

Dados do Bebê

* Nome do Bebê: _____

* Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Nome da mãe: _____

* Cartão SUS: _____, Número DNV (Declaração de Nascidos Vivos): _____

* Raça / Cor Informada:

branca - negra - parda - amarela - indígena - sem informação

* Sexo:

Masculino - Feminino

Pré Atendimento

* Profissional do Atendimento: CNS _____ Nome: _____

* Vínculo profissional: _____

* Data da 1ª Consulta do Recém-Nascido: ____ / ____ / ____ Intervalo da Data do Nascimento e da 1ª Consulta do Recém-Nascido: _____

Dados do Nascimento

Local do Parto: Hospital/Clínica - Centro de Parto Normal - Domicílio - Outros

Estabelecimento do Parto: CNES: _____

* Tipo de Parto: Vaginal - Fórcepes - Vácuo Extrator - Cesário

* Peso ao Nascer (g): _____, * Comprimento ao Nascer (cm): _____, Perímetro Cefálico ao Nascer (cm): _____

Apgar 1 min: _____, Apgar 5 min: _____, Idade Gestacional (IG) (semanas e dias): _____

Método de avaliação de IG: DUM - USG - Exame do RN

Tipagem Sanguínea Mãe: A B O AB Rh+ Rh-

Tipagem Sanguínea RN: A B O AB Rh+ Rh-

Profissional que atendeu o RN: Pediatra - Enfermeiro - Parteira - Outro

Ficou em alojamento conjunto 24 horas: Sim - Não Justificado? Sim - Não

* Ficou internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Sim - Não - Não soube informar - Quantos dias? _____

* Ficou internado em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco): Sim - Não - Não soube informar - Quantos dias? _____

* Ficou internado em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINca): Sim - Não - Não soube informar - Quantos dias? _____

Dados da Alta

* Alta do recém-nascido com a mãe: Sim - Não Se não, motivo? Materno - Recém-Nascido

* Aleitamento: Materno Exclusivo - Materno + Água ou chá - Materno + Outro leite - Outro leite - Não soube informar

Peso da Alta (g): _____, Perímetro cefálico da Alta (cm): _____, Data de alta: ____ / ____ / ____

Atendimento

* Profissional do Atendimento: CNS _____ Nome: _____

* Vínculo profissional: _____

* Data Do Atendimento: ____/____/____ Intervalo da Data do Nascimento e da 1ª Consulta do Recém-Nascido: _____

Dados do exame físico da primeira consulta

Temperatura Axilar (°C): _____, * Peso (g): _____, * Comprimento (cm): _____, * Perimetro Cefálico (cm): _____

* Aleitamento na primeira hora de vida: Sim - Não - Não soube informar - Justificativa.: _____

* Estado Geral Bom - Regular - Ruim

* Hidratação: Sim - Não

* Perfusão Boa - Ruim

* Pele Normal - Alterada

* Mucosas Normocorada - Hipocorada - Hiperemiada

* Coto Umbilical Normal - Alterado Qual Alteração? _____

* Icterícia Sim - Não

Se Sim Zona I - Zona II - Zona III - Zona IV - Zona V

Precoce (<24h de vida) - Tardia (>24h vida)

Fototerapia Sim - Não - Patológica - Fisiológica

* Olhos * Mucosa: Normocorada - Hipocorada - Hiperemiada * Secreção: Sim - Não

* Conduto Auditivo Normal - Hiperemiado

* Otoscopia Normal - Alterado Hiperemiado - Abaulada - Opacificada

* Orofaringe Normal - Alterado Hiperemiado - Purulenta - Lesões ulcerativas

FR: _____ Dispneia: Sim - Não

* Ausculta Pulmonar * Murúrio Vesicular Fisiológico - Alterado

Roncos - Estertores - Sibilos - Gemidos - Estridor laringeo

* Exame Cardiovascular Normal

Alterado Qual Alteração? _____

* Exame Abdominal Normal - Alterado

Qual Alteração? _____

* Exame Neurológico Normal - Alterado

Qual Alteração? _____

Outras avaliações do exame físico: _____

Manobra de Ortolani Positiva - Negativa

* Calendario Vacinal em dia: Sim - Não

Conduta

* Medicado Sim - Não

Descrição: _____

* Solicitado Exames Sim - Não

Descrição: _____

- * Encaminhamento
- Agendada consulta regular de puericultura
 - Agendada consulta de retorno
 - Referenciado para internação
 - Encaminhamento para atenção especializada
 - Encaminhamento de urgência/emergência

Qual? _____

Informações e condutas complementares: _____

* Nome do Bebê: _____

* Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Nome da mãe: _____

* Cartão SUS: _____, Número DNV (Declaração de Nascidos Vivos): _____

Triagem Ocular (Teste do Reflexo Vermelho/Teste de Olhinho)Resultado Normal - Alterado Se alterado, referenciado? Sim - Não**Triagem Biológica Sanguínea do Recém-nascido (Teste do Pezinho)**Resultado Normal - AlteradoFenilcetonúria Normal - AlteradoHipotireoidismo Normal - AlteradoAnemia falciforme e outras Hemoglobinopatias Normal - AlteradoHiperplasia Adrenal Congênita Normal - AlteradoFibrose Cística Normal - AlteradoDeficiência da Biotinidase Normal - Alterado**Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)**Testes Realizados PEATE - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - EOA - Emissões Otoacústicas EvocadasResultado OD Normal - AlteradoOE Normal - AlteradoSe alterado, referenciado? Sim - NãoReteste Sim - Não Data.: ____/____/____ PEATE - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - EOA - Emissões Otoacústicas EvocadasResultado OD Normal - AlteradoOE Normal - AlteradoSe alterado, referenciado? Sim - Não**Triagem do Frênulo-lingual (Teste da linguinha)**Resultado Normal - Alterado Data.: ____/____/____Frenotomia Sim - Não Data.: ____/____/____**Triagem cardiológica (Teste do Coraçõzinho)**Teste realizado Oximetria de pulso - Outro

Qual? _____

Resultado **Membro Superior** - Normal - Alterado**Membro Inferior** - Normal - AlteradoReteste Sim - Não Data.: ____/____/____Se alterado, referenciado? Sim - Não Data.: ____/____/____

* Nome do Bebê: _____

* Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Nome da mãe: _____

* Cartão SUS: _____, Número DNV (Declaração de Nascidos Vivos): _____

Atendimento

* Profissional do Atendimento: CNS _____ Nome: _____

* Vínculo profissional: _____

* Data Do Atendimento: ____ / ____ / ____

Alimentação

- Aleitamento Materno Exclusivo
- Aleitamento Materno + Água ou Chá
- Só Leite fluído
- Só Fórmula Infantil
- Aleitamento Materno + Leite fluído ou Formula infantil
- Aleitamento Materno + Alimentação Complementar
- Dieta para Idade

Dados do exame físico da consulta de seguimento

Temperatura Axilar (°C): _____, * Peso (g): _____, * Comprimento (cm): _____, * Perimetro Cefálico (cm): _____

* Estado Geral Bom - Regular - Ruim

* Hidratação: Sim - Não

* Perfusão Boa - Ruim

* Pele Normal - Alterada

* Mucosas Normocorada - Hipocorada - Hiperemiada

* Olhos * Mucosa: Normocorada - Hipocorada - Hiperemiada

* Secreção: Sim - Não

* Conduto Auditivo Normal - Hiperemiado

* Otoscopia Normal - Alterado Hiperemiado - Abaulada - Opacificada

* Orofaringe Normal - Alterado Hiperemiado - Purulenta - Lesões ulcerativas

FR: _____ Dispneia: Sim - Não

* Ausculta Pulmonar * Mumúrio Vesicular Fisiológico - Alterado

Roncos - Estertores - Sibilos - Gemidos - Estridor laringeo

* Exame Cardiovascular Normal

* Exame Abdominal Normal - Alterado

Qual Alteração? _____

* Exame Neurológico Normal - Alterado

Qual Alteração? _____

Outras avaliações do exame físico: _____

* Calendário Vacinal em dia: Sim - Não

Conduta

* Medicado Sim - Não

Descrição: _____

* Solicitado Exames Sim - Não

Descrição: _____

* Encaminhamento Agendada consulta regular de puericultura

Agendada consulta de retorno

Referenciado para internação

Encaminhamento para atenção especializada

Encaminhamento de urgência/emergência

Qual? _____

Informações e condutas complementares: _____
