

CRIANÇA (PREMATURIDADE) - PRIMEIRA CONSULTA	
Data do atendimento: / /	Nº do prontuário: _____
(Preenchimento do profissional de nível médio)	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Idade: _____
Raça: () Negra () Parda () Branco () Indígena	Data de nasc.: / /
Sexo: () F () M	Telefone(s): () _____
Nome da mãe: _____	Nome do Pai: _____
Unidade de Referência: _____	Município: _____
(Preenchimento do enfermeiro ou médico)	
CAMPO 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Dados Maternos:	
Idade: _____ Estado civil: () Solteira () União Estável () Casada () Viúva () Separada	
Escolaridade: () Analfabeta () Ens. Fundamental Incompleto () Ens. Fundamental	
() Ens. Médio Incompleto () Ens. Médio () Superior Incompleto () Superior () Pós Graduação	
Ocupação: _____	
Dados Paternos:	
Escolaridade: () Analfabeta () Ens. Fundamental Incompleto () Ens. Fundamental	
() Ens. Médio Incompleto () Ens. Médio () Superior Incompleto () Superior () Pós Graduação	
Idade: _____ Ocupação: _____	
CAMPO 3 - HISTÓRIA GESTACIONAL DO PARTO E NEONATAL	
Pré-natal:	
1ª consulta: _____ semanas de gestação	Nº total de consultas: _____
() sem intercorrências Intercorrências: () DHEG () diabetes () anemia grave (hb<8) () CIUR	
() hemorragias no último trimestre () trabalho de parto prematuro sem causa () bolsa rota >12h	
() uso de substância lícita ou ilícita/medicamentos:	
() infecção/qual _____ () outros: _____	
Corticóide antenatal: () não sim: () completo () incompleto () não sabe () não se aplica	
Exames/sorologias: () sem registro () sem alterações () alterados:	
Parto/ Nascimento/ Período neonatal	
G () P () A ()	IG: _____ semanas _____ dias
Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN	DPP: ____/____/____
Apresentação: () pélvico () cefálico () transverso () sem dados	
Tipo: () normal () fórceps () cesáreo - motivo: _____	
Intercorrências: _____	
Peso: _____ g	Estatura: _____ cm
PC: _____ cm	Apgar. 1': _____ 5': _____ 10': _____
Classificação RN: () PIG () AIG () GIG () Baixo Peso (BP) () Muito BP () Extremo BP	
Alta com a mãe () não () sim internado na UTIN: () não () sim (anexar relatório)	
Duração internação (dias): _____ Data da alta hospitalar: ____/____/____	
() Sem intercorrências Intercorrências: () Hemotransusão () Infecção tardia	
() Enterocolite necrosante () Hemorragia intraperiventricular grave (3 ou 4) () Leucomalácia periventricular	
() Displasia broncopulmonar () Persistência do canal arterial () cardiopatia congênita _____	
() Outros: _____	
CAMPO 4 - ALIMENTAÇÃO	
Amamentação na 1ª hora de vida: () sim () não () não se aplica - motivo: _____	
Alimentação na alta hospitalar:	
() Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno complementado () Alimentação artificial	
CAMPO 5 - VACINAÇÃO	
() Vista cartão () Não trouxe cartão - () Cartão em dia () Atrasadas:	
Reação Vacinal: () Não () Sim	

CAMPO 6 - HISTÓRIA FAMILIAR

Pai: _____ Mãe: _____
 Avós paternos: _____ Avós maternos: _____
 Irmãos: _____
 Outros: _____

CAMPO 7 - HISTÓRIA SOCIAL

Renda familiar global: _____ Percapta: _____
 Mora com (nº pessoas/ quem - excluir paciente): _____
 Nº de crianças < 5 anos (excluir paciente): _____ Número de quartos: _____
 Saneamento: () adequado () não Paredes: () embolsada () pintada () no tijolo () com mofo
 Chão: () cimento sem acabamento () com revestimento () Animais domésticos. Quais:
 () Tabagista passivo. Quem?
 Outras informações relevantes (relatar cuidadores e história de violência familiar): _____

Data: _____ Assinatura: _____ Carimbo: _____

(Preenchimento do Médico)

CAMPO 8 - ANAMNESE

IDADE CRONOLÓGICA (ICR): _____ **IDADE CORRIGIDA (ICO):** _____

Queixa Principal: _____

História Clínica: _____

Alimentação atual:
 () Aleitamento materno exclusivo () Aleitamento materno complementado
 () Aleitamento materno predominante
 () Alimentação artificial () fórmula. Qual? _____ () Leite de vaca
 () Suco - início (ICO): _____ () Fruta - início (ICO): _____
 () Papa sal (almoço) - início (ICO): _____ () Papa sal (jantar) - início (ICO): _____
 Dificuldades para amamentação:
 Desmame: Idade do início (ICO): _____ Idade em que parou totalmente (ICO): _____

Medicamentos em uso:

Nome	Data de início	Dose	Outros
Fe _____			
Polivitamínico			

História de alergia/intolerância: _____

Intercorrências no período

Cansaço: () não () sim Tosse: () não () sim
 Medicação broncodilatadora: () não () sim. Qual?
 Corticóide () não () oral. Qual? () inalatório. Qual?
 Antileucotrieno: () não () sim. Qual?
 Necessidade de consulta médica de emergência por causa respiratória: () não () sim. Descrever:
 Realização de radiografia de tórax: () não () sim. Resultado:
 internação por causa respiratória: () não () sim. Descrever:
 Diagnóstico médico de sibilância? () não () sim.
 Pneumonia () não () sim

<input type="checkbox"/> Um dos pais com asma		<input type="checkbox"/> Alergia alimentar	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de dermatite atópica		<input type="checkbox"/> Sibilância não associada a resfriado	
<input type="checkbox"/> Sensibilização à inalantes		<input type="checkbox"/> Eosinofilia maior ou igual a 4%	
Diarréia? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Duração:		Recorrências:	
Outras intercorrências (descrever):			
CAMPO 9 - EXAME FÍSICO			
Peso:	g	Estatura:	cm
PA:	mmHg	TAX:	°C
		FC:	bpm
		PC:	cm
		FR:	irpm
Aspecto geral, fâcies, pele e anexos, COONG, acuidade visual e auditiva, linfonodos, pescoço, boca, rigidez de nuca, membros superiores.			
Tórax, ausculta cardíaca e respiratória:			
Abdome, genitália e região anorretal:			
Membros inferiores, coluna vertebral, articulações e exames neurológico:			
Desenvolvimento neuropsicomotor: Avaliação segundo a escala de Denver			
Normal: criança executa atividade prevista para a idade; <u>Cautela ou cuidado</u> : não executa (falha) ou se recusa a realizar atividade (não observado) que já é feita por 75-90% das crianças daquela idade; <u>Atraso</u> : não executa (falha) ou se recusa a realizar atividade (não observado) que já é executada por mais de 90% dos que têm sua idade. CLASSIFICAÇÃO FINAL: <u>Normal</u> (quando não há resposta atraso e, no máximo, uma resposta cautela); <u>Duvidoso</u> (um atraso e/ou 2 ou mais cautelas); <u>Anormal</u> (2 ou mais atrasos).			
Pessoal-social:	ICR:	ICO:	
Motor-adaptativo:	ICR:	ICO:	
Linguagem:	ICR:	ICO:	
Motor:	ICR:	ICO:	
CAMPO 10 - DIAGNÓSTICO, CONDUTA E ENCAMINHAMENTOS			
Impressão Diagnóstica:			
Crescimento: Peso p/ idade: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> elevado <input type="checkbox"/> baixo <input type="checkbox"/> muito baixo			
Est p/ idade: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> baixa <input type="checkbox"/> muito baixa			
IMC p/ idade: <input type="checkbox"/> eutrofia <input type="checkbox"/> magreza acentuada <input type="checkbox"/> magreza			
<input type="checkbox"/> risco de sobrepeso <input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> obesidade			
PC: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> microcefalia <input type="checkbox"/> macrocefalia			
Desenvolvimento: ICR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Duvidoso <input type="checkbox"/> Anormal ICO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Duvidoso <input type="checkbox"/> Anormal			
Alimentação: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Não adequada _____			
Suplementação de Ferro/polivitamínicos: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Não adequada _____			
Vacinação: <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasada			
Diagnóstico da queixa:			
Outros diagnósticos:			
Conduta:			
Encaminhamentos:			
Data:	Assinatura:	Carimbo:	

CAMPO 11 - EXAME COMPLEMENTARES

TESTES NO PERÍODO NEONATAL

Sinal de Ortolani: () Negativo () Positivo

Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado

Teste do Pezinho: () Não () Sim Data: ___/___/___

Anemia Falciforme Hipotireoidismo Fibrose cística Anemia Falciforme

Novo exame? () Não () Sim Data: ___/___/___ Resultado: _____

Novo exame? () Não () Sim Data: ___/___/___ Resultado: _____

Triagem auditiva: EOA () Não () Sim

Data: ___/___/___ Resultado: OD _____ OE _____

Data: ___/___/___ Resultado: OD _____ OE _____

EXAMES LABORATORIAIS

DATA:									
Hemoglobina									
VCM									
HCM									
RDW									
Leocócitos									
Mielo / Meta									
Bastões									
Segmentados									
Eosinófilos									
Linfócitos									
Monócitos									
Plaquetas									
PCR									
Ferritina									
Ferro sérico									
Retinol sérico									
25 hidroxivitamina D (calcidiol)									
Paratormônio (PTH)									
Relação Ca/Creatinina (amostra isolada de urina)									
EAS/Cultura									
EPF									

ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR

Data: ___/___/___ Resultado: _____

Data: ___/___/___ Resultado: _____