**CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA**

Legenda:

Desenho de um cachorro

Descrição gerada automaticamentePerguntas/alternativas Formulários PIM/PCF \*=Campo de informação obrigatória

Desenho de personagem de desenho animado

Descrição gerada automaticamente com confiança médiaPerguntas/alternativas somente Formulário PIM O = Campo de seleção única

Desenho de personagem de desenhos animados com texto preto sobre fundo branco

Descrição gerada automaticamente com confiança médiaPerguntas/alternativas somente Formulário PCF **□** = Campo de múltipla seleção

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ** | | | | | Família/Criança: / | | |
| **CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA** | | | | | Município: | | |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | | | | Data: | | |
|  |  | (1 PIM/2 PCF) Nome completo da criança\*: | | | | | |
|  |  | (2 PIM/1 PCF) NIS: | | | | | |
|  |  | (3 PIM/7 PCF) CNS: | | | | | |
|  |  | (4, 5 PIM/8 PCF) Qual o melhor dia e horário para o atendimento?  ⭘ Segunda ⭘Terça ⭘Quarta ⭘Quinta ⭘Sexta ⭘Sábado Hora do atendimento\*: \_\_\_\_:\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | (6 - PIM; 3 - PCF) Data de nascimento\*: | | | |  | (4) Idade: |
|  |  | (7 PIM/5 PCF) Sexo\*: ⭘Masculino ⭘Feminino | | | | | |
|  |  | Idade: ( ) 0 a 3 meses ( ) 3 a 6 meses ( ) 6 a 9 meses ( ) 9 a 12 meses ( ) 1 a 2 anos  ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos ( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 6 anos | | | | | |
|  |  | (8 PIM/6 PCF) Raça/cor\*:⭘Branca ⭘Preta ⭘Parda ⭘Amarela ⭘Indígena | | | | | |
|  |  | (14 PIM/9 PCF) A criança possui registro civil (RCN)?\*⭘Sim ⭘Não/Justifique: | | | | | |
|  |  | (9) Nome completo do entrevistado  (não deve ser menor de idade)\*: | | (10) Grau de parentesco do entrevistado\*: | | | |
|  |  | (11) Nome completo do pai: | | | | | |
|  |  | (12) Nome completo da mãe\*: | | | | | |
|  |  | (13) Grau de instrução da mãe da criança\*:  ⭘ Nenhum ⭘ Alfabetizada  ⭘ Ensino fundamental incompleto ⭘ Ensino fundamental completo  ⭘ Ensino médio incompleto ⭘ Ensino médio completo  ⭘ Ensino superior incompleto ⭘ Ensino superior completo  ⭘ Outros/Especifique: | | | | | |
|  |  | (10) Na RCN da criança consta o nome de ambos os pais? ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | (11) Quem é o cuidador principal da criança?  ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Madrasta  ( ) Irmão/irmã ( ) Avó/avô ( ) Tio/tia ( ) Primo/prima  ( ) Babá ( ) Vizinho(a) ( ) Outro: | | | | | |
|  |  | (12) Grau de instrução do cuidador principal  ( ) Não compreende o que lê (analfabetismo funcional)  ( ) Analfabeto  ( ) Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano)  ( ) Ensino Médio incompleto ou completo  ( ) Ensino superior incompleto ou completo | | | | | |
|  |  | (13) Estuda atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, onde? | | | | | |
|  |  | (14) Trabalha atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, onde? | | | | | |
|  |  | (15) Profissão/ocupação | |  | (16) Carga horária | | |
|  |  | (15) A criança participa de outros programas socioeducativos?\*⭘Sim ⭘ Não  Nome(s) do(s) programa(s): | | | | | |
|  |  | (16) A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene\*: ⭘ Adequados O Inadequados | | | | | |
|  |  | (22) A criança está sendo amamentada com leite materno?  ( ) Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento)  ( ) Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites)  ( ) Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno, mas também recebe outros alimentos)  ( ) Não está sendo amamentada (pule a próxima pergunta) | | | | | |
|  |  | (23) Até que idade a criança se alimentou de leite materno?  ( ) 01 mês ( ) 02 meses ( ) 03 meses ( ) 04 meses ( ) 05 meses  ( ) 06 meses ( ) Mais de 6 meses ( ) Nunca mamou | | | | | |
| **DADOS DE SAÚDE**  **(questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta de Saúde da Criança - CSC**) | | | | | | | |
|  |  | (17) A criança possui Caderneta de Saúde da Criança (CSC) do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?  ( ) Sim – CSC ( ) Sim – Outro documento ( ) Só o cartão de vacinas ( ) Não | | | | | |
|  |  | (17) Nascimento prematuro?\* ⭘ Sim/Nº semanas: ⭘ Não | | | | | |
|  |  | (18) Apgar no 5º minuto\*:  ⭘ zero ⭘ 1 ⭘ 2 ⭘ 3 ⭘ 4 ⭘ 5 ⭘ 6 ⭘ 7 ⭘ 8 ⭘ 9 ⭘ 10 ⭘ NI  Justificativa para NI (não informado): | | | | | |
|  |  | (19 PIM/18 PCF) A criança realizou os seguintes testes?\*  Pezinho: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado  Olhinho: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado  Orelhinha: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado | | | | | |
|  |  | Coraçãozinho:⭘ Sim ⭘ Não | | | | | |
|  |  | (20 PIM/19 PCF) A criança está sendo pesada mensalmente?\* ⭘ Sim ⭘ Não | | | | | |
|  |  | ⭘ Não tem informação sobre o peso | |  | Peso atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg | | |
|  |  | (21) A criança aumentou de peso neste mês?\* ⭘ Sim O Não | | | | | |
|  |  | (22) A criança está desnutrida?\*⭘ Sim ⭘ Não | | | | | |
|  |  | (23) A altura da criança está sendo medida mensalmente?\* ⭘ Sim ⭘ Não Altura atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_m | | | | | |
|  |  | (20) Há registro de comprimento/altura da criança na CSC? (Olhar a CSC)  ( ) Sim ( ) Não ( ) Não tem informação sobre a altura | | | | | |
|  |  | (24 - PIM; 21 PCF) O calendário de vacinação da criança está atualizado?\* ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | ( ) Não tem registro | | | | | |
|  |  | (25) A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?\* ⭘ Não  **□** Anemia falciforme **□** Doença do refluxo gastroesofágico **□** Hiperatividade/ Déficit de atenção  **□** Asma **□** Epilepsia/Convulsão **□** Respirador bucal  **□** Diabetes **□** Fissura lábio palatina **□** Rinite  **□** Outros/Especifique: | | | | | |
| **Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico** | | | | | | | |
|  |  | (26 PIM/27 PCF) A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?\* ⭘ Não  ⭘ Sim, Auditiva ⭘ Sim, Física ⭘ Sim, Intelectual/Cognitiva ⭘ Sim, Visual ⭘ Sim, Múltipla  Especifique: | | | | | |
|  |  | (27) A criança apresenta algum destes diagnósticos?\* ⭘ Não  **□** Hidrocefalia **□** Síndrome Alcoólica Fetal  **□** Síndrome de Lenox Gastaut **□** Síndrome do X Frágil  **□** Paralisia cerebral **□** Síndrome de Down **□** Síndrome de West  **□** Transtornos Globais do Desenvolvimento (Síndrome de Rett, Transtorno de Asperger, Autismo e Transtorno Desintegrativo da Infância)  **□** Outros/Especifique: | | | | | |
|  |  | (28) Com que idade foi confirmado o diagnóstico médico referido nas questões anteriores (26 ou 27)?  \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses. | | | | | |
| **ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL** | | | | | | | |
|  |  | (24) A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? ( ) Sim ( ) Não  ( ) Doença falciforme ( ) Anemia ( ) Asma  ( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Doença de refluxo gastroesofágico  ( ) Doenças cardiovasculares ( ) Exposição ao HIV ( ) Exposição a outras DST/IST  ( ) Sífilis Congênita ( ) Epilepsia/convulsão ( ) Fissura lábio palatina  ( ) Respirador bucal ( ) Hiperatividade/Déficit de atenção  ( ) Intolerância à lactose ( ) Intolerância à proteína  ( ) Intolerância ao glúten ( ) Outro: | | | | | |
|  |  | (29) A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?\*  ⭘ Sim ⭘ Não  Em caso positivo, marcar a(s) especialidade(s) com o número correspondente à Instituição do atendimento    Especialidades Instituições para marcar  ( )Cardiologia ( )Odontologia 1Ambulatório de especialidades em hospital público  ( )Endocrinologia ( )Oftalmologia 2APAE  ( )Equoterapia ( )Pediatria 3CAPSi  ( )Fisioterapia ( )Pneumologia 4 Centro de Especialidades/SUS  ( )Fonoaudiologia ( )Psicologia 5Clínica ou consultório privado  ( )Gastroenterologia ( )Psicopedagogia 6Fundação/Associação/Instituto  ( )Musicoterapia ( )Terapia ocupacional 7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF  ( )Neuropediatria 8Unidade Básica de Saúde - UBS  ( )Outras/Especifique: 9Outras/Especifique em outras especialidades  descrevendo a especialidade e a instituição correspondente | | | | | |
|  |  | 25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?  ( ) Sim, Cardiologia ( ) Sim, Endocrinologia ( ) Sim, Fisioterapia  ( ) Sim, Fonoaudiologia ( ) Sim, Pediatria ( ) Sim, Pneumologia  ( ) Sim, Neuropediatria ( ) Sim, Oftalmologia ( ) Sim, Psicologia  ( ) Sim, Gastroenterologia ( ) Sim, Infectologia ( ) Sim, Odontologia  ( ) Sim, Psicopedagogia ( ) Sim, Terapia ocupacional ( ) Sim, Musicoterapia  ( ) Sim, Equoterapia ( ) Intolerância à proteína ( ) Intolerância ao glúten  ( ) Outro: ( ) Não está sendo acompanhado (Pule para a próxima pergunta) | | | | | |
|  |  | 26. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada?  ( ) Amb. de especialidades hospital público  ( ) Centro de Especialidade SUS( ) Unidade Básica de Saúde - UBS  ( ) Núc.de Apoio a Saúde da Família – NASF  ( ) Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS  ( ) Centro de Atenção Psicológica – CAPSi  ( ) APAE  ( ) Fundação/Associação/Instituto  ( ) Clínica ou consultório privado ( ) Outros: | | | | | |
|  |  | (28) Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea | | | | | |
|  |  | (29) Idade gestacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias.  Nascimento prematuro: ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | Observações sobre a saúde da criança: | | | | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS** | | | | | | | |
|  |  | (30) A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?  ( ) Sim Ano de entrada: ( ) Não | | | | | |
|  |  | (31 PIM/31 PCF) A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?\*  ⭘ Não ⭘ Sim/Qual? | | | | | |
|  |  | (32 PIM/2 PCF) Com quem a criança brinca com mais frequência?\*  ⭘ Com adulto ⭘ Com criança ⭘ Sozinha | | | | | |
|  |  | O Com adulto e criança | | | | | |
|  |  | (33 PIM/33 PCF) Qual o local onde a criança brinca?\*  **□** Em casa **□** Na casa do vizinho **□** Na rua **□** No parque/praça **□** Outros/Especifique: | | | | | |
|  |  | (34) A criança fala\*: **□** Língua Portuguesa **□** Outras Línguas/Quais? | | | | | |
|  |  | (34) A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet?  ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | (35) Quanto tempo?  ( ) Até 02 horas diárias ( ) Entre 2 e 4 horas diárias ( ) Mais de 4 horas diárias | | | | | |
|  |  | (36) A criança assiste televisão em sua rotina diária? ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | (37) Quanto tempo?  ( ) Até 02 horas diárias ( ) Entre 2 e 4 horas diárias ( ) Mais de 4 horas diárias | | | | | |
|  |  | (38) Quantas horas de sono a criança tem por dia (24 horas)?  ( ) Até 10 horas diárias ( ) Entre 10 e 11 horas diárias  ( ) Entre 12 e 15 horas diárias ( ) Entre 15 e 16 horas diárias | | | | | |
| **CONVIVÊNCIA FAMILIAR** | | | | | | | |
|  |  | (35) Quem cuida da criança?\*  ⭘ Mãe ⭘ Pai ⭘ Irmão/Irmã ⭘ Avô/Avó ⭘ Tio/Tia ⭘ Primo/Prima  ⭘ Outros/Especifique: | | | | | |
|  |  | (39) A criança vive com quem? ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Irmão/irmã  ( ) Avó/avô ( ) Tio/tia ( ) Primo/prima ( ) Babá ( ) Vizinho(a) ( ) Outro: | | | | | |
|  |  | (36)Grau de instrução da pessoa que cuida da criança\*:  ⭘ Nenhum ⭘ Alfabetizada  ⭘ Ensino fundamental incompleto ⭘ Ensino fundamental completo  ⭘ Ensino médio incompleto ⭘ Ensino médio completo  ⭘ Ensino superior incompleto ⭘ Ensino superior completo  ⭘ Outros/Especifique: | | | | | |
|  |  | (37) A família encontra alguma dificuldade para educar a criança?\* ⭘ Não  ⭘ Sim/Especifique: | | | | | |
|  |  | (38 PIM/40 PCF) A família brinca com a criança (Qual tempo dedicado)?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não brinca/Não dedica | | | | | |
|  |  | (39 PIM/41 PCF) A família conversa com a criança?\* | | | | | |
|  |  | ⭘ Várias vezes ao dia ⭘ Uma vez ao dia ou mais ⭘ Não conversa | | | | | |
|  |  | ( ) Frequentemente ( ) Raramente ( ) Nunca conversa | | | | | |
|  |  | (40 PIM/43 PCF) A família mostra livros e/ou figuras para a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não mostra livros ou figuras | | | | | |
|  |  | (42) A criança tem livros infantis disponíveis em casa? ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
|  |  | (41 PIM/44 PCF) A família conta histórias para a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não conta histórias | | | | | |
|  |  | (42 PIM/46 PCF) A família leva a criança para passear?\*  ⭘ Uma vez por semana ⭘ Uma vez por mês ou mais ⭘ Não leva para passear | | | | | |
|  |  | ⭘ Todos os dias | | | | | |
|  |  | (43 PIM/45 PCF) A família ensina canções e/ou canta com a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não ensina canções e não canta | | | | | |
|  |  | (44 PIM/47 PCF) Como a família demonstra afeto?\*  **□** Com palavras e gestos de carinho  **□** Presenteando frequentemente  **□** Realizando atividades conjuntas de acordo com a idade de cada um  **□** Conversando sobre interesses e necessidades de cada um  **□** Satisfazendo as necessidades materiais da família  **□** Outras formas/Especifique: | | | | | |
|  |  | **□** Brincando juntos | | | | | |
|  |  | (45 PIM/48 PCF)Como a família lida com as condutas negativas (maus comportamentos) da criança?\*  **□** Achando graça  **□** Com ameaças  **□** Com agressões verbais  **□** Com castigos corporais  **□** Com conselhos  **□** Com indiferença  **□** Suspendendo atividades que a criança mais aprecia (gosta)  **□** Outras formas/Especifique: | | | | | |
|  |  | (52 PIM) Outras observações sobre a criança: | | | | | |
| **ROTINA DIÁRIA** | | | | | | | |
|  |  | (46) Rotina de alimentação pela manhã\*: \_\_\_\_\_\_ h (47) Rotina de alimentação pela tarde\*: \_\_\_\_\_ h  (48) Rotina de alimentação pela noite\*: \_\_\_\_\_\_ h | | | | | |
|  |  | (49) Rotina de sono pela manhã\*: \_\_\_\_\_\_ h (50) Rotina de sono pela tarde\*: \_\_\_\_\_\_ h  (51) Rotina de sono pela noite\*: \_\_\_\_\_\_ h | | | | | |
| **INATIVAÇÃO DA CRIANÇA** | | | | | | | |
|  |  | Data: | Motivo: ⭘ Ingresso em creche ou escola ⭘ Idade limite  ⭘ Falecimento ⭘ Saída do Programa  Justificativa: | | | | |