



 / /

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:*

CPF:*

Nº CNS:*

Nº SMM:

Identificação do RN

NOME DO RN COMPLETO:

IDADE:

 dias

SEXO:*

 Masc. Fem.

COR/RAÇA:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:*

 UTIN UCINCO UCINCA ALCON

DATA DE ADMISSÃO:

 / / :

PROCEDÊNCIA:

 Indefinido
 Mesma Unidade Outra Unidade Qual?

TRANSPORTE:

 Amb. de Sup. Básico Próprio (Carro/Moto)
 Amb. de Sup. Avançado Outros

Nº DO REGISTRO CIVIL:

ETNIA:

Avaliação do RN

PESO:*

 G

TEMPERATURA:

 °C

COMPRIMENTO:*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMP.

 Elevado
 Adequado
 Baixo
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO:*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

 Acima do Esperado
 Adequado
 Abaixo do Esperado

DISPOSITIVOS:

 TQT - TRAQUEOSTOMIA
 TOT - TUBO OROTRAQUEAL
 TNT - TUBO NASOTRAQUEAL
 SNG - SONDA NASOGÁSTRICA
 SNE - SONDA NASOENTERAL
 SOG - SONDA OROGÁSTRICA

TIPO DE ACESSO VENOSO:

 AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 CVC - CATETER VENOSO CENTRAL
 PICC - CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA
 DISSECÇÃO VENOSA
 Outro

VENTILAÇÃO:

 Espontânea Catéter de O2 Macronebulização Máscara de Venturi CPAP Mecânica

DIETA:

Tipo:

 Nutrição Enteral Zero
 Nutrição Parenteral

Via de Administração:

 Oral/Aleitamento Materno Sonda
 Oral (Copinho)

Prescrição Dietética:

 Leite Materno Fórmula Láctea
 Leite Humano Pasteurizado

FEZ CIRURGIA:

 Sim Não Data da Cirurgia

ANTIBIÓTICOTERAPIA:

 Sim Não Qual Medicamento?

Qual?

Quanto tempo?

FOTOTERAPIA:

 Sim Não Tipo: Convencional Bilispot Halógena Dicróica Bulitron

POSIÇÃO CANGURU:

 Sim Não

NEUROPROTEÇÃO:

 Sim Não

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Sim Não

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

 Anencefalia
 Ausência Congênita dos Dedos
 Cardiopatia Congênita
 Criptorquidia

 Fibrose Cística
 Fissura Labial
 Fissura Palatina
 Gastrosquise

 Hidrocefalia
 Hidrocele
 Hipospadia
 Implantação Baixa das Orelhas
 Macrocefalia

 Malformação Renal
 Microcefalia
 Micrognatia
 Onfalocele
 Opacificação do Olho
 Ausência Umbilical Única

 Paralisia Cerebral
 Pé Torto Congênito
 Polidactilia
 Síndrome de Down
 Mielomeningocele
 Hérnia Umbilical

Outras Informações

CARIMBO/ASSINATURA

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

AValiação POR ESPECIALISTA

Não Sim Qual?

SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM

Não Sim Qual?

Vacinas

BCG* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- 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:

- Alergia
- Sem autorização médica
- Vacina em falta na UBS
- Ausência de profissional para vacinar
- Recusa dos responsáveis

ÓBITO INFANTIL:* Sim Não Data / / CAUSA ÓBITO:

VÍNCULO MÃE-FILHO:

Estabelecido Frágil
 Patológico

REDE DE APOIO:

Sim Não

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS EM GRUPOS SOCIAIS:

Sim Não

CARIMBO/ASSINATURA