

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL - MDII

Faixa 1 - INDICADORES DE 0 A 3 MESES

Legenda: * = Campo de informação obrigatória | 0 = Campo de seleção única | = Campo de múltipla seleção

PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:																				
MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL																						
AValiação DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL																						
Nome da Criança:		Data:																				
Nome do Visitador:		GTM ou Monitor/Supervisor Responsável:																				
Faixa 1 - INDICADORES DE 0 A 3 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão																		
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer																			
3. Dá mostras de prazer e desconforto				Comunicação e linguagem																		
4. Sorri frente ao rosto de uma pessoa				Socioafetiva																		
5. Emite sons como forma de comunicação				Comunicação e linguagem																		
6. Mantém firme a cabeça, quando levantada				Motora																		
7. Colocada de bruços, levanta a cabeça e parte do tronco momentaneamente				Motora																		
8. Agarra casualmente objetos colocados ao seu alcance				Motora																		
9. Fixa seu olhar durante alguns segundos no rosto das pessoas ou nos objetos				Cognitiva																		
10. Segue com seu olhar pessoas ou objetos em movimento				Cognitiva																		
11. Reconhece e reage à voz da mãe/cuidador				Cognitiva																		
ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA																						
<p>1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Observe na caderneta da criança:</p> <p>2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal Peso:</p> <p>3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal Altura:</p> <p>4. O calendário de vacinação está em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>5. A criança está sendo alimentada com leite materno:*</p> <p><input type="radio"/> Exclusivamente <input type="radio"/> Complementarmente <input type="radio"/> Predominantemente <input type="radio"/> Não está sendo amamentada</p>																						
As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico																						
<p>6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Doença falciforme</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asma</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Respiração bucal</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sífilis congênita</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Exposição ao HIV</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intolerância à lactose</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Outras DST / IST</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hipertensão</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Doença 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"/> Respiração bucal	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina	<input type="checkbox"/> Sífilis congênita	<input type="checkbox"/> Exposição ao HIV	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten	<input type="checkbox"/> Outras DST / IST	<input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:
<input type="checkbox"/> Doença 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"/> Respiração bucal																				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina	<input type="checkbox"/> Sífilis congênita																				
<input type="checkbox"/> Exposição ao HIV	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten																				
<input type="checkbox"/> Outras DST / IST	<input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite	<input type="checkbox"/> Hipertensão																				
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:																				

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?* Sim Não
 Utiliza medicação?* Sim Não

Observações:

7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?* Sim Não
 Em caso positivo, identifiqá-la(s):
 Auditiva Física Intelectual/Cognitiva Visual Múltipla

Em caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?* Sim Não

Observações:

8. A criança possui algum destes diagnósticos?* Sim Não

Em caso positivo, identifiqá-lo (s):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Síndrome Alcoólica Fetal | <input type="checkbox"/> Transtorno Desintegrativo da Infância |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de LenoxGastaut | <input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral | <input type="checkbox"/> Microcefalia | <input type="checkbox"/> Transtorno de Asperger |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de West | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Outros/Especifique: | <input type="checkbox"/> Transtornos Globais de Desenvolvimento/Especifique: | |

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?* Sim Não

Observações:

9. A criança é beneficiária de BPC (Benefício de Prestação Continuada)?* Sim Não

ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

10. Assinale as alternativas a seguir, conforme os aspectos observados sobre a atuação da família, durante a estimulação à criança:*
 Legenda: 0 Ausente | 1 Raramente | 2 Presente/Claramente

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Olha para a criança (olho no olho) | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue ir além das orientações do visitador |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Demonstra carinho e agrada a criança | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Acompanha e considera aos interesses da criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Escuta e responde às solicitações da criança | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Respeita o ritmo/tempo da criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Participa e interage às brincadeiras | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Conversa/narra/descreve a atividade realizada com a criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Questiona a criança durante as brincadeiras | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Identifica avanços e/ou fragilidades no desenvolvimento da criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue estabelecer regras de convivência | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Sugere/apoia/demonstra entusiasmo durante atividades |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Estimula iniciativas da criança | |

11. A família é beneficiada por programas de transferência de renda?* Sim Não

Identifique o programa: Bolsa Família Outros / Especifique:

12. A criança frequenta creche ou pré-escola?* Sim Não

13. A criança necessitou de encaminhamentos para rede de serviços neste período?* Não Sim/Quais?

Saúde - Especifique/resultado:

Educação - Especifique/resultado:

Assistência Social - Especifique/resultado:

Outros - Especifique: