

DIÁRIO DO TRATAMENTO TEA
REGISTRO, CHECKLIST E ACOMPANHAMENTO
DRA. TIELLE MACHADO

INSTITUTO
u  utismo

CADERNO EVOLUTIVO

DESENVOLVIDO POR

Dra Tielle Machado



Organizar as diversas informações sobre o Autismo, enxergar um caminho, registrar e avaliar as evoluções nos tratamentos as vezes pode ser desafiador, não é?

Eu entendo, afinal, eu já passei por isso...

Esse caderno é o meu presente para você!

Eu criei esse caderno durante o tratamento do meu filho e ele me ajudou na organização e compilação de diversas informações rotineiras além de auxiliar muito durante as minhas avaliações periódicas como um histórico de registros de tudo que estava realizando na esfera de "Tratamentos".

Esse caderno me ajudou a adquirir muitas vitórias e eu quero compartilhar essa grande ferramenta que eu criei com você!

- Com essa ferramenta você poderá:
 - ✓ Manter um registro de ocorrências médicas
 - ✓ Avaliar cada área de evolução no TEA
 - ✓ Tornar sua casa menos tóxica
 - ✓ Manter o foco e a sequência do tratamento
 - ✓ Avaliar os ganhos de forma precisa
 - ✓ Manter um histórico das vitórias alcançadas
 - ✓ Visualizar a melhor direção no Tratamento
 - ✓ Organizar e otimizar a suplementação
 - ✓ Investigar as reações alimentares

Aviso Legal

O conteúdo aqui presente não se destina a substituir o aconselhamento, o diagnóstico ou o tratamento médico profissional. Sempre procure a orientação do seu médico ou outro profissional de saúde qualificado com quaisquer perguntas que você possa ter sobre uma condição médica. Nunca desconsidere o conselho médico profissional. O atendimento presencial é insubstituível

Responda as perguntas abaixo sobre como seu(a) filho(a) normalmente se comporta. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), responda como se seu filho não fizesse o comportamento.



		SIM	NÃO
1	Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Seu filho tem interesse por outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Seu filho gosta de brincar de esconder e mostra o rosto ou de esconde-esconde?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Seu filho já brincou de faz-de-conta, como por exemplo, fazer de conta que está falando ao telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de- conta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (Ex.: Carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (Ex.: tapando os ouvidos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	O seu filho sorri em respostas ao seu rosto ou a o seu sorriso?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	O seu filho o imita? (Ex.: Você faz expressões ou caretas e seu filho o imita?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Seu filho já sabe andar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	O seu filho olha para coisas que você está olhando?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	O seu filho entende o que as pessoas dizem?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Pontuação para alerta:

3 falhas (marcações no total ou em **2 falhas** (marcações nos itens considerados críticos: 2, 7, 9, 13, 14, 15

Acesse o link http://bit.ly/atec_Tielle para preencher o formulário online. Ao terminar, anote cada uma das pontuações aqui

DIA DA AVALIAÇÃO	Fala, Linguagem, Comunicação	Socialização	Percepção Sensorial, Cognitiva	Saúde, Asp.Físicos, Comportamento	PONTUAÇÃO TOTAL	AUMENTO (PONTOS)	QUEDA (PONTOS)
	SUBESCALA I	SUBESCALA II	SUBESCALA III	SUBESCALA IV			
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							
5a.							
6a.							
7a.							
8a.							
9a.							
10a.							

Atenção: O ATEC não substitui e nem exclui a necessidade de uma avaliação profissional presencial

ATEC < 30

Alta possibilidade de uma vida normal como indivíduos independentes. Uma pessoa com pontuação inferior a 30 teria alguma capacidade de conduzir normalmente conversas de duas vias, e mais ou menos se comportar normalmente.

ATEC < 50

Boas chances de ser semi-independente. Este nível já é considerado muito significativo.

ATEC > 104

Alta indicação de autismo severo

Nota de Esclarecimento:

1- O ATEC auxilia na avaliação distinta de qual área precisa ser melhorada. Devido a diversidade de áreas para evoluir, é comum uma pessoa não ver resultados em uma terapia ou tratamento na área que gostaria de ver e concluir erroneamente que não está havendo evolução.

2- Este formulário é destinado a medir os efeitos do tratamento. Avaliação com pontos deste formulário está disponível na Internet em: www.autism.com

Fonte: Instituto de Pesquisa de Autismo | 4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116 USA | fax: (619) 563-6840 | www.autism.com

ANOTAÇÕES GERAIS

ANOTAÇÕES GERAIS

Organize-se escrevendo os horários da suplementação (ou medicação se for o caso). Jamais faça uso de substâncias sem comprovações científicas da sua segurança.

ACORDAR



CAFÉ



ALMOÇO



LANCHE



JANTA



DORMIR



Horário							
Suplementos	_____:	_____:	_____:	_____:	_____:	_____:	_____:

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Organize-se escrevendo os horários da suplementação (ou medicação se for o caso). Jamais faça uso de substâncias sem comprovações científicas da sua segurança.

ACORDAR



CAFÉ



ALMOÇO



LANCHE



JANTA



DORMIR



	Horário						
	Suplementos	_____:	_____:	_____:	_____:	_____:	_____:

11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ANOTAÇÕES GERAIS

ANOTAÇÕES GERAIS