

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_M \_\_\_F

Data de preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Motivo da avaliação: \_\_\_\_\_

%	T	PS	VIS	AUD	TAT	COR	EQM	PLI	TOT	T	%
80	37-40	35-44	29-32	37-44	36-40	35-44	33-36	170-224	80	80	
79	35-36	33-34	27-28	36	34-35	34	31-32	164-169	79	79	
78	34	32	26	34-35	33	33		154-163	78	78	
77		31	25	33	32	31-32	30	142-153	77	77	
76	33	30	24	31	29-30			140-141	76	76	
75	32	28-29	23	32	30	27-28	29	137-139	75	75	
>99	74	27	22	30-31	29	26	28	133-136	74	>99	
99	73	31		28-29	28		27	131-132	73	99	
	72		26	21	27	27	25	129-130	72		
98	71	30	25	20	26	26	24	122-128	71	98	
	70	29	24	19	25		25	119-121	70		
97	69	28	23	18	25	24	23	110-118	69	97	
96	68		21-22	17	23-24	23	22	106-109	68	96	
	67	27	20	16	22	22		103-105	67		
95	66	26		15	21	21	21	99-102	66	95	
93	65	25	19		20	20	20	94-98	65	93	
92	64	24	18	14	19	19	19	92-93	64	92	
90	63	23	17	13	18	18	18	88-91	63	90	
88	62	22		12				84-87	62	88	
86	61		16		17	17	17	81-83	61	86	
84	60	21			16		17	79-80	60	84	
82	59		15	11	16	15	16	77-78	59	82	
79	58	20					16	75-76	58	79	
76	57		14		15	14	15	73-74	57	76	
73	56	19		10				71-72	56	73	
69	55	18			14	13		70	55	69	
66	54		13				14	69	54	66	
62	53	17						67-68	53	62	
58	52			9	13	12		66	52	58	
54	51	16					13	65	51	54	
50	50		12					64	50	50	
46	49	15							49	46	
42	48					11		63	48	42	
38	47	14			12		12	62	47	38	
34	46							61	46	34	
31	45	13						60	45	31	
27	44								44	27	
24	43	12		8					43	24	
21	42							59	42	21	
18	41		11						41	18	
16	40	10-11			11	10	11	9	56-58	40	16

%	T	PS	VIS	AUD	TAT	COR	EQM	PLI	TOT	T	%
Raw score	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Raw Score	_____
T-Score	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	T-Score	_____

**Interpretative Range**

Típico (40T-59T)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguns Problemas (60T-69T)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunção Definitiva (70T-80T)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Calculo DIF**

**Interpretação DIF**

Forma Casa TOT T-score	_____	<input type="checkbox"/> DIF ≥ 15 <input type="checkbox"/> 14 ≥ DIF ≥ 10 <input type="checkbox"/> 9 ≥ DIF ≥ 9 <input type="checkbox"/> -10 ≥ DIF ≥ -14 <input type="checkbox"/> -15 ≥ DIF	Diferenças definitivas: Mais problemas em <i>Casa</i> que na <i>Sala de Aula</i>
Forma Sala de Aula TOT T-score	- _____		Diferenças Prováveis: Mais problemas em <i>Casa</i> que na <i>Sala de Aula</i>
Diferenças Ambientais (DIF)	= _____		Nenhuma diferença na quantidade de problemas entre a <i>Sala de Aula</i> e a <i>Casa</i>
			Diferenças Prováveis: Mais problemas em <i>Sala de Aula</i> que em <i>Casa</i>
			Diferenças definitivas: Mais problemas em <i>Sala de Aula</i> que em <i>Casa</i>

**Informação do pai/cuidador:**

Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Relação com a criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informação da criança:**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses Escolaridade: \_\_\_\_\_

Raça/Etnia: \_\_Branca \_\_ Asiática \_\_ Negra \_\_ Cigana \_\_ Outra Qual? \_\_\_\_\_

Comentários sobre o comportamento/funcionamento da criança: \_\_\_\_\_

**INDICAÇÕES**

Por favor responda às questões nesta folha, baseando-se no comportamento típico da criança durante o último mês. Utilize a escala que se segue:

**Nunca:** o comportamento *nunca* ou *quase nunca* acontece

**Ocasionalmente:** o comportamento acontece *algumas vezes*

**Frequentemente:** o comportamento acontece muitas vezes

**Sempre:** o comportamento acontece *sempre* ou *quase sempre*

Faça um círculo na resposta que melhor descreve a frequência com que o comportamento acontece. Tente responder da melhor forma a todas as perguntas. Algumas das questões perguntam se a criança se mostra “afrita/perturbada” em algumas situações. Mostrar-se “afrita/perturbada” pode incluir expressões verbais (queixar-se, gritar, chorar) ou expressões não verbais (retirar-se, gesticular, empurrar qualquer coisa, fugir, esconder-se ou atacar). Pode utilizar o espaço acima destinado para adicionar comentários sobre o comportamento ou funcionamento da criança.

Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre		
<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b> A criança...					
N	O	F	S	1.	Brinca com os amigos cooperativamente (sem muita argumentação)?
N	O	F	S	2.	Interage adequadamente com os pais e outros adultos significativos para a criança (comunica bem, segue indicações, mostra respeito, etc)?
N	O	F	S	3.	Partilha as coisas quando solicitada?
N	O	F	S	4.	Mantém uma conversa sem se sentar ou aproximar demasiado dos outros?
N	O	F	S	5.	Mantém contacto visual adequado durante uma conversa?
N	O	F	S	6.	Junta-se aos outros para brincar sem perturbar a atividade em curso?
N	O	F	S	7.	Durante as refeições, toma parte da conversa e interage de um modo adequado?
N	O	F	S	8.	Participa adequadamente em saídas familiares, tais como jantar fora, ir ao parque, museu, cinema ou centro comercial?
N	O	F	S	9.	Participa adequadamente em encontros familiares, tais como férias, casamentos ou aniversários?
N	O	F	S	10.	Participa adequadamente em atividades com amigos como festas, ir ao centro comercial, andar de bicicleta/skate/mota?
<b>VISÃO</b> A criança...					
N	O	F	S	11.	Parece incomodada com a luz especialmente luz intensa (pisca, chora ou fecha os olhos)?
N	O	F	S	12.	Tem dificuldade em encontrar um objeto quando está no meio de outras coisas?
N	O	F	S	13.	Fecha um olho ou inclina a cabeça para trás quando olha para alguém ou para alguma coisa?
N	O	F	S	14.	Parece aflita/perturbada num ambiente visual não usual, tal como um quarto luminoso, colorido, mal iluminado?
N	O	F	S	15.	Tem dificuldade em controlar o movimento dos olhos enquanto segue um objeto (ex. uma bola)?
N	O	F	S	16.	Tem dificuldade em reconhecer semelhanças ou diferenças entre objetos baseando-se nas suas cores, formas ou tamanhos?
N	O	F	S	17.	Gosta de ver objetos a girar ou a mover-se, mais do que a maioria das crianças da sua idade?
N	O	F	S	18.	Anda em direção a objetos ou pessoas como se não estivessem lá?
N	O	F	S	19.	Gosta de ligar e desligar interruptores repetidamente?
N	O	F	S	20.	Não gosta de certos tipos de iluminação, tais como o sol intenso, luzes brilhantes, intermitentes ou fluorescentes?
N	O	F	S	21.	Gosta de olhar os objetos em movimento pelo canto do olho?
<b>AUDIÇÃO</b> A criança...					
N	O	F	S	22.	Parece incomodada com os sons domésticos comuns, tais como o aspirador, secador de cabelo ou o autoclismo?
N	O	F	S	23.	Responde negativamente a barulhos altos, fugindo, chorando ou tapando os ouvidos com as mãos?
N	O	F	S	24.	Parece não ouvir certos sons?
N	O	F	S	25.	Parece perturbada ou muito interessada por sons usualmente não notados por outras pessoas?
N	O	F	S	26.	Parece assustada com sons que usualmente não incomodam outras crianças da mesma idade?
N	O	F	S	27.	Distrai-se facilmente com barulhos de fundo tais como ar condicionado, frigorífico, luz fluorescente ou cortador de relva?
N	O	F	S	28.	Gosta de causar certos sons repetidamente, tais como descarregar o autoclismo?
N	O	F	S	29.	Mostra-se aflita/perturbada com sons muito altos e estridentes, tais como assobios, cornetas, flautas ou trompetes?

Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre	TATO	A criança...
N	O	F	S	30.	Afasta-se quando é tocada levemente?
N	O	F	S	31.	Parece não ter uma percepção normal de ser tocada?
N	O	F	S	32.	Fica aflita/perturbada com a sensação de roupa nova (lãs, tecidos ásperos, etiquetas)?
N	O	F	S	33.	Prefere tocar a ser tocada?
N	O	F	S	34.	Fica aflita/perturbada quando lhe cortam as unhas das mãos ou dos pés?
N	O	F	S	35.	Parece incomodada quando alguém lhe toca na cara?
N	O	F	S	36.	Evita tocar ou brincar com digitintas, areia, barro, lama, cola ou outras coisas que sujem?
N	O	F	S	37.	Tem uma tolerância invulgarmente alta à dor (ex. cai e não chora ou vai contra os objetos e não nota)?
N	O	F	S	38.	Não gosta de escovar os dentes, mais do que a maioria das crianças da sua idade?
N	O	F	S	39.	Parece gostar de sensações que podem ser dolorosas como por exemplo atirar-se para o chão ou bater no seu corpo?
N	O	F	S	40.	Tem dificuldade em encontrar coisas nos bolsos, mala, ou mochila usando apenas o toque (sem a visão)?
				<b>PALADAR E OLFATO</b>	A criança...
N	O	F	S	41.	Gosta de provar coisas não comestíveis, tais como cola ou tinta?
N	O	F	S	42.	Dá-lhe vômitos quando tem à frente uma comida que não aprecia tal como espinafres cozidos?
N	O	F	S	43.	Gosta de cheirar os objetos não comestíveis e pessoas?
N	O	F	S	44.	Fica aflita/perturbada com cheiros que as outras crianças não notam?
N	O	F	S	45.	Parece ignorar ou não notar cheiros fortes a que as outras crianças reagem?
				<b>CONSCIÊNCIA DO CORPO</b>	A criança...
N	O	F	S	46.	Agarra os objetos (lápiz ou colher) com tanta força que lhe é difícil usá-los?
N	O	F	S	47.	Parece procurar atividades tais como empurrar, puxar, arrastar, levantar e saltar?
N	O	F	S	48.	Parece insegura de como deve baixar ou levantar o corpo durante movimentos tais como sentar ou subir para cima de um banco ou cadeira?
N	O	F	S	49.	Agarra os objetos (lápiz ou colher) tão levemente que lhe é difícil usá-los?
N	O	F	S	50.	Parece exercer muita pressão nas tarefas tais como andar pesadamente, bater portas, ou carregar demasiado quando utiliza lápis de cor ou de cera?
N	O	F	S	51.	Salta muitas vezes?
N	O	F	S	52.	Quando pega num animal agarra-o com muita força?
N	O	F	S	53.	Choca ou empurra as outras crianças?
N	O	F	S	54.	Mastiga brinquedos, roupas ou outros objetos mais do que as outras crianças?
N	O	F	S	55.	Agarra ou empurra os objetos com tanta força que os parte?
				<b>EQUILÍBRIO E MOVIMENTO</b>	A criança...
N	O	F	S	56.	Parece ter um medo excessivo do movimento, tal como subir ou descer escadas, andar de baloiço, balancé, escorrega ou outro equipamento dos parques infantis?
N	O	F	S	57.	Tem um bom equilíbrio?
N	O	F	S	58.	Evita atividades que exijam equilíbrio tais como andar no lancil do passeio ou pisos irregulares?
N	O	F	S	59.	Cai da cadeira quando muda de posição?
N	O	F	S	60.	Não se protege quando cai (pôr as mãos à frente do corpo)?
N	O	F	S	61.	Parece não ficar tonta quando usualmente os outros ficam?
N	O	F	S	62.	Gira e rodopia sobre si mesma, mais do que as outras crianças?
N	O	F	S	63.	Mostra-se aflita/perturbada quando a sua cabeça é inclinada e retirada da posição vertical?
N	O	F	S	64.	Tem dificuldades de coordenação e parece desajeitada?
N	O	F	S	65.	Parece ter medo de andar de elevador ou escadas rolantes?
N	O	F	S	66.	Encosta-se a outras pessoas ou mobílias quando se senta ou se tenta levantar?
				<b>PLANEAMENTO E IDEIAS</b>	A criança...
N	O	F	S	67.	Tem um desempenho inconsistente das suas tarefas diárias?
N	O	F	S	68.	Tem dificuldade em perceber como transportar vários objetos ao mesmo tempo?
N	O	F	S	69.	Parece confusa sobre como arrumar os materiais e colocá-los nos seus lugares corretos?
N	O	F	S	70.	Tem dificuldade em desempenhar as tarefas na sequência certa tal como vestir-se ou pôr a mesa?
N	O	F	S	71.	Tem dificuldade em completar tarefas com muitas fases?
N	O	F	S	72.	Tem dificuldade em imitar ações demonstradas, tais como jogos de movimento ou canções com movimento?
N	O	F	S	73.	Tem dificuldade em construir por cópia de um modelo um jogo com legos ou blocos?
N	O	F	S	74.	Tem dificuldade em ter ideias para jogos ou atividades novas?
N	O	F	S	75.	Tende a jogar sempre o mesmo jogo, em vez de mudar de atividade quando lhe é dada a oportunidade?

