

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*: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado	5. Hora do atendimento*:	6. Data de nascimento*:
7. Sexo*: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	8. Raça/cor*: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> 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*: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Alfabetizada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:		
14. A criança possui registro civil?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não/Justifique:		
15. A criança participa de outros programas socioeducativos?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome(s) do(s) programa(s):		
16. A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene*: <input type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> .Inadequados		
DADOS DE SAÚDE (questões 17 até 25 devem ser assinaladas conforme a Caderneta de Saúde da Criança)		
17. Nascimento prematuro?* <input type="checkbox"/> Sim/Nº semanas: <input type="checkbox"/> Não		
18. Apgar no 5º minuto*: <input type="checkbox"/> zero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> NI Justificativa para NI (não informado):		
19. A criança realizou os seguintes testes? *Pezinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Olhinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Orelhinha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
20. A criança está sendo pesada mensalmente?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Peso atual: ____ . ____ kg		
21. A criança aumentou de peso neste mês?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
22. A criança está desnutrida?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
23. A altura da criança está sendo medida mensalmente?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Altura atual: ____ . ____ m		
24. O calendário de vacinação da criança está em dia?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
25. A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?* <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hiperatividade/ Déficit de atenção <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsão <input type="checkbox"/> Respirador bucal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:		

Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico

26. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?* Não
 Auditiva Física Intelectual/Cognitiva Visual 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 26 ou 27? ____ anos e ____ meses.

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Odontologia | 1 Ambulatório de especialidades em hospital público |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | 2 APAE |
| <input type="checkbox"/> Equoterapia | <input type="checkbox"/> Pediatria | 3 CAPSi |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Pneumologia | 4 Centro de Especialidades/SUS |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia | <input type="checkbox"/> Psicologia | 5 Clínica ou consultório privado |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Psicopedagogia | 6 Fundação/Associação/Instituto |
| <input type="checkbox"/> Musicoterapia | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | 7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF |
| <input type="checkbox"/> Neuropediatria | | 8 Unidade Básica de Saúde - UBS |
| <input type="checkbox"/> Outras/Especifique: | | 9 Outras/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?* Não
 Sim/Qual?

32. Com quem a criança brinca?* Com adulto Com criança
 Com adulto e criança 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*:
 Outras Línguas/Quais? Língua Portuguesa

CONVIVÊNCIA FAMILIAR

35. Quem cuida da criança?* Mãe Pai Irmão/Irmã Avô/Avó
 Tio/Tia Primo/Prima Outros/Especifique:

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. A família brinca com a criança?*	
<input type="radio"/> Todos os dias	<input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais
<input type="radio"/> Não brinca	
39. 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	
40. 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	
41. 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. 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	
43. 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. Como a família demonstra afeto?*	
<input type="checkbox"/> Com palavras e gestos de carinho	<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"/> Presenteando frequentemente	
<input type="checkbox"/> Outras formas/Especifique:	
45. Como a família lida com as condutas negativas da criança?*	
<input type="checkbox"/> Achando graça	<input type="checkbox"/> Com conselhos
<input type="checkbox"/> Com ameaças	<input type="checkbox"/> Com indiferença
<input type="checkbox"/> Com agressões verbais	<input type="checkbox"/> Suspendendo atividades que a criança mais aprecia
<input type="checkbox"/> Com castigos corporais	
<input type="checkbox"/> 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: <input type="radio"/> Ingresso em creche ou escola <input type="radio"/> Idade limite <input type="radio"/> Falecimento <input type="radio"/> Saída do Programa
	Justificativa: