**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS**

**DIVISÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL**

**EQUIPE DE ATENDIMENTO AOS ALUNOSCOM TEA**

**REGISTRO DIÁRIO DO ALUNO TEA**

**ESCOLA MUNICIPAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALUNO(A): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFISSIONAL DE APOIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data:** |  |  |  |  |  |
| **Horário de Entrada:** |  |  |  |  |  |
| 1 – Como chegou à escola? | ( ) Bem/normal( ) Irritado( ) Chorando  | ( ) Bem/normal( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Bem/normal( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Bem/normal( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Bem/normal( ) Irritado( ) Chorando |
| 2 – Fez as atividades propostas? | ( ) Sim ( ) Não( ) Todas ( ) Algumas  | ( ) Sim ( ) Não( ) Todas ( ) Algumas | ( ) Sim ( ) Não( ) Todas ( ) Algumas | ( ) Sim ( ) Não( ) Todas ( ) Algumas | ( ) Sim ( ) Não( ) Todas ( ) Algumas |
| 3 – Desatenção durante a atividade? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve  | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 4 – Buscou ajuda? | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ intervenção  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ intervenção | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ intervenção | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ intervenção | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ intervenção |
| 5 – Resistência para realizar atividade?  | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 6 – Comportamento de esquiva (fuga)? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intenso ( ) Moderado( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intenso( ) Moderado( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intenso( ) Moderado( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intenso( ) Moderado( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intenso( ) Moderado( ) Leve |
| 7 – Atendeu aos comandos simples? | ( ) Sim ( ) Não( ) Algumas vezes ( ) Quase todos  | ( ) Sim ( ) Não( ) Algumas vezes ( ) Quase todos | ( ) Sim ( ) Não( ) Algumas vezes ( ) Quase todos | ( ) Sim ( ) Não( ) Algumas vezes ( ) Quase todos | ( ) Sim ( ) Não( ) Algumas vezes ( ) Quase todos |
| 8 – Choro/Manha? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 9 – Irritação ou Agressividade? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 10 – Sonolência? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 11 – Agitação?  | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 12 – Estereotipias? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 13 – Socializou c/ colegas e/ou outras pessoas?  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ algumasintervenções( ) c/ intervenção total  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ algumasintervenções( ) c/ intervenção total  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ algumasintervenções( ) c/ intervenção total  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ algumasintervenções( ) c/ intervenção total  | ( ) Sim ( ) Não( ) c/ autonomia ( ) c/ algumasintervenções( ) c/ intervenção total  |
| 14 – Mordida? | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Intensa ( ) Moderada( ) Leve |
| 15 – Apetite?  | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) Leve | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) Leve |
| 16 – Sanitário?  | ( ) Sim ( ) Não( ) Urina ( ) Fezes | ( ) Sim ( ) Não( ) Urina ( ) Fezes | ( ) Sim ( ) Não( ) Urina ( ) Fezes | ( ) Sim ( ) Não( ) Urina ( ) Fezes | ( ) Sim ( ) Não( ) Urina ( ) Fezes |
| 17 – Sensibilidade ao som e ruídos?  | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) LeveQual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) LeveQual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) LeveQual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) LeveQual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sim ( ) Não( ) Exagerado( ) Normal ( ) LeveQual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 18 – Reforçador Utilizado? | ( ) Sensorial ( ) Elogios/social( ) Brinquedos ( ) tablet/celular/PCOutros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sensorial ( ) Elogios/social( ) Brinquedos ( ) tablet/celular/PCOutros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sensorial ( ) Elogios/social( ) Brinquedos ( ) tablet/celular/PCOutros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sensorial ( ) Elogios/social( ) Brinquedos ( ) tablet/celular/PCOutros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Sensorial ( ) Elogios/social( ) Brinquedos ( ) tablet/celular/PCOutros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 19 – Como foi embora? | ( ) Tranquilo( ) Resmungando( ) Irritado( ) Chorando  | ( ) Tranquilo( ) Resmungando( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Tranquilo( ) Resmungando( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Tranquilo( ) Resmungando( ) Irritado( ) Chorando | ( ) Tranquilo( ) Resmungando( ) Irritado( ) Chorando |
| Horário de Saída: |  |  |  |  |  |

\*Estereotipias (respostas repetitivas que visam a auto estimulação para buscar sensações físicas prazerosas. É uma regulação sensorial do organismo: Flapping com as mãos, girar, balançar o corpo, etc.)

Observações (escola): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observações (família): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referência Bibliográfica: DE LEON, Viviane Costa. Práticas Baseadas em Experiências para aplicação do Teacch nos Transtornos do Espectro do Autismo. Editora Memnon Edições Científicas.