

Formulário da Entrevista Inicial com os Pais *[Versão 2]*

<b>ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS (EIP) - VERSÃO 2</b> Ferland [2006]; Sant'Anna et al [2008, 2015]			
<b>NOME DA CRIANÇA:</b>			
SEXO	M [    ]	F [    ]	
IRMÃOS			Idade
IRMÃS			Idade
Data da Avaliação	Ano	Mês	Dia
Data de Nascimento	Ano	Mês	Dia
Idade da Criança			
<b>ENTREVISTADO:</b>			
MÃE			Idade
PAI			Idade
<b>CONDIÇÃO CLÍNICA E FÍSICA DA CRIANÇA:</b>			
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:</b>			
• Deficiência Visual			
• Deficiência Auditiva			
• Dificuldade de Comunicação			
• Medicamento que utiliza			
• Outras Informações			
<b>FREQUENTANDO ESCOLA:</b>	Sim [    ]	Não [    ]	
Especificar			
<b>PROCEDÊNCIA DOS PAIS E DOS AVÓS:</b>			
<b>MODO DE DESLOCAMENTO HABITUAL, ADAPTAÇÕES OU EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELA CRIANÇA</b>			
<b>UTILIZA ELEVADOR</b>	Sim [    ]	Não [    ]	
<b>AVALIADOR:</b>			
<b>DURAÇÃO DA ENTREVISTA:</b>			

<b>1. O QUE ATRAI PARTICULARMENTE A ATENÇÃO DE SEU/SUA FILHO/FILHA NA BRINCADEIRA?</b>		
	<b>ASSINALAR</b>	<b>ESPECIFICAR</b>
<b>ELEMENTOS VISUAIS</b>		
- Livros de imagens		
- Cores vivas		
<b>ELEMENTOS AUDITIVOS</b>		
- História		
- Música		
- Timbre de voz		
<b>ELEMENTOS TÁTEIS</b>		
- Contatos físicos		
<b>ELEMENTOS SOCIAIS</b>		
- Presença de outras crianças		
- Presença de um adulto conhecido		
<b>OUTROS</b>		
- Personagens		
- Situações cômicas		
- Presença de um animal		
- Atividades específicas (esvaziar um armário, abrir as portas, outros [programa de televisão, luz, computador])		

<b>2 - A) COMO SEU/SUA FILHO/FILHA SE EXPRESSA?</b>			
	0: Nenhuma expressão 3: Sons / gritos	1: Expressão do rosto 4: Palavras / frases	2: Gestos N.S.: Não sei
	<b>ESCORE</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>	
<b>NECESSIDADES</b>			
• Fisiológicas			
• De atenção			
• De segurança			
<b>INTERESSES</b>			
<b>SENTIMENTOS</b>			
• Prazer			
• Desprazer			
• Tristeza			
• Raiva			
• Medo			

**2 - B) EM GERAL, COMO VOCÊ FAZ PARA SE COMUNICAR COM SEU/SUA FILHO/FILHA?**

Código de comunicação particular (especifique) :

**3. QUE TIPO DE INTERESSE OS ELEMENTOS ABAIXO DESPERTAM EM SEU/SUA FILHO/FILHO?**

0: Nenhum interesse manifestado    1: Interesse médio    2: Grande interesse    N.S: Não sei

	SCORE	COMENTÁRIOS
<b>ALIMENTAÇÃO</b>		
• Comer		
• Comer alimentos		
- salgados		
- doces		
- pastosos		
- em pedaços		
- quentes		
- gelado		
• Provar um novo alimento		

**3. QUE TIPO DE INTERESSE OS ELEMENTOS ABAIXO DESPERTAM EM SEU/SUA FILHO/FILHA?**

0: Nenhum interesse manifestado    1: Interesse médio    2: Grande interesse    N.S: Não sei

	<b>ESCORE</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
<b>TEXTURAS</b> • Macio		
• Áspero		
<b>ELEMENTOS TAIS COMO</b> • Areia		
• Água		
• Grama		
<b>AROMA/CHEIROS</b>		
<b>SER TOCADA</b>		
<b>SER MOVIMENTADA OU MOVIMENTAR-SE NO ESPAÇO</b>		
<b>SONS</b>		

4. OBJETOS QUE UTILIZA PARA BRINCAR			
	0: Não	1: Sim	ND: Não Disponível
Com que tipo de objeto, de material seu/sua filho/filha costuma brincar?	SCORE	ESPECIFICAR	
• Texturas diferentes			
• Estímulos sonoros			
• Estímulos visuais			
• Estímulos para imitar situações frequentes			
• Estímulos para imaginação			
• Estímulos de deslocamento			
• Estímulos para interação com os outros			

5. CARACTERÍSTICAS DAS BRINCADEIRAS			
	0: Não	1: Não sei	2: Sim
Seu/sua filho/filha gosta das atividades que se seguem?	ESCORE	ESPECIFICAR	
• Repetir a mesma brincadeira para melhor dominá-la?			
• Brincar com brinquedos novos?			
• Estar em lugares novos?			
• Brincar explorando os ambientes externos da casa?			
<b>Seu/sua filho/filha consegue:</b>			
• Utilizar um brinquedo de maneira convencional?			
• Imaginar novas maneiras de utilizar um brinquedo?			
• Deslocar-se utilizando seus próprios meios?			

**6. SÍNTESE DOS INTERESSES DA CRIANÇA**

Qual é a sua atividade preferida?

Qual é a atividade de que menos gosta?

Quais são suas posições preferidas para brincar?

**7. PARCEIROS DE BRINCADEIRAS HABITUAIS E PREFERIDOS**

	ASSINALE	ATIVIDADES
<b>PARCEIROS HABITUAIS</b>		
• Mãe		
• Pai		
• Irmãos / Irmãs		
• Outros		
<b>PARCEIROS PREFERIDOS</b>		
• Mãe		
• Pai		
• Irmãos / Irmãs		
• Outros		



8. ATITUDE EM BRINCADEIRAS			
	0: não	1: às vezes	2: sempre
VOCÊ DIRIA QUE SEU/SUA FILHO/FILHA	SCORE	ISSO É ESTIMULADO NA FAMÍLIA?	
• É curioso(a)			
• Tem iniciativa			
• Tem senso de humor			
• Tem prazer			
• Gosta de desafios			
• É espontâneo(a)			

9. HORÁRIOS HABITUAIS DAS ATIVIDADES			
	MANHÃ	TARDE	NOITE
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			
Domingo			
<p><b>Você gostaria de acrescentar indicações ou comentários sobre as atividades de seu/sua filho/filha relativas a brincadeiras, sobre seus interesses, seu modo de agir e fazer as coisas?</b></p>			