paternos

**149. Há mais alguém dentro do Espectro Autista na família?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Talvez

**150. Há algum deficiente mental na família?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Talvez

**151. Há algum epilético na família?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**152. Alguém viciado em drogas ou alcoolismo?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**153. Há alguém com alergia ou asma?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não**154. Qual doença morreram os avós?**

---

---

---

---

---

**155. Quais doenças mais comuns na família?**

---

---

---

---

---

**156. Alguém da família tem ou teve:***Marque todas que se aplicam.* Tuberculose Câncer Diabetes Sífilis Gonorreia Asma Psoríase

## Digestão e Fezes

**157. Possui histórico de constipação ou diarreia quando bebê?***Marcar apenas uma oval.* Sim Não

158. **Caso faça alguma restrição alimentar, o intestino melhorou após a dieta?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Outro: \_\_\_\_\_

159. **Evacua quantas vezes por dia?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Outro: \_\_\_\_\_

160. **Qual o formato das fezes (assinale o número que mais identifica o coco do seu filho)**

<p><b>TIPO 1</b> Caroços duros separados, como nozes.</p> 	<b>1 – Pedacos separados, duros como amendoim</b>
<p><b>TIPO 2</b> Na forma de salsicha mas com caroços.</p> 	<b>2 – Forma de salsicha, mas segmentada</b>
<p><b>TIPO 3</b> Na forma de salsicha ou cobra mas com rachas na superfície.</p> 	<b>3 - Forma de salsicha, mas com fendas na superfície</b>
<p><b>TIPO 4</b> Como uma salsicha ou cobra, regular e macio.</p> 	<b>4 – Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole</b>
<p><b>TIPO 5</b> Caroços macios com cantos bem demarcados.</p> 	<b>5 – Pedacos moles, mas com contorno nítidos</b>
<p><b>TIPO 6</b> Caroços macios com cantos rasgados.</p> 	<b>6 – Pedacos aerados, contornos esgarçados</b>
<p><b>TIPO 7</b> Totalmente líquido.</p> 	<b>7 – Aquosa, sem peças sólidas</b>

*Marcar apenas uma oval.*

- Tipo 1
- Tipo 2
- Tipo 3
- Tipo 4
- Tipo 5
- Tipo 6
- Tipo 7

161. **Qual a consistência das fezes?***Marcar apenas uma oval.*

- Fácil de limpar, não suja o bumbum (tipo massinha de modelar, caso use fralda ela desgruda):
- Difícil de limpar (tipo uma cola, melada, viscosa ou com muco)

**162. Qual o volume das fezes?***Marcar apenas uma oval.*

- Parece normal
- Parece normal ( AS VEZES PARECE QUE TEM MUITA QUANTIDADE)
- Volume reduzido e com diâmetro pequeno (finas como uma cobrinha ou fio)?
- Volume grande e com diâmetro muito grande para a idade?

**163. Qual a coloração das fezes?***Marcar apenas uma oval.*

- Castanha ou marrom
- Muito escurecidas, quase pretas
- Amarela ou esverdeada
- Clara sem cor ou acinzentadas

**164. Tem dor de barriga frequente?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**165. Tem o hábito de pressionar a barriga sobre superfícies?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**166. As fezes têm cheiro forte?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**167. Tem gases frequentes?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**168. Os gases têm cheiro forte?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**169. A barriga é distendida / estufada?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**170. Tem restos de alimentos mal digeridos nas fezes?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**171. Tem ou já teve sangue ou muco nas fezes:***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**172. Tem ou já teve assaduras ou vermelhidão na região anal?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_

**173. Tem ou já teve refluxo?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Às vezes
- Outro: \_\_\_\_\_



**174. Toma ou tomou antiácido (qual)?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Às vezes

**175. Quais?**

---

**176. Tem náuseas ou vômitos?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Às vezes

**177. Quando?**

---

**178. Tem fungos detectado em exames?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**179. Você relaciona as alterações intestinais ou comportamentais a algum alimento específico?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**180. Seu filho tem compulsão alimentar?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**181. Que preferência?**

---

---

---

---

---

**182. Seu filho tem seletividade alimentar?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**183. Descreva a seletividade familiar**

*Marque todas que se aplicam.*

Prefere pastoso

Não come alimentos "molhados"

Preferência por cores

Só se alimenta por mamadeira

Faz ânsia de vômito ao ver alimentos

Evita alguns cheiros de comida

**184. Fale mais sobre os hábitos alimentares**

---

---

---

---

---

**185. Quanto bebe de ÁGUA por dia?**

---

**186. Está em tratamento com nutricionista?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Já fez

**187. Qual o nome e contato**

---

---

---

---

---

## Alimentação

**188. Assinale os alimentos consumidos nos últimos 60 dias***Marque todas que se aplicam.*

- Suco (natural, caixa ou pó): um gole à noite de suco de uva integral para ingerir alguns suplementos
- Leite de vaca
- Leite de inhame
- Leite de Arroz
- Leite de castanhas
- Leite de amêndoas
- Leite de coco
- Fórmula infantil
- Neocate
- Leite ninho
- Leite de soja
- Chá
- Refrigerantes
- Guloseimas (bala, pirulito, chicletes...): NUNCA (só picolé de frutas e bolos caseiros)
- Chocolate
- Pães e bolos
- Farinha de Trigo
- Biscoito e bolacha recheada
- Macarrão, pizza, lasanha
- Alimentos congelados
- Embutidos (salame, linguiça, peito de peru..):N
- Enlatados (molho de tomate, atum...)
- Fritura
- Tubérculos (batata, inhame, mandioca)
- Arroz branco
- Arroz integral
- Feijão, lentilha, ervilha, grão de bico
- Milho (fubá, pipoca, milho verde)
- Soja (leite de soja, creme de soja, tofu, shoyu, chocolate, biscoitos, iogurte)
- Ovos
- Ovos (caipira, orgânico, granja):
- Frango
- Frango (orgânico, caipira, granja)
- Carnes de boi, ovelha, porco (comum ou orgânicas)
- Peixes
- Frutos do mar
- Batata inglesa
- Batata doce
- Inhame
- Cenoura

- Brocolis
- Banana
- Outras Verduras e legumes
- Suco de caixinha
- Suco de frutas
- Frutas secas
- Amendoim
- Nozes, castanhas, amêndoas
- Sementes de linhaça, gergelim, chia?
- Quinoa e amaranto (grão ou flocos)
- Alimentos orgânicos
- Sucos verdes
- Alimentos Fermentados (kefir, chucrute)
- Alimentos germinados:
- Caldos de carne caseiros, BRODO, caldo de ossos

**189. Que dietas você já fez?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Sem Gluten
- Sem caseína
- Sem Produtos Industrializados
- Sem soja
- Sem açúcar
- Baixo FODMAP
- GAPS
- Dieta do Carboidrato Específico
- LowCarb
- Cetogênica

**190. Teve ganhos com a dieta?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Talvez

**191. Foi feita com acompanhamento de nutricionista e médico?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**192. Me conte mais**

---

---

---

---

---

**Alimentação e preparo de alimentos****193. As refeições são feitas em:**

*Marque todas que se aplicam.*

- Casa
- Escola
- Restaurantes
- Outro: \_\_\_\_\_

**194. Tipo de panela**

*Marque todas que se aplicam.*

- Inox
- Alumínio
- Cerâmica
- Aço Cirúrgico
- Barro
- Outro: \_\_\_\_\_

**195. Armazenamento de alimentos**

*Marque todas que se aplicam.*

- Pote de vidro
- Pote de alumínio
- Pote de Plástico
- Pote de Plástico sem BPA
- Outro: \_\_\_\_\_

**196. Utensílios utilizados para cozinhar (no fogo):**

---

**197. A criança usa mamadeira ou copo de plástico?**

---

198. **Usa microondas para aquecer o leite ou comida em plástico?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Às vezes

199. **Qual tipo de água utiliza para cozinhar?**

---

200. **Qual tipo de água utiliza para beber?**

---

## Exposição Ambiental

201. **A criança coloca objetos na boca ou come objetos indevidos?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

202. **Descreva**

---

---

---

---

---

203. **Os produtos de higiene pessoal são para uso infantil?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

204. **São isentos de flúor (pasta dental), conservantes, cheiros fortes?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

205. **Qual produto utilizado na lavação das roupas da criança?**

---

---

---

---

---

**206. Quais produtos utilizados na limpeza da casa?**

---

---

---

---

---

**207. Faz natação ou faz uso frequente da piscina (com cloro)?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**208. Engole a água da piscina?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**209. Engole água do banho?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

**210. Vocês moram em casa ou apartamento?**

*Marcar apenas uma oval.*

Casa

Apartamento

**211. Seu filho passa mais de 30 minutos por dia com o telefone celular ou tablet?**

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## Histórico de tratamentos

**212. Tratamentos que já fez***Marque todas que se aplicam.*

- Dieta sem gluten e sem caseína
- Protocolos Parasitários
- Terapias Bioxidativas
- Suplementação
- Homeopatia
- Homeopatia Detox
- Cease
- Vitamina A
- Vitamina D
- Quelação
- Hiperbárica
- Uso de Quânticos
- Biomat
- Bemer
- iLib
- REAC
- Célula Tronco
- MetilB12
- Microfisioterapia
- BIOFAO
- Óleos Essenciais
- Uso de Medicamentos



**213. Tratamentos que FAZ**

*Marque todas que se aplicam.*

- Dieta sem gluten e sem caseína
- Protocolos Parasitários
- Terapias Bioxidativas
- Suplementação
- Homeopatia
- Homeopatia Detox
- Cease
- Vitamina A
- Vitamina D
- Quelação
- Hiperbárica
- Uso de Quânticos
- Biomat
- Bemer
- iLib
- REAC
- Célula Tronco
- MetilB12
- Microfisioterapia
- BIOFAO
- Óleos Essenciais
- Uso de Medicamentos

**Características especiais****214. Você considera seu filho(a)**

*Marque todas que se aplicam.*

- Calorento
- Friorento
- Ansioso
- Ama os animais
- Gosta de chuva
- Gosta de praia
- Nervoso ao toque
- Gosta de comidas frias
- Gosta de comidas quentes
- É tímido

**Formulário para Avaliação do Tratamento do Autismo - ATEC**

É muito importante responder o questionário ATEC (AutismTreatmentEvaluationChecklist) para termos uma avaliação objetiva e evolutiva do tratamento.

Sempre faça o ATEC antes da próxima consulta para podermos quantificar os avanços do tratamento.

Para responder entre no link abaixo (clique no link ou copie o endereço inteiro e cole na barra de endereços do seu navegador):

<http://bit.ly/atec-tielle>

## 215. Resultado do ATEC

---

## Questionário de Anamnese

### 216. Lembretes

*Marque todas que se aplicam.*

- Enviar arquivos pdf dos exames antigos
  - Levar receitas antigas
  - Levar caderneta de vacinação
  - Fazer o ATEC antes da consulta
- 

Powered by

