

Sobre a construção das fichas e do modelo de atendimento em Puericultura do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira: breve considerações.

O objetivo do atendimento de crianças nascidas saudáveis, sem intercorrências perinatais e de baixo risco, em um hospital público terciário, sempre foi aquele relacionado ao ensino, à formação dos pós-graduandos *lato sensu*, residentes de pediatria da Unidade.

Este objetivo foi aprimorado em face do entendimento de que é responsabilidade do pediatra uma avaliação mais sensível das questões do desenvolvimento infantil, com um olhar de antecipação para riscos e avaliação precoce de condições clínicas intercorrentes. O que se almeja, em programas de vigilância e *screening* internacionais é a promoção de saúde em seu sentido mais abrangente: não de ausência de doença, mas de bem-estar biológico, psicológico e social, como capacidade laboral, relacional e de realização pessoal, através do enfrentamento das adversidades da vida, até a idade adulta.

No cenário nacional, a primeira referência para o seguimento das crianças na Puericultura, o primeiro instrumento que julgamos fundamental para formar pediatras no atendimento de Puericultura, voltado à vigilância do crescimento e desenvolvimento infantis em saúde pública, é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

Baseado na CSC, organizamos a periodicidade dos atendimentos e algumas orientações aos pais, especialmente na prevenção de acidentes e outros programas do Ministério da Saúde, como suplementação de ferro e vitamina A, PNI (Programa Nacional de Imunizações), o incentivo ao aleitamento materno exclusivo por seis meses, alimentação complementar e saudável, etc.

Respeitando os programas e padronizando o atendimento neste sentido, garantimos também a melhoria da qualidade da assistência às crianças do nosso ambulatório. Esse é, então, outro objetivo: melhoria da qualidade de assistência em puericultura.

Finalmente, a padronização do atendimento através da construção de uma ficha de campos fechados, de preenchimento obrigatório, longitudinalmente, garante também a uniformidade da coleta de dados destes atendimentos, e favorece a constituição de uma coorte de nascidos, tendência atual para pesquisas longitudinais epidemiológicas.

Completa-se o tripé de ensino, pesquisa e assistência, como missão Institucional do IFF, Unidade inserida no SUS, para desenvolvimento, implementação e capacitação em políticas públicas de saúde.

Se por um lado, a CSC foi a primeira base da proposta de estruturação do atendimento de puericultura, as limitações do instrumento de vigilância do desenvolvimento, determinaram o estudo de outros modelos internacionais. Em relação aos EUA, país aonde a saúde é predominantemente privada, foi avaliado apenas o calendário das recomendações da Academia Americana de Pediatria. Os modelos francês, inglês e português foram também estudados, mas foi no modelo canadense que surgiu a “inspiração” para a construção da ficha. Uma grande vantagem deste modelo, além da estruturação em itens de preenchimento fechado, por marcação, foi a utilização de uma escala de avaliação de desenvolvimento que, comparada a uma escala padrão-ouro, em estudos já publicados, serve tanto à vigilância quanto ao *screening* do desenvolvimento infantil.

Ficou claro que a incorporação de uma escala de *screening* validada e em português, de fácil utilização e rápida aplicação seria o diferencial em relação ao atendimento baseado apenas na CSC, aperfeiçoando o médico especialista em saúde infantil.

A etapa seguinte foi, então, a busca deste instrumento de *screening* de vigilância infantil. Passando pela possibilidade de utilização de escalas focadas em algumas condições associadamente, para uma única escala mesmo que de menor especificidade. As avaliações de custo, ampla disponibilidade, tradução e validação, simplicidade, reprodutibilidade, possibilidade de aplicação nas consultas pelo médico, possibilidade de aplicação nas consultas pela periodicidade e pelo tempo de aplicação, e tantas variáveis resultaram na seleção do SWYC - *The Survey of Well-being of Young Children*.

As duas primeiras versões deste protocolo funcionaram como um teste, mas a terceira versão permaneceu em uso por dois anos, de Maio de 2016 até o momento. Alguns itens precisavam ser revistos, em relação às orientações de alimentação principalmente, ao ganho ponderal do primeiro mês e IMC, assim como, atualizações da versão em português do SWYC. Também aprendemos que poderíamos utilizar a ficha mesmo para crianças com morbidades, focando também na detecção precoce das alterações de desenvolvimento e como uma diretriz da consulta pediátrica, em geral. Acrescentamos, portanto, espaço para descrever diagnósticos e acompanhamentos de especialidades ou multiprofissionais.

Esta quarta versão acrescenta, ainda, o tópico da mídia eletrônica, com orientações e a possibilidade de vigilância da sua utilização pelos pequenos.

Esta ficha fica, então, aberta, disponível, neste espaço institucional (repositório) àqueles que quiserem segui-la como um guia na sua própria organização de atendimento em Puericultura. Há de contribuir para a formação dos especialistas em pediatria, assim como, para a assistência, com um foco especial no desenvolvimento infantil, para além de marcos de desenvolvimento, os comportamentos, os riscos sociais e familiares, a aptidão para a vida de relação e afetiva.

Leituras sugeridas:

1. Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Pediatrics, Bright Future Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: an Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* 2006;118(1):405-20.
2. Brasil - Ministério da Saúde [página na Internet]. Caderneta de saúde da criança: menino [acessado em 01 de maio de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf
3. American Academy of Pediatrics & Bright Future Committee. [página na Internet] Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. [acessado em 01 de maio de 2018]. Disponível em: https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf
4. França - Ministère Chargé de La Santé [página na Internet]. Carnet de Santé. [acessado em 01 de maio de 2018]. Disponível em: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
5. Rourke L, Leduc D, Rourke J, Li P and Canadian Paediatric Society, College of Family Physicians of Canada, Dietitians of Canada. [página na Internet]. Rourke Baby Record. [acessado em 01 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR%202017%20National%20English%20-%20Black%20170926.pdf>
6. Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Administration Manual. 3rd edn. San Antonio: Harcourt Assessment Inc; 2006.
7. Perrin E, Sheldrick C, Mattern K. [página na Internet]. The Survey of Well-being of Young Children. [acessado em 01 de maio de 2018]. Disponível em: <https://www.floatinghospital.org/The-Survey-of-Wellbeing-of-Young-Children/Overview.aspx>



data ___/___/___

Primeira Consulta Ambulatório Pediatria

Prontuário:

Prontuário da mãe:

1. Identificação:

Nome: _____ data nascimento: ___/___/___

Responsável pelo acompanhamento: _____

Grau de parentesco: _____ telefones contato: _____

Familiares presentes nesta consulta: _____

2. Dados sobre gravidez e parto:

Gravidez planejada? () sim () Não	
Pré-natal:	número de consultas () IFF? () sim () não Pq? _____
Sorologias:	Z21 (HIV): () neg () pos () não realizado A53 (sífilis): () neg () pos () não realizado B18 (hep B): () neg () pos () não realizado B18 (hep C): () neg () pos () não realizado B58 (toxoplasmose): () neg () pos () não realizado B25 (CMV): () neg () pos () não realizado
Pesquisa Strepto B	() neg () pos () não realizado
Drogas e substâncias:	Tabagismo () sim () não - Se sim, quantos cigarros/dia: _____ há quantos anos? _____ Álcool () sim () não - Se sim, quantas doses/semana: _____ Outras () sim () não - Se sim, qual: _____ Ferro () sim () não - Se sim, dose: _____
Parto:	Tipo: () vaginal () cesáreo Se cesáreo, indicação: _____

3. Dados do recém nascido:

Peso nascimento:	Comprimento nascimento:	PC nascimento:
Apgar:	Reanimação: () sim () não Se sim, descreva: _____	
IG: ___ sem ___ dias	PIG () AIG () GIG ()	
VDRL: () neg () pos () não realizado	Tipagem sang: _____ ou () não realizado	
Ortolani: () neg () pos () não realizado		
Reflexo vermelho: () normal () alterado () não realizado		
Oximetria: () normal () alterado () não realizado	valor: _____	
Triagem auditiva: () normal () alterado () não realizado		
Teste pezinho, colhido: () sim () não Se sim, IFF? () sim () não () normal () sem resultado () alterado - _____		
Intercorrências perinatais e observações:		



Consulta 1 mês (página 2/4):

4. História familiar:

nome	Idade	Doenças:	
Mãe:		<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> dist colest <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> a. falcif <input type="checkbox"/> rinite <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> eczema atópico <input type="checkbox"/> alergia alimentar <input type="checkbox"/> doença mental <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> transtorno ansiedade <input type="checkbox"/> outros: _____	
Pai:		<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> dist colest <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> a. falcif <input type="checkbox"/> rinite <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> eczema atópico <input type="checkbox"/> alergia alimentar <input type="checkbox"/> doença mental <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> transtorno ansiedade <input type="checkbox"/> outros: _____	
Irmãos:	idade	sexo	Doenças:
		M F	
		M F	
		M F	
		M F	
		M F	
		M F	
<i>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateado com os seguintes problemas: Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? <input type="checkbox"/> nenhum dia <input type="checkbox"/> alguns dias <input type="checkbox"/> mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> quase todos os dias Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperanças? <input type="checkbox"/> nenhum dia <input type="checkbox"/> alguns dias <input type="checkbox"/> Nenhum dia <input type="checkbox"/> mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> quase todos os dias </i>			
<i>Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu esposo(a); companheiro(a): <input type="checkbox"/> Não tem conflito <input type="checkbox"/> Com algum conflito <input type="checkbox"/> Muito conflito <input type="checkbox"/> Não se aplica </i>			
<i>Você e seu/sua companheiro(a) resolvem seus desentendimentos: <input type="checkbox"/> sem dificuldade <input type="checkbox"/> com alguma dificuldade <input type="checkbox"/> com muita dificuldade <input type="checkbox"/> não se aplica </i>			
<i>Alguém fuma cigarro dentro de casa? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Se sim, qual o grau de parentesco: No último ano alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir seu consumo de álcool ou drogas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não_ </i>			

Itálico- referência: The Survey of Wellbeing of Young Children – www.theswyc.org



Nome: _____

Prontuário:

Consulta 1 mês (página 3/4):

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Peso:	Ganho ponderal diário:	Comp:	PC:
Intercorrências:			
Data da consulta no Banco de Leite: / / () desconhecido () não foi () não se aplica			
Alimentação () SME () SM + complemento – qual: _____ () outro leite – qual: _____ () outros: _____ Mãe em uso de drogas? () não () sim, quais: _____		() urina normal () fezes normais () outros: _____ chupeta () sim () não	
Desenvolvimento	() postura barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada () observa o rosto a +- 30 cm () reage ao som (palma ou chocalho) com movimentos dos olhos/ expressão facial () eleva a cabeça, afastando o queixo do colchão, em prono () suga bem		
Prevenção de acidentes - Marcar os tópicos Abordados.	() sono seguro – risco de sufocação – decúbito dorsal no quarto dos pais. () transporte seguro em automóvel – cadeira em concha, banco de trás, voltada para trás () risco de queda – não deixar criança sozinha em cima de móveis () risco de afogamento na banheira () não utilizar talco		
Calendário Vacinal:	() em dia () atrasado () reagendado	trouxe cartão?: () sim () não	
Exame físico	Atenção especial para: Marcar os itens avaliados. () icterícia () sopro () pulsos femorais () fontanela () quadril - ortolani () testículos () cicatriz umbilical () alterações fenotípicas		



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

5. História Social e Epidemiológica**IFF**INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Composição familiar na residência / nome	Grau parentesco	Idade	Escolaridade Analfabeto/ EF*/ EM*/sup*	Ocupação / vínculo	Estado civil solteiro/casado/ viúvo /separado / união estável
Renda familiar (salários mínimos)		() até 1 SM () 1 a 2 SM () 2 a 3 SM () >3 SM			
Condições da casa e saneamento básico:	Rede H2O: () sim () não	rede de esgoto: () sim () não	eletricidade regularizada () sim () não	Coleta de lixo () sim () não	
	Numero de cômodos ()	Banheiro: () sim () não	Animais: () sim () não	Quarto da criança () sim () não	
Área de violência urbana? () sim () não					
Alguém da família está em reclusão (preso)? () sim () não. Se sim, qual o grau de parentesco:					
OBS:					
Problemas			Conduas: # Orientar leitura da Caderneta de Saúde da Criança #		

* EF ensino fundamental / EM ensino médio / superior

CRM



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nome: _____

Prontuário:

data ____/____/____

Idade: _____

Consulta 2 meses (1-3m):

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Familiares presentes na consulta:	Peso:	Comp:	PC:
--	--------------	--------------	------------

Queixas e Intercorrências	IVAS () sim () não. / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não.

Alimentação:	() SME Mãe em uso de drogas? () não () sim, quais: _____ () SM + complemento – qual: _____ () outro leite – qual: _____ () introdução de outros: _____
---------------------	---

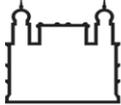
Débito urinário e aspecto das fezes () normal () alterado - descreva: _____
--

Hábitos e comportamento	chupeta () sim () não	cólica: () não () sim, queixa espontânea? () sim () não	Preenche critérios de Wasser*: () sim () não
--------------------------------	-------------------------	---	--

Desenvolvimento (de SWYC) Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2	() Faz sons que mostram para você que ele ou ela está feliz ou chateado () Parece feliz em ver você () Segue com os olhos o movimento de um brinquedo () vira a cabeça para achar a pessoa que está falando () mantém a cabeça firme quando puxado para sentar () junta as mãos () ri () mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada () Faz sons como "ga", "ma" ou "ba" () Olha quando você o/a chama pelo nome

Risco materno	Nas últimas 2 semanas, quão frequentemente você ficou incomodado pelos seguintes problemas: ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? () nem um pouco () vários dias () mais da metade dos dias () quase todos os dias sentir-se pra baixo, deprimido ou sem esperanças? () nem um pouco () vários dias () mais da metade dos dias () quase todos os dias
----------------------	---

Prevenção de acidentes	() risco de sufocação no sono () risco de afogamento e queimadura na banheira () não dar medicações sem prescrição médica () risco de queda () transporte seguro
-------------------------------	---



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não
Checar exames	Teste do pezinho () sem resultado () normal () alterado triagem auditiva () não realizado () normal () alterado	
Exame físico		
Problemas:	Condutas:	
ORIENTAR A LEITURA DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA		

_____ CRM



Nome: _____
 data ___/___/___

Prontuário:

Idade: _____ **Consulta 4 meses (4-5m):**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Familiares presentes na consulta:

Peso:	Comp:	PC:
--------------	--------------	------------

Queixas e intercorrências :	IVAS () sim () não. / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não.

Alimentação	() SME - Mãe em uso de drogas? () não () sim, quais _____ () SM + complemento – qual: _____ () outro leite – qual: _____ () introdução de outros: _____
--------------------	--

Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____

Prevenção de acidentes	() não dar medicações sem prescrição () risco de queda () transporte seguro
-------------------------------	--

vacinas	() em dia () atrasada () reagentada	trouxe cartão: () sim () não
----------------	--	--------------------------------

Checar exames	Teste do pezinho () sem resultado () normal () alterado
----------------------	--

Desenvolvimento (SWYC) Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2	() segura a cabeça firme quando puxada para sentar () junta as mãos () ri () mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada () faz sons como “ga”, “ma”, “ba” () olha quando você o(a) chama pelo nome () vira de barriga para baixo () passa um brinquedo de uma mão a outra () procura por você ou outro cuidador quando está chateado(a) () segura dois objetos e bate um no outro	Valor _____ Ref: 4m: ≥ 14 5m: ≥ 16 Normal ? () sim () não



<p>Hábitos e comportamentos de lactentes (SWYC)* nem um pouco-0 um pouco-1 muito-2</p>	<p>Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade, e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento da sua criança.</p> <p>() Sua criança fica incomodada com novas pessoas? irritabilidade</p> <p>() Sua criança fica incomodada em lugares novos?</p> <p>() É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina?</p> <p>() Sua criança fica incomodada de carregada por outras pessoas?</p> <p style="padding-left: 20px;">() sua criança chora muito?</p> <p style="padding-left: 20px;">() É difícil para sua criança se acalmar sozinha? inflexibilidade</p> <p style="padding-left: 20px;">() sua criança fica irritada facilmente?</p> <p style="padding-left: 20px;">() É difícil acalmar sua criança?</p> <p style="padding-left: 20px;">() Sua criança continua chorando mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la?</p> <p>() É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia?</p> <p>() É difícil colocar sua criança para dormir?</p> <p>() Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? Dificuldade com rotinas</p> <p>() É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança?</p> <p>() Sua criança tem dificuldades para manter o sono?</p> <p style="text-align: right;">* Qualquer grupo com valor ≥ 3 é positivo</p>
<p>Exame físico</p>	
<p>Problemas:</p>	<p>Condutas:</p>

CRM



Nome: _____ Prontuário:
 data ___/___/___ idade: _____ **Consulta 6 meses (6 a 8 m)**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Familiares presentes na consulta:

Peso: _____ Comp: _____ PC: _____

Queixas e Intercorrências
 IVAS () sim () não / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não.

Alimentação () SME
 () SM + complemento – qual: _____
 () outro leite – qual: _____
 Já introduziu outros alimentos? () sim () não.
 Se sim, marcar quais: () chá () sucos () frutas () legumes/papa salgada () yogurt () biscoito
 () outros: _____

Ferro? () sim () não. Se sim, dose: _____ mg/kg
 Outra vitamina? () sim () não. Se sim, qual: _____

Urina e fezes () normal () alterado - descreva: _____

Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____

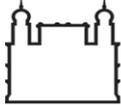
vacinas () em dia () atrasada () reagendada trouxe cartão: () sim () não

Preocupações dos pais
 Com relação ao comportamento atual da sua criança: Não um pouco muito
 Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou () () ()
 com o desenvolvimento dela?
 Você tem alguma preocupação com o comportamento () () ()
 de sua criança?

Desenvolvimento (SWYC)
 Ainda não - 0
 um pouco - 1
 Muito - 2

- () faz sons como “ga”, “ma”, “ba”
- () olha quando você o(a) chama pelo nome
- () vira de barriga para baixo
- () passa um brinquedo de uma mão a outra
- () procura por você ou outro cuidador quando está chateado(a)
- () segura dois objetos e bate um no outro
- () levanta os braços para ser carregado
- () passa para a posição sentada sozinho(a)
- () pega alimento com a mão e come
- () puxa para ficar de pé

Valor _____
 Ref: 6m: ≥ 12
 7m: ≥ 15
 8m: ≥ 17
 Normal? () sim () não



Consulta 6 meses (página2/2)

Hábitos de sono: Sadeh, Avi (2004) – tradução: Nunes ML, Kampff JPR, Sadeh A.	<p><i>Escolha apenas uma opção:</i></p> <p><i>Ordem de nascimento da criança:</i> () mais velho () do meio () mais novo</p> <p><i>Organização para dormir:</i> () berço em quarto separado () berço no quarto dos pais () na cama dos pais () berço no quarto com irmãos () outro – especificar: _____</p> <p><i>Em que posição seu(sua) filho(a) dorme a maior parte das vezes?</i> () de barriga para baixo () de lado () de costas</p> <p><i>Quanto tempo seu(sua) filho(a) passa dormindo durante a NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)?</i> _____ horas _____ minutos.</p> <p><i>Quanto tempo seu(sua) filho(a) passa dormindo durante o DIA (entre 7da manhã e 7 da noite)?</i> _____ horas _____ minutos.</p> <p><i>Média de vezes que seu(sua) filho(a) acorda por noite:</i> _____</p> <p><i>Durante a noite (entre 10 da noite e 6 da manhã) quanto tempo seu(sua) filho(a) permanece acoraddo(a)?</i> _____ horas _____ minutos.</p> <p><i>Quanto tempo você leva para fazer seu(sua) filho(a) adormecer a noite?</i> _____ horas _____ min.</p> <p><i>Como o seu(sua) bebê adormece?</i> () sendo alimentado () sendo embalado () no colo () sozinho na sua cama () na cama perto dos pais</p> <p><i>A que horas normalmente seu(sua) filho(a) adormece à noite?</i> _____ horas _____ minutos.</p> <p><i>Você considera o sono do seu(sua) filho(a) um problema?</i> () um problema muito grave () um problema pouco grave () não considera um problema</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Preenche critérios para definir crianças que dormem mal? () sim () não</p> <p>1. Criança acorda mais que 3 vezes na noite OU</p> <p>2. Período de vigília noturna é > 1 hora OU</p> <p>3. Tempo total de sono é < 9 horas.</p> </div>
Exame físico	
Problemas	<p>Condutas:</p> <p># Orientações de “desmame”</p> <p># sulfato ferroso</p>



Nome: _____ Prontuário:
 data ___/___/___ Idade: _____ **Consulta 9 meses (9-11m):**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Familiares presentes:	Peso:	Comp:	PC:
-----------------------	-------	-------	-----

Queixas e Intercorrências	IVAS () sim () não / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não
---------------------------	---

Alimentação	Seio materno () sim () não Outro leite () sim () não. se sim, qual: _____ Consistência: () maioria pastosa () maioria com pedaços () não se aplica Quantas refeições de sal? () 0 () 1 () 2 () > 2 Aceita carne vermelha? () sim () não Quantas vezes/semana? () < 3 () > ou = 3 - orientar! Já recebeu folhosos? () sim () não - introduzir Já comeu mel? () sim () não - orientar!
-------------	---

Ferro? () sim () não. Se sim, dose: _____ mg/kg
Outra vitamina? () sim () não. Se sim, qual: _____

Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____
--

Prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/> risco de queda – coloque rede em janelas e barreira nas escadas <input type="checkbox"/> risco de sufocação – afaste da criança sacos plásticos, fios e cordões <input type="checkbox"/> risco de queimaduras – cuidado com ferro elétrico, panelas e o forno em uso <input type="checkbox"/> risco de afogamento – afaste a criança de baldes, poços e piscinas <input type="checkbox"/> risco de choque elétrico - coloque protetores em tomadas e evite fios soltos alcançáveis <input type="checkbox"/> risco de intoxicação – guardar no alto produtos de limpeza e medicamentos.
------------------------	--

Vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não
---------	--	--------------------------------

Desenvolvimento Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2	<input type="checkbox"/> levanta os braços para ser carregado <input type="checkbox"/> passa para a posição sentada sozinho(a) <input type="checkbox"/> pega alimento com a mão e come <input type="checkbox"/> puxa para ficar de pé <input type="checkbox"/> brinca de "esconde-achou" ou "bate palminhas" <input type="checkbox"/> Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido <input type="checkbox"/> olha ao redor quando você diz coisas como "onde está sua mamadeira?" ou "onde está seu cobertor?" <input type="checkbox"/> imita sons que você faz <input type="checkbox"/> atravessa um cômodo andando sem ajuda <input type="checkbox"/> atende pedidos como "venha cá" ou "me dá a bola"	Valor _____ Ref: 9m: ≥ 12 10m : ≥ 14 11m : ≥ 15 Normal? () sim () não
---	---	---



Hábitos e comportamento* nem um pouco- 0 um pouco -1 muito- 2	<p><i>Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade, e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamneto da sua criança.</i></p> <p>() Sua criança fica incomodada com novas pessoas? irritabilidade</p> <p>() Sua criança fica incomodada em lugares novos?</p> <p>() É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina?</p> <p>() Sua criança fica incomodda de carregada por outras pessoas? () sua criança chora muito? () É difícil para sua criança se acalmar sozinha? inflexibilidade () sua criança fica irritada facilmente? () É difícil acalmar sua criança? () Sua criança continua chorando mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la?</p> <p>() É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? Dificuldade com rotinas</p> <p>() É difícil colocar sua criança para dormir?</p> <p>() Sua criança tem dificuldades para pegar no sono?</p> <p>() É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança?</p> <p>() Sua criança tem dificuldades para manter o sono?</p> <p style="text-align: right;">* Qualquer grupo com valor >= 3 é positivo</p>
Exame físico	
Problemas	Condutas

CRM



Nome: _____ Prontuário:
 data ___/___/___ idade: _____ **Consulta 12 meses (12 a 14m)**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Famíliares presentes:		Peso:	Comp:	PC:
Queixa e Intercorrências	IVAS () sim () não / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não			
	Seio materno () sim () não Outro leite () sim () não. Se sim, qual e diluição: _____ Consistência: () maioria pastosa () maioria com pedaços Quantas refeições de sal? () 0 () 1 () 2 () > 2 Aceita carne vermelha? () sim () não Quantas vezes/semana? () <3 () =>3 Aceita vegetais? () sim () não			
alimentação	Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____			
Prevenção de acidentes		() risco de atropelamento		
Vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não		
Desenvolvimento <i>Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2</i>	<input type="checkbox"/> pega alimento com a mão e come <input type="checkbox"/> puxa para ficar de pé <input type="checkbox"/> brinca de "esconde-achou" ou "bate palminhas" <input type="checkbox"/> Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido <input type="checkbox"/> olha ao redor quando você diz coisas como "onde está sua mamadeira?" ou "onde está seu cobertor?" <input type="checkbox"/> imita sons que você faz <input type="checkbox"/> atravessa um cômodo andando sem ajuda <input type="checkbox"/> atende pedidos como "venha cá" ou "me dá a bola" <input type="checkbox"/> corre (sem ajuda) <input type="checkbox"/> sobe escadas com ajuda			Valor _____ Ref 12m: ≥ 13 13m: ≥ 14 14m: ≥ 15 Normal? () sim () não
	Preocupações dos pais	Com relação ao comportamento atual da sua criança: Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela? Não um pouco muito () () () Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança? () () ()		
Comportamentos :	Crises de perda de fôlego: () sim () não () desconhece Se sim, descreva: _____ Usa chupeta? () sim () não Chupa dedo? () sim () não _____			



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Exame físico	
Problemas	Conduas: # Orientar sobre recomendações contrárias à MIDIA eletrônica antes dos 2 anos de idade! #

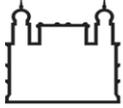
CRM



Nome: _____ Prontuário:
 data ____/____/____ Idade: _____ **Consulta 15 meses (15 a 17m):**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Famíliares presentes:		Peso:	Comp:	PC:	
Queixa e Intercorrências	IVAS () sim () não / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não				
	Alimentação	Seio materno () sim () não Consistência: () maioria pastosa () maioria com pedaço Toma leite no café da manhã? () sim () não - orientar Aceita carne vermelha? () sim () não Quantas vezes/semana? () <3 () >= 3 Come frutas, legumes e salada? () sim () não - orientar			
Ferro? () sim () não. Se sim, dose: _____ mg/kg Outra vitamina? () sim () não. Se sim, qual: _____					
Urina e fezes	() normal () alterado - descreva: _____				
Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____					
Prevenção de acidentes	() segurança em casa: fechar banheiro, guardar objetos pontiagudos, pequenos, remédios e material de limpeza. () risco de atropelamento				
vacinas	() em dia () atrasada () reagendada		Trouxe cartão: () sim () não		
Desenvolvimento <i>Ainda não - 0 Muito - 2</i>	() Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido () olha ao redor quando você diz coisas como "onde está sua mamadeira?" ou "onde está seu cobertor?" () imita sons que você faz () atravessa um cômodo andando sem ajuda () atende pedidos como "venha cá" ou "me dá a bola" () corre (sem ajuda) () sobe escadas com ajuda () chuta bola () nomeia pelo menos 5 objetos familiares, como por exemplo: bola ou leite () nomeia pelo menos 5 partes do corpo, como por exemplo: nariz, mão ou barriga			Valor _____ Ref 15: ≥ 11 16: ≥ 13 17: ≥ 14 Normal? () sim () não	
	Preocupações dos pais	Com relação ao comportamento atual da sua criança:			Não um pouco muito () () () Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela? () () () Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Exame físico		
	<table border="1"><tr><td>Problemas:</td><td>Condutas:</td></tr></table>	Problemas:
Problemas:	Condutas:	

CRM



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nome: _____ Prontuário:
data ___/___/___ Idade: _____ Consulta 18 meses (18 a 22m):

Diagnósticos: #	Vínculos: #
#	#
#	#

Familiares presentes:	Peso:	Comp:	IMC:	PC:								
Queixas e Intercorrências	IVAS () sim () não. / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não.											
	Alimentação Seio materno () sim () não / Outro leite () sim () não. Quantas refeições são lácteas? () 0 () 1 () 2 () 3 () > 3 Quantas refeições de sal? () 0 () 1 () 2 () > 2 Aceita carne vermelha? () sim () não Quantas vezes/semana? () <3 () >3 Aceita vegetais? () sim () não											
Ferro? () sim () não. Se sim, dose: _____ mg/kg Já usou vermífugo? () sim () não () desconhecido												
Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____												
Prevenção de acidentes	() segurança em casa () risco de atropelamento () risco de queda: proteção nas janelas											
Mídia eletrônica	A criança assiste TV? () sim () não. A criança usa algum tablet? () sim () não. A criança usa o celular dos pais? () sim () não. Tempo de tela diário aproximado: () < 1 hora () 1-2 h () 2 a 4 h () >4h () desconhecido											
vacinas	() em dia () atrasada () reagendada		trouxe cartão: () sim () não									
Desenvolvimento <i>ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2</i>	<input type="checkbox"/> corre (sem ajuda) <input type="checkbox"/> sobe escadas com ajuda <input type="checkbox"/> chuta bola <input type="checkbox"/> Nomeia pelo menos 5 objetos familiares, como por exemplo: bola ou leite <input type="checkbox"/> nomeia pelo menos 5 partes do corpo, como por exemplo: nariz, mão ou barriga <input type="checkbox"/> Sobe uma escada no parquinho <input type="checkbox"/> usa palavras como "eu" ou "meu" <input type="checkbox"/> pula no chão com os dois pés <input type="checkbox"/> junta duas ou mais palavras – como "dá água" <input type="checkbox"/> usa palavras para pedir ajuda			<table border="1"> <tr> <td>Valor _____</td> </tr> <tr> <td>Ref 18: ≥ 9</td> </tr> <tr> <td>19: ≥ 11</td> </tr> <tr> <td>20: ≥ 12</td> </tr> <tr> <td>21: ≥ 14</td> </tr> <tr> <td>22: ≥ 15</td> </tr> <tr> <td>Normal? () sim () não</td> </tr> </table>		Valor _____	Ref 18: ≥ 9	19: ≥ 11	20: ≥ 12	21: ≥ 14	22: ≥ 15	Normal? () sim () não
	Valor _____											
Ref 18: ≥ 9												
19: ≥ 11												
20: ≥ 12												
21: ≥ 14												
22: ≥ 15												
Normal? () sim () não												



Escala de observação dos pais sobre interação social – triagem do espectro autista		<i>Muitas vezes ao dia</i>	<i>algumas vezes ao dia</i>	<i>algumas vezes na semana</i>	<i>menos de uma vez por semana</i>	<i>nunca</i>
	<i>Sua criança traz coisas para mostrar a você?</i>	()	()	()	()	()
		<i>sempre</i>	<i>frequentemente</i>	<i>algumas vezes</i>	<i>raramente</i>	<i>nunca</i>
	<i>Sua criança se interesse em brincar com outras crianças?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Sua criança olha se você aponta alguma coisa do outro lado da sala?</i>	()	()	()	()	()
	Marque todas as opções que desejar					
	<i>Como a sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer?</i>	<i>Fala uma palavra para mostrar o que ela quer</i>	<i>aponta para o que quer com o dedo</i>	<i>alcança o que quer</i>	<i>Me puxa ou coloca minha mão no objeto</i>	<i>resmunga, chora ou grita</i>
		()	()	()	()	()
	<i>Quais são as brincadeiras Favoritas da sua criança?</i>	<i>Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia</i>	<i>Ler livros com você</i>	<i>Subir nas coisas, correr e movimentar-se</i>	<i>Enfileirar brinquedos ou outras coisas</i>	<i>Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas</i>
		()	()	()	()	()
	screening positivo: 3 ou mais pontos nas últimas três colunas.					
Exame físico						
	Problemas	condutas				



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nome: _____ Prontuário:

--	--	--	--	--	--

Data: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Consulta 24 meses (23 a 28m):

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Famíliares presentes:	Peso:	Comp:	PC:												
Queixas e Intercorrências:	IVAS () sim () não / Broncoespasmo () sim () não () desconhecido / ATB () sim () não.														
Alimentação	Desmame completo? () sim () não - orientar Quantas refeições são lácteas? () 0 () 1 () 2 () 3 () > 3 Quantas refeições de sal? () 0 () 1 () 2 () > 2 Aceita carne vermelha? () sim () não Quantas vezes/semana? () <3 () =>3 Aceita vegetais e folhosos? () sim () não														
Ferro? () sim () não. Se sim, dose: _____ mg/kg															
Urina e fezes	() normal () alterado - descreva: _____ Desfralde? () sim () não () parcial. Se sim ou parcial: () só de dia () total () outros														
Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____															
vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não													
Desenvolvimento (SWYC) <i>Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2</i>	() Nomeia pelo menos 5 objetos familiares, como por exemplo: bola ou leite () nomeia pelo menos 5 partes do corpo, como por exemplo: nariz, mão ou barriga () Sobe uma escada no parquinho () usa palavras como "eu" ou "meu" () pula no chão com os dois pés () junta duas ou mais palavras – como "dá água" () usa palavras para pedir ajuda () nomeia pelo menos uma cor () tenta fazer você olhar dizendo "olhe para mim" () desenha linhas		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Valor _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ref 23m: ≥ 11</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">24m: ≥ 12</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25m: ≥ 13</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">26m: ≥ 14</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">27m: ≥ 15</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">28m: ≥ 16</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Normal? () sim () não</td> </tr> </table>	Valor _____	Ref 23m: ≥ 11	24m: ≥ 12	25m: ≥ 13	26m: ≥ 14	27m: ≥ 15	28m: ≥ 16	Normal? () sim () não				
Valor _____															
Ref 23m: ≥ 11															
24m: ≥ 12															
25m: ≥ 13															
26m: ≥ 14															
27m: ≥ 15															
28m: ≥ 16															
Normal? () sim () não															
Preocupação dos pais	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</i></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><i>Não</i></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><i>um pouco</i></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><i>muito</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança?</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">()</td> </tr> </table>			<i>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</i>	<i>Não</i>	<i>um pouco</i>	<i>muito</i>	Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	()	()	()	Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança?	()	()	()
<i>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</i>	<i>Não</i>	<i>um pouco</i>	<i>muito</i>												
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	()	()	()												
Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança?	()	()	()												



Escala de observação dos pais sobre interação social – triagem do espectro autista		<i>Muitas vezes ao dia</i>	<i>algumas vezes ao dia</i>	<i>algumas vezes na semana</i>	<i>menos de uma vez por semana</i>	<i>nunca</i>
	<i>Sua criança traz coisas para mostrar a você?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Sua criança se interesse em brincar com outras crianças?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?</i>	()	()	()	()	()
	<i>Sua criança olha se você aponta alguma coisa do outro lado da sala?</i>	()	()	()	()	()
Marque todas as opções que desejar						
	<i>Como a sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer?</i>	<i>Fala uma palavra para mostrar o que ela quer</i>	<i>aponta para o que quer com o dedo</i>	<i>alcança o que quer</i>	<i>Me puxa ou coloca minha mão no objeto</i>	<i>resmunga, chora ou grita</i>
		()	()	()	()	()
	<i>Quais são as brincadeiras Favoritas da sua criança?</i>	<i>Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia</i>	<i>Ler livros com você</i>	<i>Subir nas coisas, correr e movimentar-se</i>	<i>Enfileirar brinquedos ou outras coisas</i>	<i>Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas</i>
		()	()	()	()	()
screening positivo: 3 ou mais pontos nas últimas três colunas.						
Exame físico						
Problemas			Condutas:			
Orientar uso da mídia	<input type="checkbox"/> assistir a programas de alta qualidade junto com os pais <input type="checkbox"/> evitar aplicativos, programas ou jogos que incitem a violência <input type="checkbox"/> tempo máximo de 1 hora/dia <input type="checkbox"/> Intervalo mínimo de 1 hora antes de dormir <input type="checkbox"/> não usar a mídia para “acalmar” a criança <input type="checkbox"/> não usar mídia nas refeições <input type="checkbox"/> é importante que existam limites e regras, que podem compor um “plano familiar de uso de mídia”.					



Nome: _____ Prontuário:

--	--	--	--	--	--

 Data: ___/___/___ Idade: _____ Consulta 30 meses (29 a 34m)

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Famíliares presentes:	Peso:	Comp:
Queixas e intercorrências:	IVAS () sim () não. Broncoespasmo () sim () não () desconhecido. ATB () sim () não.	
Alimentação / Cardápio	Desmame completo? () sim () não Refeições lácteas, por dia: () 0 () 1-2 () ≥ 3 Faz 2 refeições de sal? () sim () não () às vezes Carne vermelha, por semana? () 0 () 1-2 () ≥ 3 Aceita frutas? () sim () não () às vezes Aceita vegetais? () sim () não () às vezes	Desjejum: ___ h: _____ Colação: ___ h: _____ Almoço: ___ h: _____ Lanche: ___ h: _____ Jantar: ___ h: _____ Ceia: ___ h: _____
Usa medicações?	() sim () não. Se sim, qual? _____	
Urina e fezes	() normal () alterado - descreva: _____ Desfralde? () sim () não () parcial. Se sim ou parcial: () só de dia () total () outros	
Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____		
vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não
Desenvolvimento <i>Ainda não - 0 um pouco - 1 Muito - 2</i>	() fala o nome de pelo menos uma cor () fala alguma coisa para chamar a atenção das pessoas para o que ele/ela está fazendo () sabe dizer seu próprio nome () desenha linhas () fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo () lava e seca as mãos sem ajuda (a criança não precisa abrir a torneira) () faz perguntas começando com "por quê" ou "como" () sabe explicar o por quê das coisas, por exemplo, precisa comer por que está com fome () compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor" () responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou "quando está com sono?"	Valor _____ 29m: ≥ 10 30m: ≥ 11 31m: ≥ 12 32m: ≥ 13 33-34m: ≥ 14 Normal? () sim () não



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Nome: _____ Prontuário:

--	--	--	--	--	--

Data: ___/___/___ Idade: _____ Consulta 36 meses (35-46m)

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Famíliares presentes:	Peso:	Comp:	PA:
-----------------------	-------	-------	------------

Queixas e intercorrências:	IVAS () sim () não. Broncoespasmo () sim () não () desconhecido. ATB () sim () não.
----------------------------	--

Alimentação / Cardápio	Usa mamadeira? () sim () não Refeições lácteas, por dia: () 0 () 1 () ≥ 2 Carne vermelha, por semana? () 0 () 1-2 () ≥ 3 Aceita frutas, legumes, folhosos? () sim () não () às vezes	Desjejum: ___ h: _____ Colação: ___ h: _____ Almoço: ___ h: _____ Lanche: ___ h: _____ Jantar: ___ h: _____ Ceia: ___ h: _____
------------------------	--	---

Usa medicações?	() sim () não. Se sim, qual? _____
-----------------	--------------------------------------

Urina	() normal () alterado - descreva: _____
E fezes	Desfralde? () sim () não () parcial. Se sim ou parcial: () só de dia () total () outros

Quem cuida da criança? () mãe () familiares () creche () outros: _____
--

vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não
---------	--	--------------------------------

Lazer e esportes:	A criança tem brinquedo(s)? () não () sim. Se sim, descreva que brinquedo(s) ela gosta: _____ Com que frequência a criança tem lazer ao ar livre? () quase nunca () só nos fins-de-semana () poucas vezes na semana () quase diariamente A criança pratica algum esporte? () não () sim. Se sim, qual? _____
-------------------	--

Mídia eletrônica	A criança utiliza mídia eletrônica? () não () sim. Se sim, marcar todos que se aplicam: () TV () computador () tablet () celular () consoles de jogos A criança utiliza mídia eletrônica por quanto tempo em média, diariamente: () 0 () 1-2h () 2-4h () 4-6h () >6h Há um plano familiar de uso de mídia? () não () sim () desconhecido
------------------	---



Desenvolvimento <i>Ainda não - 0 um pouco - 1</i> <i>Muito - 2</i>	<input type="checkbox"/> <i>fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>lava e seca as mãos sem ajuda</i> <i>(a criança não precisa abrir a torneira)</i> <input type="checkbox"/> <i>faz perguntas começando com "por quê" ou "como"</i> <input type="checkbox"/> <i>sabe explicar o por quê das coisas, por exemplo, precisa comer por que está com fome</i> <input type="checkbox"/> <i>compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor"</i> <input type="checkbox"/> <i>responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou "quando está com sono?"</i> <input type="checkbox"/> <i>conta a história de um livro ou programa de TV</i> <input type="checkbox"/> <i>desenha formas simples como um círculo ou quadrado</i> <input type="checkbox"/> <i>fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas</i> <input type="checkbox"/> <i>usa palavras como "ontem" e "amanhã" corretamente</i>		Valor _____ 35m: ≥ 11 36 m: ≥ 12 37 m: ≥ 13 38-39 m: ≥ 14 40-41 m: ≥ 15 42-43 m: ≥ 16 44-46 m: ≥ 17 Normal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Preocupações dos pais	Com relação ao comportamento atual da sua criança: Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela? Você tem alguma preocupação com o comportamento De sua criança?	Não um pouco muito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Exame físico			
Problemas		condutas	

CRM



Lista de sintomas pediátricos (pré-escolares)	Sua criança...	<i>Não</i>	<i>um pouco</i>	<i>muito</i>
	parece medrosa ou nervosa?	()	()	()
	parece triste ou infeliz?	()	()	()
	fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada?	()	()	()
	tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina?	()	()	()
	tem dificuldade para brincar com outras crianças?	()	()	()
	quebra coisas de propósito?	()	()	()
	briga com outras crianças?	()	()	()
	tem dificuldade para prestar atenção?	()	()	()
	tem dificuldade para se acalmar sozinha?	()	()	()
tem dificuldade em se manter em uma única atividade?	()	()	()	
Sua criança é...	<i>Não</i>	<i>um pouco</i>	<i>muito</i>	
	Agressiva?	()	()	()
	Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	()	()	()
É difícil para você...	<i>Não</i>	<i>um pouco</i>	<i>muito</i>	
	Ir com sua criança a locais públicos?	()	()	()
	Acalmar sua criança?	()	()	()
	Saber o que sua criança precisa?	()	()	()
	Manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	()	()	()
	Fazer sua criança obedecer você?	()	()	()
<i>Não=0; um pouco=1; muito=2. Se escore igual a 9 ou maior, então criança "em risco"</i>				
Exame físico				
Problemas		Condutas		

CRM



Nome: _____ Prontuário:

--	--	--	--	--	--

Data: ___ / ___ / ___ Idade: _____ **Consulta 60 meses (59-65m)**

Diagnósticos: # # #	Vínculos: # # #
----------------------------------	------------------------------

Peso:	Comp:	IMC:	PA:
-------	-------	------	-----

Queixas e Intercorrências:	
----------------------------	--

Alimentação	Desjejum: ___ h: _____ Colação: ___ h: _____ Almoço: ___ h: _____ Lanche: ___ h: _____ Jantar: ___ h: _____ Ceia: ___ h: _____
-------------	---

Hábito intestinal	() normal () alterado - descreva: _____
-------------------	---

Frequenta escola?	() sim () não . Qual série? _____
-------------------	-------------------------------------

Pratica esportes?	() sim () não . Qual? _____
-------------------	-------------------------------

vacinas	() em dia () atrasada () reagendada	trouxe cartão: () sim () não
---------	--	--------------------------------

Já foi ao dentista?	() sim () não . OBS: _____
---------------------	------------------------------

Já testou acuidade visual?	() sim () não . OBS: _____
----------------------------	------------------------------

Já fez audiometria?	() sim () não . OBS: _____
---------------------	------------------------------

Desenvolvimento <i>Ainda não - 0 um pouco - 1</i> <i>Muito - 2</i>	() conta a história de um livro ou programa de TV () desenha formas simples como um círculo ou quadrado () fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas () usa palavras como "ontem" e "amanhã" corretamente () fica sem urinar na cama a noite toda () segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiro ou de cartas () copia seu primeiro nome () desenha figuras que você reconhece () colore um desenho dentro das linhas () sabe falar os dias da semana na ordem correta	Valor _____ Não há valor de normalidade
---	--	--



Lista de sintomas pediátricos (pré-escolares) Não=0; um pouco=1; muito=2.	Sua criança... parece medrosa ou nervosa? parece triste ou infeliz? fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? tem dificuldade para brincar com outras crianças? quebra coisas de propósito? briga com outras crianças? tem dificuldade para prestar atenção? tem dificuldade para se acalmar sozinha? tem dificuldade em se manter em uma única atividade?	Não () ()	um pouco () () () () () () () () () ()	muito () ()	
	Sua criança é... Agressiva? Inquieta ou incapaz de ficar sentada? Brava / zangada?	Não () () ()	um pouco () () ()	muito () () ()	
	É difícil para você... Ir com sua criança a locais públicos? Acalmar sua criança? Saber o que sua criança precisa? Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? Fazer sua criança obedecer você?	Não () () () () ()	um pouco () () () () ()	muito () () () () ()	
	Se escore igual a 9 ou maior, então criança "em risco" – necessita maiores avaliações!				
	Exame físico				
		Problemas	condutas		
			Avaliar Alta Hospitalar.		

CRM