

**AO EDUCADOR:** Sugerimos a utilização deste formulário para auxiliar na identificação de indicadores importantes para o encaminhamento de estudantes para os serviços de saúde especializados. Este formulário deve ser preenchido por um profissional que tenha contato direto com o aluno. O preenchimento total é recomendável, mas não é obrigatório. O educador poderá fornecer somente as informações que possuir ou achar pertinentes para o caso. Essas informações não têm fins de avaliação ou diagnóstico.

**AO RECEPTOR/PROFISSIONAL DA SAÚDE:** As informações contidas aqui são sigilosas. Esse formulário visa fornecer de maneira objetiva informações que possam **COLABORAR** para melhor compreensão do caso, **não possuindo caráter diagnóstico e/ou de avaliação.**

### ESCOLA:

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

### NOME DO ALUNO:

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo estuda na escola: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

O responsável concordou com o encaminhamento? \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

### EM RELAÇÃO AO RENDIMENTO ESCOLAR, O ALUNO APRESENTA:

 Progresso constante 

 Progresso parcial 

 Progrediu até certo ponto, mas passou a ter dificuldades nos últimos meses 

 Sempre apresentou muitas dificuldades 

### APRESENTA DIFICULDADES COM:

 Leitura ou escrita 

 Vocabulário 

 Matemática 

 Atenção 

 Disciplinas específicas 

 Compreensão 

### FICOU RETIDO EM UMA OU MAIS SÉRIES? QUAL/QUAIS?

### QUANTO A SUA FREQUÊNCIA ESCOLAR:

 É assíduo e/ou pontual 

 Passou a se atrasar e/ou faltar nos últimos meses 

 Falta e/ou se atrasa com muita frequência, sempre foi assim 

### EM RELAÇÃO A SUSPEITA DE DIFICULDADES, MARQUE O QUE TÊM PERCEBIDO

 Suspeita de dificuldades visuais 

 Suspeita de dificuldades auditivas 

 Suspeita de dificuldades na fala 

 Suspeita de dificuldades cognitivas 

Suspeita de outro tipo de dificuldade. Qual? \_\_\_\_\_

**O ALUNO POSSUI ALGUMA DIFICULDADE OU QUALQUER OUTRO PROBLEMA PREVIAMENTE IDENTIFICADO POR ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE? Qual Problema? Por qual Profissional?**

<b>QUANTO A BULLYING OU CYBERBULLYING, VOCÊ PERCEBE QUE:</b>	✓
O aluno é vítima de bullying ou cyberbullying	
O aluno pratica bullying ou cyberbullying	
O aluno não parece ter qualquer problema, nem como vítima nem como agressor	
Não tenho essa informação	
<b>PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS:</b>	✓
A família já buscou algum tipo de assistência ou atendimento no passado para o aluno	
A família ainda não foi acessada	
<b>PARTICIPAÇÃO DA ESCOLA:</b>	
O aluno já recebeu alguma orientação e/ou ações de apoio na escola ? Qual/Quais?	
O aluno participa de programas ou projetos na escola? Qual/Quais?	
<b>PRINCIPAL MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:</b>	

O preenchimento não é obrigatório, o educador poderá fornecer somente as informações que possuir e/ou achar pertinentes para o encaminhamento do aluno

<b>NOS ÚLTIMOS MESES O ESTUDANTE:</b>	✓
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	
Facilmente perde a concentração ou comete erros por descuido nas atividades	
Está sempre agitado (exemplos: não consegue parar sentado, fica constantemente balançando as pernas ou mexendo as mãos)	
Apresenta muitas preocupações, parece frequentemente estar preocupado com tudo	
Fica muito inseguro e ansioso quando tem que fazer alguma apresentação, muitas vezes desistindo de fazer	
Queixas constantes de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	
Apresenta sinais de ansiedade (exemplos: sudorese, agitação, choro, nervosismo, preocupação)	
Frequentemente tem acessos de raiva ou descontrole	
É solitário, normalmente prefere ficar sozinho	
Frequentemente engana ou mente	
Apresenta comportamentos repetitivos com frequência (exemplos: rituais de checar, contar, limpar ou organizar) ou atos mentais como repetir palavras em silêncio. Relata que precisa fazê-los para prevenir ou minimizar sofrimento ou para evitar alguma situação temida.	
Relata ideias delirantes - pensamentos irrealistas que acredita firmemente (exemplos: delírios de perseguição, de grandeza, místicas e/ou somáticas)	
Parece ter alucinações auditivas, olfativas, visuais ou táteis (percepção de um estímulo que não existe, como ouvir vozes)	
Demonstra prejuízo funcional (não consegue desempenhar mais as atividades como antes)	
Apresenta comportamento inadequado e inesperado para a idade	
Relato de indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejuns ou exercícios excessivos	
Demonstra medo intenso de ganhar peso ou de tornar-se obeso, mesmo estando com peso abaixo do normal	
Autolesão (se cortar, arranhar ou machucar de propósito - sem intenção clara de se matar)	
Relata pensamentos relacionados ao suicídio	
Histórico de tentativa de suicídio	
Apresenta agressividade sem demonstração de empatia	
Refere exposição a situações/eventos estressantes ou adversos.	

<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES RELEVANTES SOBRE O ALUNO:</b>	
-----------------------------------------------------	--