**CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA**

**Legenda:** \*=Campo de informação obrigatória | O = Campo de seleção única | **□** = Campo de múltipla seleção

| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR** | | Família/Criança: / | |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA** | | Município: | |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | Data: | |
| 1. Nome completo da criança\*: | | 2. NIS | 3. CNS |
| 4. Dia do atendimento\*:  O Segunda O Terça O Quarta  O Quinta O Sexta O Sábado | | 5. Hora do atendimento\*: | 6. Data de nascimento\*: |
| 7. Sexo\*: O Masc. O Fem. | | 8. Raça/cor\*:  O Branca O Preta O Parda  O Amarela O Indígena | |
| 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\*:  O Nenhum O Alfabetizada  O Ensino fundamental incompleto O Ensino fundamental completo  O Ensino médio incompleto O Ensino médio completo  O Ensino superior incompleto O Ensino superior completo  O Outros/Especifique: | | | |
| 14. A criança possui registro civil?\* O Sim O Não/Justifique: | | | |
| 15. A criança participa de outros programas socioeducativos?\* O Sim O Não  Nome(s) do(s) programa(s): | | | |
| 16. A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene\*: O Adequados O .Inadequados | | | |
| **DADOS DE SAÚDE** (**questões 17 até 25 devem ser assinaladas conforme a Caderneta de Saúde da Criança**) | | | |
| 17. Nascimento prematuro?\* O Sim/Nº semanas: O Não | | | |
| 18. Apgar no 5º minuto\*: O zero O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 O NI  Justificativa para NI (não informado): | | | |
| 19. A criança realizou os seguintes testes? \*Pezinho: O Sim O Não  Olhinho: O Sim O Não  Orelhinha: O Sim O Não | | | |
| 20. A criança está sendo pesada mensalmente?\* O Sim O Não Peso atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg | | | |
| 21. A criança aumentou de peso neste mês?\* O Sim O Não | | | |
| 22. A criança está desnutrida?\* O Sim O Não | | | |
| 23. A altura da criança está sendo medida mensalmente?\* O Sim O Não Altura atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ m | | | |
| 24. O calendário de vacinação da criança está em dia?\* O Sim O Não | | | |
| 25. A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?\* O 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. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?\* O Não  O Auditiva O Física O Intelectual/Cognitiva O Visual O Múltipla  Especifique: | | | |
| 27. A criança apresenta algum destes diagnósticos?\*O 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 26 ou 27? \_\_\_\_ anos e \_\_\_ meses. | | | |
| **ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL** | | | |
| 29. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?\*  O Sim O 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 | | | |
| 30. Observações sobre a saúde da criança: | | | |
| **RELACIONAMENTOS E HÁBITOS** | | | |
| 31. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?\* O Não  O Sim/Qual? | | | |
| 32. Com quem a criança brinca?\* O Com adulto O Com criança  O Com adulto e criança O Sozinha | | | |
| 33. Qual o local onde a criança brinca?\*  **□** Em casa **□** Na casa do vizinho **□** Na rua **□** No parque  **□** Outros/Especifique: | | | |
| 34. A criança fala\*: **□** Língua Portuguesa  **□** Outras Línguas/Quais? | | | |
| **CONVIVÊNCIA FAMILIAR** | | | |
| 35. Quem cuida da criança?\* O Mãe O Pai O Irmão/Irmã O Avô/Avó  O Tio/Tia O Primo/Prima O Outros/Especifique: | | | |
| 36. Grau de instrução da pessoa que cuida da criança\*:  O Nenhum O Alfabetizada  O Ensino fundamental incompleto O Ensino fundamental completo  O Ensino médio incompleto O Ensino médio completo  O Ensino superior incompleto O Ensino superior completo  O Outros/Especifique: | | | |
| 37. A família encontra alguma dificuldade para educar a criança?\* O Não  O Sim/Especifique: | | | |
| 38. A família brinca com a criança?\* O Todos os dias O Uma vez por semana ou mais  O Não brinca | | | |
| 39. A família conversa com a criança?\* O Várias vezes ao dia O Uma vez ao dia ou mais  O Não conversa | | | |
| 40. A família mostra livros e/ou figuras O Todos os dias O Uma vez por semana ou mais  para a criança?\* O Não mostra livros ou figuras | | | |
| 41. A família conta histórias para O Todos os dias O Uma vez por semana ou mais  a criança?\* O Não conta histórias | | | |
| 42. A família leva a criança para passear?\* O Uma vez por semana O Uma vez por mês ou mais  O Não leva para passear | | | |
| 43. A família ensina canções e/ou O Todos os dias O Uma vez por semana ou mais  canta com a criança?\* O Não ensina canções e não canta | | | |
| 44. Como a família demonstra afeto?\*  **□** Com palavras e gestos de carinho **□** Realizando atividades conjuntas de acordo com a idade **□** Conversando sobre interesses e necessidades de cada um  de cada um **□** Satisfazendo as necessidades materiais da família  **□** Presenteando frequentemente  **□** Outras formas/Especifique: | | | |
| 45. Como a família lida com as condutas negativas da criança?\*  **□** Achando graça **□** Com conselhos  **□** Com ameaças **□** Com indiferença  **□** Com agressões verbais **□** Suspendendo atividades que a criança mais aprecia  **□** Com castigos corporais  **□** Outras formas/Especifique: | | | |
| **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 | | | |
| 52. Outras observações sobre a criança: | | | |
| **INATIVAÇÃO DA CRIANÇA** | | | |
| Data: | Motivo: O Ingresso em creche ou escola O Idade limite  O Falecimento O Saída do Programa  Justificativa: | | |