


CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Legenda:

  Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF

*=Campo de informação obrigatória


























 Perguntas/alternativas somente Formulário PIM


























O = Campo de seleção única









 Perguntas/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? <input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Terça <input type="radio"/> Quarta <input type="radio"/> Quinta <input type="radio"/> Sexta <input type="radio"/> Sábado Hora do atendimento*: ____:____	
 	(6 - PIM; 3 - PCF) Data de nascimento*:	 (4) Idade:
 	(7 PIM/5 PCF) Sexo*: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> 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*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
 	(14 PIM/9 PCF) A criança possui registro civil (RCN)?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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*: <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Alfabetizada <input type="radio"/> Ensino fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino fundamental completo <input type="radio"/> Ensino médio incompleto <input type="radio"/> Ensino médio completo <input type="radio"/> Ensino superior incompleto <input type="radio"/> Ensino superior completo <input type="radio"/> 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	

	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto ou completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto ou completo
	(13) Estuda atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
	(14) Trabalha atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
	(15) Profissão/ocupação
	(16) Carga horária
	(15) A criança participa de outros programas socioeducativos?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Nome(s) do(s) programa(s):
	(16) A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene*: <input type="radio"/> Adequados <input type="radio"/> Inadequados
	(22) A criança está sendo amamentada com leite materno? <input type="checkbox"/> Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) <input type="checkbox"/> Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) <input type="checkbox"/> Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno, mas também recebe outros alimentos) <input type="checkbox"/> Não está sendo amamentada (pule a próxima pergunta)
	(23) Até que idade a criança se alimentou de leite materno? <input type="checkbox"/> 01 mês <input type="checkbox"/> 02 meses <input type="checkbox"/> 03 meses <input type="checkbox"/> 04 meses <input type="checkbox"/> 05 meses <input type="checkbox"/> 06 meses <input type="checkbox"/> Mais de 6 meses <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim - CSC <input type="checkbox"/> Sim - Outro documento <input type="checkbox"/> Só o cartão de vacinas <input type="checkbox"/> Não
	(17) Nascimento prematuro?* <input type="radio"/> Sim/Nº semanas: <input type="radio"/> Não
	(18) Apgar no 5º minuto*: <input type="radio"/> zero <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> NI Justificativa para NI (não informado):
	(19 PIM/18 PCF) A criança realizou os seguintes testes?*
	Pezinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado
	Olhinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado
	Orelhinha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado
	Coraçãozinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(20 PIM/19 PCF) A criança está sendo pesada mensalmente?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Não tem informação sobre o peso
	Peso atual: ____ . ____ kg
	(21) A criança aumentou de peso neste mês?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(22) A criança está desnutrida?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(23) A altura da criança está sendo medida mensalmente?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Altura atual: ____ . ____ m
	(20) Há registro de comprimento/altura da criança na CSC? (Olhar a CSC) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem informação sobre a altura
	(24 - PIM; 21 PCF) O calendário de vacinação da criança está atualizado?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não tem registro

		<p>(25) A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?* <input type="radio"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hiperatividade/ Déficit de atenção</p> <p><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsão <input type="checkbox"/> Respirador bucal</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Rinite</p> <p><input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</p>																				
Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico																						
 		<p>(26 PIM/27 PCF) A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?* <input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim, Auditiva <input type="radio"/> Sim, Física <input type="radio"/> Sim, Intelectual/Cognitiva <input type="radio"/> Sim, Visual <input type="radio"/> Sim, Múltipla</p> <p>Especifique:</p>																				
		<p>(27) A criança apresenta algum destes diagnósticos?* <input type="radio"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Síndrome Alcoólica Fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome de Lenox Gastaut <input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil</p> <p><input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Síndrome de West</p> <p><input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento (Síndrome de Rett, Transtorno de Asperger, Autismo e Transtorno Desintegrativo da Infância)</p> <p><input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</p>																				
		<p>(28) Com que idade foi confirmado o diagnóstico médico referido nas questões anteriores (26 ou 27)?</p> <p>_____ anos e _____ meses.</p>																				
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL																						
		<p>(24) A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? () Sim () Não</p> <p>() Doença falciforme () Anemia () Asma</p> <p>() Diabetes () Hipertensão () Doença de refluxo gastroesofágico</p> <p>() Doenças cardiovasculares () Exposição ao HIV () Exposição a outras DST/IST</p> <p>() Sífilis Congênita () Epilepsia/convulsão () Fissura lábio palatina</p> <p>() Respirador bucal () Hiperatividade/Déficit de atenção</p> <p>() Intolerância à lactose () Intolerância à proteína</p> <p>() Intolerância ao glúten () Outro:</p>																				
		<p>(29) A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Em caso positivo, marcar a(s) especialidade(s) com o número correspondente à Instituição do atendimento</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Especialidades</td> <td style="text-align: center;">Instituições para marcar</td> </tr> <tr> <td>() Cardiologia () Odontologia</td> <td>1 Ambulatório de especialidades em hospital público</td> </tr> <tr> <td>() Endocrinologia () Oftalmologia</td> <td>2 APAE</td> </tr> <tr> <td>() Equoterapia () Pediatria</td> <td>3 CAPSi</td> </tr> <tr> <td>() Fisioterapia () Pneumologia</td> <td>4 Centro de Especialidades/SUS</td> </tr> <tr> <td>() Fonoaudiologia () Psicologia</td> <td>5 Clínica ou consultório privado</td> </tr> <tr> <td>() Gastroenterologia () Psicopedagogia</td> <td>6 Fundação/Associação/Instituto</td> </tr> <tr> <td>() Musicoterapia () Terapia ocupacional</td> <td>7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF</td> </tr> <tr> <td>() Neuropediatria</td> <td>8 Unidade Básica de Saúde - UBS</td> </tr> <tr> <td>() Outras/Especifique:</td> <td>9 Outras/Especifique em outras especialidades</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">descrevendo a especialidade e a instituição correspondente</p>	Especialidades	Instituições para marcar	() Cardiologia () Odontologia	1 Ambulatório de especialidades em hospital público	() Endocrinologia () Oftalmologia	2 APAE	() Equoterapia () Pediatria	3 CAPSi	() Fisioterapia () Pneumologia	4 Centro de Especialidades/SUS	() Fonoaudiologia () Psicologia	5 Clínica ou consultório privado	() Gastroenterologia () Psicopedagogia	6 Fundação/Associação/Instituto	() Musicoterapia () Terapia ocupacional	7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	() Neuropediatria	8 Unidade Básica de Saúde - UBS	() Outras/Especifique:	9 Outras/Especifique em outras especialidades
Especialidades	Instituições para marcar																					
() Cardiologia () Odontologia	1 Ambulatório de especialidades em hospital público																					
() Endocrinologia () Oftalmologia	2 APAE																					
() Equoterapia () Pediatria	3 CAPSi																					
() Fisioterapia () Pneumologia	4 Centro de Especialidades/SUS																					
() Fonoaudiologia () Psicologia	5 Clínica ou consultório privado																					
() Gastroenterologia () Psicopedagogia	6 Fundação/Associação/Instituto																					
() Musicoterapia () Terapia ocupacional	7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF																					
() Neuropediatria	8 Unidade Básica de Saúde - UBS																					
() Outras/Especifique:	9 Outras/Especifique em outras especialidades																					
		<p>25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?</p> <p>() Sim, Cardiologia () Sim, Endocrinologia () Sim, Fisioterapia</p> <p>() Sim, Fonoaudiologia () Sim, Pediatria () Sim, Pneumologia</p> <p>() Sim, Neuropediatria () Sim, Oftalmologia () Sim, Psicologia</p> <p>() Sim, Gastroenterologia () Sim, Infectologia () Sim, Odontologia</p> <p>() Sim, Psicopedagogia () Sim, Terapia ocupacional () Sim, Musicoterapia</p>																				

		<input type="checkbox"/> Sim, Equoterapia <input type="checkbox"/> Intolerância à proteína <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Não está sendo acompanhado (Pule para a próxima pergunta)
		26. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada? <input type="checkbox"/> Amb. de especialidades hospital público <input type="checkbox"/> Centro de Especialidade SUS(<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde - UBS <input type="checkbox"/> Núc.de Apoio a Saúde da Família - NASF <input type="checkbox"/> Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS <input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicológica - CAPSi <input type="checkbox"/> APAE <input type="checkbox"/> Fundação/Associação/Instituto <input type="checkbox"/> Clínica ou consultório privado <input type="checkbox"/> Outros:
		(28) Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea
		(29) Idade gestacional: _____ semanas _____ dias. Nascimento prematuro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Sim Ano de entrada: <input type="checkbox"/> Não
		(31 PIM/31 PCF) A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?*
		(32 PIM/2 PCF) Com quem a criança brinca com mais frequência?*
		<input type="radio"/> Com adulto <input type="radio"/> Com criança <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> O Com adulto e criança
		(33 PIM/33 PCF) Qual o local onde a criança brinca?*
		(34) A criança fala*: <input type="checkbox"/> Língua Portuguesa <input type="checkbox"/> Outras Línguas/Quais?
		(34) A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		(35) Quanto tempo? <input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
		(36) A criança assiste televisão em sua rotina diária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		(37) Quanto tempo? <input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
		(38) Quantas horas de sono a criança tem por dia (24 horas)? <input type="checkbox"/> Até 10 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 10 e 11 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 12 e 15 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 15 e 16 horas diárias

CONVIVÊNCIA FAMILIAR	
	(35) Quem cuida da criança?*
	<input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Pai <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Avô/Avó <input type="radio"/> Tio/Tia <input type="radio"/> Primo/Prima <input type="radio"/> 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*:
	<input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Alfabetizada <input type="radio"/> Ensino fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino fundamental completo <input type="radio"/> Ensino médio incompleto <input type="radio"/> Ensino médio completo <input type="radio"/> Ensino superior incompleto <input type="radio"/> Ensino superior completo <input type="radio"/> Outros/Especifique:
	(37) A família encontra alguma dificuldade para educar a criança?*
	<input type="radio"/> Sim/Especifique: <input type="radio"/> Não
	(38 PIM/40 PCF) A família brinca com a criança (Qual tempo dedicado)?*
	<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não brinca/Não dedica
	(39 PIM/41 PCF) A família conversa com a criança?*
	<input type="radio"/> Várias vezes ao dia <input type="radio"/> Uma vez ao dia ou mais <input type="radio"/> Não conversa
	() Frequentemente () Raramente () Nunca conversa
	(40 PIM/43 PCF) A família mostra livros e/ou figuras para a criança?*
	<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> 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?*
	<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não conta histórias
	(42 PIM/46 PCF) A família leva a criança para passear?*
	<input type="radio"/> Uma vez por semana <input type="radio"/> Uma vez por mês ou mais <input type="radio"/> Não leva para passear
	<input type="radio"/> Todos os dias
	(43 PIM/45 PCF) A família ensina canções e/ou canta com a criança?*
	<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não ensina canções e não canta
	(44 PIM/47 PCF) Como a família demonstra afeto?*
	<input type="checkbox"/> Com palavras e gestos de carinho <input type="checkbox"/> Presenteando frequentemente <input type="checkbox"/> Realizando atividades conjuntas de acordo com a idade de cada um <input type="checkbox"/> Conversando sobre interesses e necessidades de cada um <input type="checkbox"/> Satisfazendo as necessidades materiais da família <input type="checkbox"/> Outras formas/Especifique:
	<input type="checkbox"/> Brincando juntos

