**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: |