|  |
| --- |
| **TERAPIA DA FALA – FICHA DE ENCAMINHAMENTO**(Educação Pré-Escolar) |

|  |
| --- |
| A preencher pela coordenadora da EMAEIA Coordenadora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de receção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da criança** |  |
| **Data de Nascimento** |  | **Idade** |  |
| **Grupo/Turma** |  |
| **Escola** |  |
| **Educador** |  |
| **Responsável pelo Encaminhamento** |  |

**Preencha a seguinte tabela, assinalando com uma cruz (X) as dificuldades que identifica no aluno:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Apresenta dificuldade em estabelecer e manter contacto visual |  |
| 2. Não interage ou interage pouco com os pares  |  |
| 3. Não interage ou interage pouco com adultos com quem costuma estar no dia-a-dia  |  |
| 4. Não reage a sons ambientais |  |
| 5. Não reage ao nome |  |
| 6. Não compreende ordens |  |
| 7. Não fala ou produz poucas palavras |  |
| 8. Tem um vocabulário reduzido |  |
| 9. Tem dificuldade na produção dos sons fala (discurso pouco percetível) |  |
| 10. Tem dificuldade em construir frases (oralmente) |  |
| 11. Apresenta rouquidão persistente  |  |
| 12. Tem dificuldades em controlar a saliva, babando-se com frequência |  |
| 13. Tem dificuldade em mastigar ou em controlar o alimento na cavidade oral |  |
| 14. Engasga-se com frequência (com líquidos ou sólidos) |  |

A criança já foi avaliada em Terapia da Fala? 🞏 Sim 🞏 Não

Em caso afirmativo, teve acesso a relatório de avaliação? 🞏 Sim 🞏 Não

A criança tem intervenção/apoio em Terapia da Fala regularmente? 🞏 Sim 🞏 Não

Observações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Tomada de conhecimento pelo Encarregado de Educação** |
| **Nome**  |  |
| **Data** |  | **Assinatura** |  |

|  |
| --- |
| **Educador / Responsável pelo Encaminhamento** |
| **Nome** |  |
| **Data** |  | **Assinatura** |  |