

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10) Vacinas no pré-natal

	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			VACINAS	SIM NÃO
Agravos	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	dTpa	
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	() ()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	() ()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()		
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Covid-19	() ()

NR - Não realizado, N - Normal, ALT - Alterado.

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio _____

Nome da Maternidade ou Centro de Parto Normal: _____

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Data de nascimento: ____/____/____

Hora do nascimento: _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: _____ 5º min: _____

Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ____ Semanas e ____ dias () DUM () USG () Exame recém-nascido. Qual? _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm PC: _____ cm Adequação

peso/IG: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin _____ dias () Ucinco _____ dias

() Ucinca _____ dias () ALCON _____ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ____/____/____ Peso na alta: _____ g Comprimento: _____ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ____/____/____

Estas triagens devem ser realizadas nos primeiros sete dias de vida por profissional de saúde, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade

() Não realizado () Realizado em ____/____/____

Olho Direito: () Normal () Alterado

Olho Esquerdo: () Normal () Alterado

Observação/Encaminhamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Resultado: () Normal* () Alterado**

Observação/Encaminhamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada preferencialmente na maternidade entre 24 e 48 hs após o nascimento ou no máximo durante o 1º mês de vida

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Testes: () Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: () Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado

Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizada na maternidade ou entre o 3º a 5º dia

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Reteste: ____/____/____

*Saturação periférica maior ou igual a 95% e diferença menor que 3% entre as medidas.

**Saturação menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora.

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo (LME)

() Leite materno e leite artificial (LM+LA)

() Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág.105

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado

() Não () Sim

Icterícia

() Não () Sim

Diarreia/Vômitos

() Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR>60 ou <30)

() Não () Sim

Febre (≥37,5°C)

() Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C)

() Não () Sim

Convulsões ou

movimentos anormais

() Não () Sim

Ausculat cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 1º Mês Data ____/____/____

Estas tiragens devem ser consultadas devem ser realizadas no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Triagem neonatal - Testes

	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB†	CER††	SSA†††	SSE††††
Pezinho								
Orelhinha - Exame auditivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçãozinho								

†AB-Atenção Básica; †† CER-Centro Especializado em Reabilitação; †††SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Exame ocular

Abertura ocular normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Segue com o olhar () Não () Sim

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filho _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas _____

Posição no sono quando deitado no berço: _____

De barriga para cima? _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Sinais de violências/negligências _____

Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar ? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____
Tempo de sono _____
Troca de posição durante o dia _____
Funcionamento do intestino e cólicas _____
Higiene e cuidados gerais _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____
Uso de soro fisiológico nasal _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim
Cólica/Engasgos () Não () Sim
Diarreia/Constipação () Não () Sim
Vômitos/Golfadas () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Febre (≥37,5°C) () Não () Sim
Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Criptorquidia () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filho _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações: _____

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 4º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar ? () Não () Sim

Parou de amamentar ? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filho _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

3. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou () Não () Sim

movimentos anormais

Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Funcionamento do intestino _____

Higiene e cuidados gerais _____

Uso de soro nasal de rotina _____

Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico, etc. _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

Consulta do 6º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm

Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento†

† Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Ferro () Não () Sim

() Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 9º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Comprimento***: ____ cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento†

† Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Ferro () Não () Sim

() Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

Consultas do 12º Mês e do 18º Mês

Consulta do 12º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR > 50 ou < 30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 18º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

‡ Realizar a avaliação M-CHAT-R Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses (pág. 87).

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR > 50 ou < 30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consultas do 24º Mês e do 36º Mês

Consulta do 24º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 95), estatura para idade*** (pág. 96), IMC**** (pág. 97) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____

O que a criança está comendo? ____

Quantas porções de fruta/dia? ____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: ____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Ferro () Não () Sim

() Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências ____

Consulta do 36º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 95), estatura para idade*** (pág. 96), IMC**** (pág. 97) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA ____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? ____

O que a criança está comendo? ____

Quantas porções de fruta/dia? ____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? ____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade

Alerta para o desenvolvimento

Provável atraso no desenvolvimento

Observações: ____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: ____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

() Suplementação de Ferro () Não () Sim

() Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

() Suplementação de vitamina A () Não () Sim

() Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências ____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

Para prosseguir o acompanhamento da criança, continue utilizando a folha de registro de medidas e gráficos, e anote suas observações nas folhas reservadas para anotações.

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO

Vigilância do Desenvolvimento Infantil

Profissional de saúde, identifique:

1. Riscos ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.
2. Presença de infecções durante o período gestacional (STORCH + Zika).
3. Pré-natal não realizado ou incompleto.
4. Problemas na gestação, no parto ou no nascimento.
5. Prematuridade (<37 semanas).
6. Peso abaixo de 2.500 gramas.
7. Icterícia grave.
8. Hospitalização no período neonatal.
9. Doenças graves como meningite, traumatismo craniano e convulsões.
10. Parentesco entre os pais.

■ Reveja também alguns dados do exame físico da criança como perímetro cefálico menor do que -2 escores Z ou maior do que +2 escores Z.

■ Verifique a presença de alterações fenotípicas mais frequentes, como:

- Fenda palpebral oblíqua;
- Olhos afastados;
- Implantação baixa de orelhas;
- Lábio leporino;
- Fenda palatina;
- Pescoço curto e/ou largo;
- Prega palmar única;
- Quinto dedo da mão curto e recurvado.

■ Observe o comportamento da criança.

■ Procure ajuda dos responsáveis pela criança no reconhecimento das habilidades e no preenchimento dos Marcos de Desenvolvimento que constam nesta C.

■ Só considere a informação dos cuidadores nos itens que estão assinalados.

ATENÇÃO!

Sempre pergunte aos cuidadores o que eles acham do desenvolvimento da sua criança. Valorize esta informação.