



MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Ficha de seguimento

1- Dados da criança

Informações gerais

Pré-termo [] Sim Idade corrigida ____ semanas ____ dias [] Não

Gestação única : [] Sim [] Não . SE não, G1 [] ou G2 []

Data da Consulta ____/____/____ idade na consulta: [] 3m; [] 6m; [] 1ano; [] 2anos; [] 3anos; [] 4 anos outra idade _____

Faltou a consulta anterior : [] Sim; [] Não ; [] NA

1.1 Nome: _____ 1.2 Prontuário da criança: [] Não ; [] Sim Nº _____

1.3 Nome da Mãe: _____

1.5 Endereço (houve mudança de endereço ? [] Não [] Sim

1.6 Novo endereço : _____

ATENÇÃO: EM CASO DE MUDANÇA DE ENDEREÇO, PREENCHER NOVAMENTE O QUESTIONÁRIO EXPOSIÇÃO

1.7 Celular: _____ 1.8 e-mail : _____

1.9 Facebook : _____

1.10 Data do nascimento: ____/____/____ 1.11 Sexo: [] Masculino [] Feminino [] Indeterminado

1.12 Idade gestacional: ____ semanas ____ dias 1.13 [] Termo [] Pós-termo

2 Classificação quanto ao tamanho para idade gestacional: [] AIG [] PIG [] GIG

3 Malformação congênita: () não () sim. Qual? _____

3 Percepção de saúde : Como você avaliaria a saúde do seu bebê nos primeiros meses? (pergunta a partir do 6º mês)

- Muito saudável Sem problemas Saudável Alguns problemas menores Às vezes bastante doente
 Quase sempre doente.

4 Seu filho tem algum problema de saúde diagnosticado? [] Não [] Sim, especificar _____

5.0 Investigação especializada:

Exame	Achados principais
Teste do reflexo vermelho - (alta) olho	() Não realizado; () Normal; () Alterado .
Triagem Auditiva (EOA) - orelhinha	() Não realizado; () Normal; () Alterado .
PEATE (Potencial evocado auditivo de tronco encefálico)	() Não realizado; () Normal; () Alterado .
Teste do pezinho	() Não realizado; () aguardando resultado
Resultados	Fenilcetonúria: () Normal () Alterado () Não realizado; Hipotireodismo: () Normal () Alterado () Não realizado; Anemia falciforme: () Normal () Alterado () Não realizado; Fibrose cística: () Normal () Alterado () Não realizado;
Triagem para Cardiopatia Congênita Crítica (SpO2) Coraçãozinho	() Não realizado; () Normal; () Alterado .
Teste da linguinha	() Não realizado; () Normal; () Alterado .

6.0 Alterações clínicas

IDADES / EVENTOS RESP.	Diagnóstico respiratório baixo			Diagnóstico respiratório alto			Freq. total de eventos no período**
	ASMA/ BRONQUITE	BRONQUIOLITE	PNEUMONIA	RESFRIADO COMUM (rinofaringite)	RINITES	OTITES	
Nos últimos 3 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?							
3 MESES	NA	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	
Nos últimos 6 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?							
6 MESES	NA	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	
Nos últimos 12 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?							
1 ANO	NA	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	
2 ANO	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	
3 ANO	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	
4 ANO	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	[] Sim[] Não []NS Freq. _____	

**Refere-se ao somatório da frequência de cada desfecho relatado no seguimento em que o bebê é avaliado.

O somatório destes desfechos EM CADA PERÍODO ETÁRIO ANALISADO será correlacionado com as concentrações dos poluentes NO PERÍODO (quando houver) OU NO SG CORDÃO OU SG/URINA MATERNOS.

PERGUNTA A SER RESPONDIDA: será que haverá um aumento da frequência de ocorrência de desfechos com o aumento das concentrações de poluentes?

Seu filho (a) teve algum desses diagnósticos pelo pediatra ou neuropediatra?							
Neurológico	3 meses	6 meses	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	
Autismo	NA	NA	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	
TDA/TDAH	NA	NA	NA	NA	NA	[] Sim[] Não []NS	
Outros	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	[] Sim[] Não []NS	
Especificar:							

7.0 Internações :

IDADES	INTERNAÇÃO	Quantas vezes ficou internado(a) nesse período? (total de internações)
Nos últimos 3 meses seu filho (a) teve alguma internação? Se sim, qual o motivo?		
3 MESES	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____
Nos últimos 6 meses seu filho (a) teve alguma internação? Se sim, qual o motivo?		
6 MESES	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____
Nos últimos 12 meses seu filho (a) teve alguma internação? Se sim, qual o motivo?		
1 ANO	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____
2 ANOS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____
3 ANOS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____
4 ANOS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS Motivo _____; Motivo _____	Freq. _____

8.0 SINAIS E SINTOMAS PRESENTES NA DATA DA CONSULTA E NO PERÍODO INTERCONSULTA

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

IDADES / EVENTOS RESP.	Sintoma respiratório baixo			Sintoma respiratório alto					Freq. total de eventos no período**	
	TOSSE	SIBILO/TOSSE NOTURNA	DESCONFORTO RESPIRATÓRIO	CONGESTÃO NASAL	CORIZA	ESPIRROS RECORRENTES	RONCOS / SECREÇÃO	OTALGIA		
Nos últimos 3 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?										
3 MESES*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	
Nos últimos 6 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?										
6 MESES*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	
Nos últimos 12 meses seu filho(a) apresentou? Se sim, quantas vezes nesse período?										
1 ANO*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	
2 ANO*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	
3 ANO*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	
4 ANO*	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	<input type="checkbox"/> Sim[] Não []NS Freq. _____	

**Refere-se ao somatório da frequência de cada desfecho relatado no seguimento em que o bebê é avaliado.

O somatório destes desfechos EM CADA PERÍODO ETÁRIO ANALISADO será correlacionado com as concentrações dos poluentes NO PERÍODO (quando houver) OU NO SG CORDÃO OU SG/URINA MATERNOS.

PERGUNTA A SER RESPONDIDA: será que haverá um aumento da frequência de ocorrência de desfechos com o aumento das concentrações de poluentes?

9 Vacinação

Idade	Vacina					
	Hepatite B	Pentavalente (Difteria, tétano, coqueluche, Hepatite B e Haemophilus influenzae)	DPT (Difteria, Tétano e coqueluche)	Meningocócica C	Gripe	Contra Raiva
Nascimento	()Sim () não					() Sim () não quantas doses?
2 meses		1ª dose ()Sim () não				()Sim () não quantas doses?
3 meses				1ª dose ()Sim () não		()Sim () não quantas doses?
4 meses		2ª dose ()Sim () não				()Sim () não quantas doses?
5 meses				2ª dose ()Sim () não		()Sim () não quantas doses?
6 meses		3ª dose ()Sim () não			()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
9 meses					()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
12 meses				Reforço ()Sim () não	()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
15 meses			1º Reforço ()Sim () não		()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
24 meses					()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
36 meses					()Sim () não	()Sim () não quantas doses?
4 anos			2º Reforço ()Sim () não		()Sim () não	()Sim () não quantas doses?

Evolução

Observação de Saúde

Alguma observação ou achado no exame clínico pelo pediatra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não OBS (local) : _____
Data: ___ / ___ / ___	Responsável (assinatura e carimbo):

ENCAMINHAMENTOS E/OU CONDUTAS (SE NECESSÁRIOS)

DATA	ENCAMINHAMENTO	CONDUTA	PEDIATRA/CARIMBO
/ /			