

AVALIAÇÃO PSICOEDUCACIONAL NO CONTEXTO ESCOLAR

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR DO ESTUDANTE COM

DEFICIÊNCIA FÍSICA NEUROMOTORA - DFN

Realizada pelo(a) professor(a) da SRM

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:

Nome: _____

Ano/Série: _____ Turma: _____ Turno: () integral () matutino () vespertino

Professor(a) em sala: _____

Motivo da Observação: _____

Professor(a) da SRM: _____

Data da Observação: ____/____/____

2. CONTEXTO DA OBSERVAÇÃO:

Número de estudantes em sala: _____

Posição em que o estudante observado senta-se: _____

3. ASPECTOS RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS DA DEFICIÊNCIA QUE IDENTIFICAM AS NECESSIDADES NO AMBIENTE ESCOLAR:

O(A) estudante:

- Anda? () sim () não
- Tem dificuldades em manifestar-se? () sim () não
- Apresenta movimentos coordenados? () sim () não
- Possui tremor nos braços e pernas? () sim () não
- Possui rigidez nos músculos? () sim () não
- Possui flacidez muscular nos membros superiores? () sim () não
- Cai com facilidade/frequência? () sim () não
- Consegue manter a cabeça ereta (segurar a cabeça)? () sim () não
- Consegue ficar numa postura correta? Em pé () sim () não
Sentado () sim () não
- Baba (sialorréia)? () sim () não
- Possui dificuldade em enxergar? () sim () não



- Possui dificuldade em ouvir? () sim () não
- Possui controle dos esfínteres (aparelho urinário)? () sim () não
- Faz uso de fraldas? () sim () não
- Faz uso de sonda? () sim () não
- Alimenta-se sozinho? () sim () não
- Tem dificuldades em deglutir? Sólidos () sim () não
Líquidos () sim () não
- Tem convulsão? () sim () não
- O(A) estudante possui acompanhamento médico? () sim () não

Qual especialidade? _____

- O(A) estudante realiza algum atendimento complementar? (terapia)

() Fonoaudiologia

() Fisioterapia

() Terapia Ocupacional

() Psicologia

Outros (especificar): _____

- O(A) estudante faz uso de medicamentos? () sim () não

Quais? _____

- Senta-se na cadeira escolar? () sem apoio () com apoio

Quais são os apoios? _____

- Possui alguma adaptação na cadeira e mesa escolar (carteira)? () sim () não

Quais são elas? _____

- Utiliza cadeira de rodas? () sim () não

- Qual o tipo de cadeira de rodas que utiliza?

() cadeira padrão

() cadeira personalizada

() cadeira motorizada

- Utiliza a cadeira de rodas:

() somente na escola

() somente em casa

() ambos os lugares

- Caso use cadeira de rodas como faz para chegar até à escola?



Umuarama
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA
EDUCAÇÃO

ESCOLA MUNICIPAL XXXXXXXXXX
ED. INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL

(completar ou retirar de acordo com o que a unidade oferece)

Preencher com endereço completo
CEP: XXXXX Fone: XXXXX

-
- Precisa de ajuda para empurrar a cadeira de rodas? () sim () não
 - Faz uso de facilitadores?
() andador () coletes () abdutor de perna () faixa restringidora, que auxilia na postura ereta
Outros, quais são? _____
 - Apresenta dificuldade na fala? () sim () não
Especificar a dificuldade: _____
 - Como se comunica?
() fala () escrita () gestos
() Outros, especificar: _____
 - Consegue escrever? () sim () não
 - Escreve com dificuldade? () sim () não
 - Consegue pegar o lápis? () sim () não () com dificuldade () sem dificuldade
 - Tipo de preensão: () pinça () garra () palmar
 - Possui alguma adaptação nas mãos que facilite a preensão (segurar) do lápis? () sim () não
Se sim, cite as adaptações: _____

4. OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

Umuarama/PR, ____ de _____ de 20 ____.