

  

## 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 CIRURGIÁ:

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**