

 / /

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

Parto e Nascimento

TIPO DE PARTO:*

 Normal Cesáreo

LACERAÇÃO:

 Sim Não

EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA:

 Sim Não

MANOBRA KRISTELLER

 Sim Não

LOCAL DO PARTO:*

 Domiciliar Hospitalar Em trajeto

UNIDADE DO PARTO:

TIPO DE ANESTESIA:

 Peridural Raquidiana Geral Sem Anestesia

DATA E HORA DO PARTO:*

 / / :

INDUÇÃO COM OCITOCINA:

 Sim Não

ACOMPANHANTE:*

 Sim NãoPOSIÇÃO FETAL Cefálica Pélvica Transverso Outro:

Avaliação da Mulher

SULFATO FERROSO:*

 Sim
 Não

PRESSÃO ARTERIAL:*

 mmHg

EDEMA:*

 Sim
 Não

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL:

 Sim
 Não

INVOLUÇÃO UTERINA:

 Acima da Cicatriz Umbilical
 Abaixo da Cicatriz Umbilical

LÓQUIOS:*

 Vermelho (após 2dias)
 Branco ou Seroso (16ª Pós-parto) Amarelado (após 10 dias do parto) Purulento(Patológico)
 Ausente

AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*

 Não Lactante
 Lactante Normal Fissura Abscesso
 Ingurgitadas Nódulo
 Mastite Hiperemia

Avaliação da Criança

ATENDIMENTO:*

 Visita domiciliar Unidade Básica de Saúde Não Sim

GRAVIDEZ MÚLTIPLA:

Em caso de Gravidez Múltipla deverá ser preenchido uma nova ficha para cada recém-nascido.

NASCIDO VIVO:*

 Sim Não

IG:*

 Pré-termo A Termo
 Pós-Termo Aborto
 Natimorto

DATA E HORA DO NASCIMENTO:

 / / :

IDADE:

 dias

SEXO:*

 Masc. Fem.

Nº DO REGISTRO CIVIL:

NOME DA CRIANÇA COMPLETO:*

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:*

 Sim NãoESTÁ PREENCHIDA CORRETAMENTE?
 Sim Não

APGAR:

 1º min 5º min

CONTATO PELE A PELE:*

 Sim Não

ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA

 Sim Não

PESO NASC.:*

 GCLASSIFICAÇÃO DO PESO
 Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO NASC.:*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

 Acima do Esperado
 Adequado
 Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO NASC.:*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMP.

 Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O RECÉM NASCIDO

 Médico Parteira Enfermeiro Outro

INTERNAÇÃO EM UNIDADE NEONATAL:

 UTIN UCINCA UCINCO Não houve internação



Digitado por:

Data de Atendimento*

 / /

Secretaria de Saúde

PESO ATUAL:*

G

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

- Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

- Acima do Esperado
 Adequado
 Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO ATUAL:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMP.

- Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

ÓBITO INFANTIL:

Sim

Não

Data

 / /

CAUSA ÓBITO:

REANIMAÇÃO
NEONATAL

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM,
MARQUE A(S) CAUSA(S)

- Abuso de Substância
 Alteração no Padrão dos Batimentos Cardíacos Fetais
 Anomalias Congênicas
 Anomalias Placentárias
 Asfixia Perinatal

- Diabetes Mellitus Gestacional
 Gestações Múltiplas
 Hidropisia
 Hipertensão (crônica ou específica da gestação)
 Infecção Materna

- Líquido Amniótico Fétido
 Líquido Amniótico Meconial
 Oligodrâmnio / Polidrâmnio
 Parto Prolongado ou com Instrumentação
 Prolapso de Cordão

- Ruptura Prolongada de Cordão
 Apresentação Fetal Anômala
 Pós-Maturidade
 Prematuridade
 Outras Causas

MALFORMAÇÕES
CONGÊNITAS

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM,
MARQUE A(S) CAUSA(S)

- Anencefalia
 Ausência Congênita dos Dedos
 Ausência Umbilical Única
 Cardiopatia Congênita
 Criptorquidia

- Fibrose Cística
 Fissura Labial
 Fissura Palatina
 Gastrosquise
 Hérnia Umbilical

- Hidrocefalia
 Hidrocele
 Hipospádia
 Implantação Baixa das Orelhas
 Macrocefalia
 Outras Informações

- Malformação Renal
 Microcefalia
 Micrognatia
 Onfalocele
 Opacificação do Olho

- Paralisia Cerebral
 Pé Torto Congênito
 Polidactilia
 Síndrome de Down
 Mielomeningocele

Triagem Neonatal

BIOLÓGICA - TESTE DO PEZINHO*

Coletado Não Coletado

AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA

Não realizado Normal Alterado

REFLEXO - TESTE DO OLHINHO

Não realizado Normal Alterado

OXIMETRIA - TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Não realizado Normal Alterado

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Não Sim Qual?

SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM

Não Sim Qual?

Vacinas

BCG* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
 Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

HEPATITE B* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
 Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

ALEITAMENTO MATERNO*

Sim - Exclusivo Não
 Sim - Misto

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Crença na produção ineficiente de leite
 Dificuldades em amamentar
 Uso de bicos artificiais
 Introdução de outros alimentos
 Condições clínicas da criança
 Condições clínicas da mãe
 Falta de informação
 Recusa da mãe
 Outros

EXAME FÍSICO

Sem Alteração
 Com Alteração

Quais?

Fatores de Risco para o desenvolvimento da Criança

- Ausência ou Pré-Natal Incompleto
 Problemas na Gestação, Parto ou Nascimento
 Fatores de Risco Ambiental como: violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.
 Prematuridade (< de 37 semanas)
 Peso abaixo de 2.500g
 Ictericia Grave
 Hospitalização no Período Neonatal
 Doenças Graves como: meningite, traumatismo craniano e convulsões
 Parentesco entre os pais
 Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família
 Sem fator de Risco

Estratificação de Risco*

Baixo Risco Médio Risco Alto Risco

Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA Criança anexada no site em "Formulários".

CARIMBO/ASSINATURA