

**Direção:**

Dificuldade em estacionar paralelamente.	Sim	Não
Sente-se como se fosse bater no carro da frente quando estaciona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao estacionar, fica longe ou bate no meio-fio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade na conversão à direita ou esquerda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insegurança ou extrema cautela ao mudar de faixa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os passageiros ficam tensos quando você faz a mudança de faixa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os passageiros mencionam que você cola no carro à frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cautela excessiva, deixando espaço extra entre você e o carro à frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/8	

**Atividades com a bola:**

Problemas em visualizar o movimento da bola de (futebol, volei, basquete, tênis, queimada, etc).	Sim	Não
Dificuldade para ver a bola ao assistir esportes na TV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na TV, ao assistir jogos, você consegue ver a bola e nada além.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas ao pegar ou bater na bola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em jogar sinuca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em rebater na bola ao jogar baseball ou tênis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para aprender a andar de bicicleta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao pular corda, pula antes da hora ou pula em cima da corda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em equipamentos de playground como anéis ou barras, sua movimentação é dificultada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/9	

**Cansaço dentro de um carro:**

Como passageiro, fica enjoado.	Sim	Não
Como motorista, fica enjoado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O brilho no espelho retrovisor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O brilho vindo do espelho retrovisor do carro da frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os faróis ou iluminação das ruas durante a noite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita beber à noite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem cegueira noturna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incomodado com as luzes traseiras dos carros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incomodado com as luzes de freio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se estressado ao dirigir na chuva (ofuscamento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/10	

Observação: Se você respondeu sim a três ou mais perguntas em qualquer uma das questões acima procure um profissional habilitado para receber as devidas orientações.

Telefones: 31 3289-2072 / 3289-2077  
www.dislexiadeleitura.com.br

**Questionário para triagem da Síndrome de Irlen**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Screener: \_\_\_\_\_

**Caracterização****Sensibilidade à luz:**

Desconforto com luz do sol.	Sim	Não
Desconforto por ofuscamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso freqüente de óculos escuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incômodo por luzes fluorescentes e/ou brilhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansado ou nauseado por luzes fluorescentes e/ou brilhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça sob iluminação brilhante e fluorescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquieto sob iluminação brilhante e fluorescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades para ouvir sob iluminação brilhante e fluorescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixa produtividade sob iluminação brilhante e fluorescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente que a luz está fraca durante a leitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente que a luz está muito brilhante durante a leitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefere ler à meia luz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segue com os dedos ou outro meio para delimitar o local da leitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura fazer sombra sobre o local onde está lendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/14	

**Tipos de dificuldade de leitura:**

Salta palavras ou linhas.	Sim	Não
Repete ou relê as linhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantém leitura por uma hora ou menos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perde o local onde estava lendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lê com interrupções e paradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omite palavras menores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouca compreensão durante a leitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitura vai se tornando cada vez mais complexa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita leituras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evita a leitura como lazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessita releitura para compreensão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversão de letras e/ou números.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/12	

**Durante a leitura ou utilizando o computador, você:**

Coça os olhos.	Sim	Não
Aproxima ou afasta a cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aperta os olhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arregala os olhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interrupções regulares.	Sim	Não
Muda de posição para evitar ofuscamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha ou cobre um dos olhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Move a cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lê palavra por palavra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de ler com rapidez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/10	

<b>Você se sente cansado ou tem dores de cabeça quando:</b>	Sim	Não
Lê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalha com documentos ou escrita a lápis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalha no computador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assiste TV, filmes ou peças teatrais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faz cópia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faz exercícios de matemática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joga videogames.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faz trabalhos que exigem atenção visual constante como bordados, costuras, palavras cruzadas, soldas, colagem, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalha sob luz brilhante ou fosforescente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixa em listras, xadrezes, cores brilhantes e contrastantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/12	

<b>Escrita à mão:</b>	Sim	Não
Escrita tende a subir ou descer pela linha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letras de tamanho irregular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaço irregular ou não existente entre letras ou palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de escrever na linha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omite palavras, letras ou sinais de pontuação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/05	

<b>Ao escrever uma redação:</b>	Sim	Não
É desorganizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problemas com pontuação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problemas para revisar texto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omissão de letras ou palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escreve sem reler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/05	

<b>Ao copiar:</b>	Sim	Não
Perde o local ( livro, quadro negro, quadro branco ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omite palavras ( livro, quadro negro, quadro branco ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É lento ( livro, quadro negro, quadro branco ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópias incompletas ( livro, quadro negro, quadro branco ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem erros por falta de atenção ( livro, quadro negro, quadro branco ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pisca ou aperta os olhos (livro, quadro negro, quadro branco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Distrai-se com facilidade.	Sim	Não
Dificuldades para copiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/08	

<b>Dificuldade de concentração na escrita / redação:</b>	Sim	Não
Dificuldade para concentrar-se durante escrita ou redação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distração na leitura / escrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distração na escuta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispersão em atividades tais como provas / testes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonha acordado em aulas e conferências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutenção da atenção durante as tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para iniciar tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades na transposição para folhas de resposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/09	

<b>Matemática:</b>	Sim	Não
Desalinha dígitos em colunas numéricas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em visualizar os números nas colunas corretas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comete erros por descuido / falta de atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa os dedos, régua ou outro tipo de marcador ao trabalhar com colunas numéricas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade para ver sinais, símbolos, números ou pontos decimais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reversão de números / sentenças matemáticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/06	

<b>Música:</b>	Sim	Não
Problemas na leitura das notas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefere memorizar a ler uma partitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefere tocar de ouvido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa os dedos para seguir as notas musicais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se perde na leitura da partitura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problemas em ler notas musicais e palavras juntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em interpretar as anotações musicais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progride pouco mesmo com práticas regulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/08	

<b>Percepção de profundidade:</b>	Sim	Não
Dificuldade ao subir e descer de escadas rolantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esbarra em pontas de mesa ou portas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade ao subir ou descer escadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade ao medir distâncias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deixa cair / derruba objetos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando criança, tinha propensão a acidentes ou hematomas nas pernas/braços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando anda ao lado de alguém, você esbarra na pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando anda, sente tonturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>	___/08	