

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL - MDII Faixa 2 - INDICADORES DE 3 A 6 MESES

Legenda: * = Campo de informação obrigatória | O = 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 2 - INDICADORES DE 3 A 6 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Reconhece pessoas próximas e/ou chora na frente de estranhos				Socioafetiva
2. Balbucia e sorri na interação com o outro				Comunicação e linguagem
3. Muda da posição de barriga para baixo para a posição de costas e vice-versa				Motora
4. Agarra brinquedos e os mantém por algum tempo				Motora
5. Senta com ajuda ou sozinha por algum tempo				Motora
6. Reconhece a voz de algumas pessoas				Cognitiva
7. Procura com os olhos objetos a sua frente				Cognitiva
8. Varia o volume de suas vocalizações				Comunicação e linguagem
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 style="padding-left: 20px;"><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> <p><input type="checkbox"/> Doença 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"/> Respiração bucal</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Sífilis congênita</p> <p><input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten</p> <p><input type="checkbox"/> Outras DST / IST <input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite <input type="checkbox"/> Hipertensão</p> <p><input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</p>				

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: