

**MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ****Formulário do RN****1 Dados do recém-nascido****Informações gerais**

1.1 Prontuário da criança: \_\_\_\_\_ NA [ ] (colocar no instrutivo)

1.1.2 RN único : [ ] Sim [ ] Não . SE não, G1 [ ] ou G2 [ ]

1.1.3 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ 1.1.4 Prontuário da mãe: \_\_\_\_\_

1.1.5 Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 1.1.6 Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Indeterminado

1.1.7 Idade gestacional (DUM): \_\_\_ semanas \_\_\_ dias NI [ ]

1.1.8 Idade gestacional (US) : \_\_\_ semanas \_\_\_ dias USG( )1o.trim USG( )2o.trim USG( )3o.trim NI [ ]

1.1.9 Idade gestacional (CAPURRO): \_\_\_ semanas \_\_\_ dias

1.1.10 IG (NEW BALLARD): \_\_\_ semanas \_\_\_ dias NA [ ] só será preenchido em caso de prematuro

caso prematuro, menor que 37 semanas ,preencher o new Ballard

1.1.11 Ocorreu óbito ? [ ] Não [ ] Sim Causa do óbito \_\_\_\_\_

**2.0 Crescimento intrauterino:**

2.1 CIUR ( Crescimento intrauterino restrito) [ ] Sim [ ] Não.

2.2. Macrossomia Fetal [ ] Sim [ ] Não

**2.3 Trabalho de parto :**

2.3.1 Tipo de parto: [ ] Normal(Vaginal) [ ] Fórceps [ ] Cesáreo

2.3.2 parto induzido ou cesárea [ ] Sim [ ] Não ( antes do início do trabalho de parto)

2.4 Índice de APGAR:

2.7.1 1º min:

2.7.2 5º min:

2.5 Reanimação na Sala de Parto: [ ] Não [ ] Sim -

2.6 Alojamento Conjunto : [ ] Sim [ ] Não 2.6.1 UTI-Neonatal: [ ] Não [ ] Sim

Motivo internação

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

**3.1 Sorologias Maternas:**3.3.1 Hepatite B  Positivo  Negativo  Não informado3.3.2 Hepatite C  Positivo  Negativo  Não informado3.3.3 HIV  Positivo  Negativo  Não informado3.3.4 Sífilis  Positivo  Negativo  Não informado3.3.5 Toxoplasmose IgM positivo  sim  não IgG positivo  sim  não

3.3.6 Outras: \_\_\_\_\_

Alterações clínicas no recém-nascido: (pode marcar mais de uma opção)

 não  sim **Caso sim, abrir o rol de opções** Taquipneia Transitória do Recém-nascido Icterícia Incompatibilidade Rh Policitemia /plethora Cianose central Hipoglicemia neonatal Sífilis congênita Pneumonia Infecção urinária (ITU) Infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B (GBS) Toxoplasmose Citomegalovirose congênita Persistência do Canal Arterial (PCA) Sopro cardíaco Cutis Marmorata Eritema Tóxico Convulsão neonatal não informado outras: Qual \_\_\_\_\_**5.0 Triagem neonatal ( Fonte: caderneta do bebê):**5.1 Teste do Reflexo Vermelho (teste do Olhinho):  normal  duvidoso  alterado

Conduta: \_\_\_\_\_

5.2 Triagem para Cardiopatia Congênita Crítica (SpO2): (teste do coraçãozinho)  normal  alterado

Conduta: \_\_\_\_\_

5.3 Triagem Auditiva (EOA): (teste da orelhinha)  normal  alterado

Conduta: \_\_\_\_\_

5.4 Triagem Metabólica: (teste do pezinho)  não colhido  colhido Data: \_\_\_\_\_



7.0 MALFORMAÇÕES	7.1 Aparelho cardiocirculatório [ ] Sim [ ] Não 7.2 Aparelho respiratório [ ] Sim [ ] Não 7.3 Aparelho digestivo [ ] Sim [ ] Não 7.4 Aparelho osteomuscular [ ] Sim [ ] Não 7.5 Aparelho Genitounirnário [ ] Sim [ ] Não 7.6 Sistema nervoso central [ ] Sim [ ] Não 7.7 Malformação genética [ ] Sim [ ] Não 7.7 OUTRO: <b>campo aberto</b>
8.0 Achados clínicos	<b>8.1 Houve outros achados clínicos?</b> [ ] Sim [ ] Não Se sim,especificar: _____
Data: ____ / ____ / ____	Responsável (assinatura e carimbo):

OBSERVAÇÕES:

---



---



---



---



---