

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Programa Criança Feliz

Informações sobre o domicílio/família atendida

Formulário 4

Este formulário deverá ser preenchido pelo visitador na sua totalidade, à medida que inicie as visitas domiciliares e for estabelecendo uma relação profissional de confiança com a família. Pode incluir no planejamento das primeiras visitas um ou mais grupos de informações. É uma ferramenta de conhecimento da criança, mas também pode ser utilizado para introduzir algum conteúdo sobre a rede de apoio (primário, parentes) sobre os cuidados com o desenvolvimento do bebê, sobre os direitos da gestante, etc.

I - IDENTIFICAÇÃO	
1. Número de Identificação Social – NIS:	
2. Nome completo da criança:	
3. Data de Nascimento: / / 4. Idade: 5. Sexo: () Feminino () Masculino	
6. Raça/cor/etnia (autodeclarado): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
7. Número do Cartão Nacional do SUS (CNS):	
II – INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA	
8. Qual o melhor dia e horário para o atendimento? Horário: _____ : _____	() Segunda-feira () Terça-feira () Quarta-feira () Quinta-feira () Sexta-feira () Sábado
9. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)	() Sim () Não
10. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?	() Sim () Não
11. Quem é o cuidador principal da criança?	() Mãe () Pai () Padrasto () Madrasta () Irmão/irmã () Avó/avô () Tio/tia () Primo/prima () Babá () Vizinho(a) () Outro: _____

12. Grau de instrução do cuidador principal	<input type="checkbox"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto ou completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto ou completo
13. Estuda atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
14. Trabalha atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
15. Profissão/ocupação	16. Carga horária
17. A criança possui Caderneta de Saúde da Criança (CSC) do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	<input type="checkbox"/> Sim – CSC <input type="checkbox"/> Sim – Outro documento <input type="checkbox"/> Só o cartão de vacinas <input type="checkbox"/> Não
18. A criança realizou os seguintes os testes de triagem	Pezinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado Olhinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado Coraçãozinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Orelhinha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado
19. Há registro de peso da criança na CSC? (Olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem informação sobre o peso
20. Há registro de comprimento/altura da criança na CSC? (Olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem informação sobre a altura
21. O Calendário de Vacinas da criança está atualizado? (Perguntar e olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem registro
22. A criança está sendo amamentada com leite materno?	<input type="checkbox"/> Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) <input type="checkbox"/> Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) <input type="checkbox"/> Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos) <input type="checkbox"/> Não está sendo amamentada (pule para a pergunta 24)
23. Até que idade a criança se alimentou de leite materno?	<input type="checkbox"/> 01 mês <input type="checkbox"/> 02 meses (<input type="checkbox"/> 03 meses (<input type="checkbox"/> 04 meses (<input type="checkbox"/> 05 meses (<input type="checkbox"/> 06 meses <input type="checkbox"/> Mais de 06 meses <input type="checkbox"/> Nunca mamou

<p>24. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Doença de refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Exposição a outras DST/IST <input type="checkbox"/> Sífilis Congênita <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Respirador bucal <input type="checkbox"/> Hiperatividade/Déficit de atenção <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Intolerância à proteína <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Outro: _____
<p>25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?</p>	<input type="checkbox"/> Sim, Cardiologia <input type="checkbox"/> Sim, Endocrinologia <input type="checkbox"/> Sim, Fisioterapia <input type="checkbox"/> Sim, Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Sim, Pediatria <input type="checkbox"/> Sim, Pneumologia <input type="checkbox"/> Sim, Neuropediatria <input type="checkbox"/> Sim, Oftalmologia <input type="checkbox"/> Sim, Psicologia <input type="checkbox"/> Sim, Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Sim, Infectologia <input type="checkbox"/> Sim, Odontologia <input type="checkbox"/> Sim, Psicopedagogia <input type="checkbox"/> Sim, Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Sim, Musicoterapia <input type="checkbox"/> Sim, Equoterapia <input type="checkbox"/> Intolerância à proteína <input type="checkbox"/> Intolerância a glúten <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não está sendo acompanhado (Pule para a pergunta 27)
<p>26. Em qual serviço a criança está sendo acompanhado?</p>	<input type="checkbox"/> Amb. de especialidades hospital público <input type="checkbox"/> Centro de Especialidade SUS <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde - UBS <input type="checkbox"/> Núc. de Apoio a Saúde da Família - NASF <input type="checkbox"/> Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS <input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicológica - CAPSi <input type="checkbox"/> APAE <input type="checkbox"/> Fundação/Associação/Instituto <input type="checkbox"/> Clínica ou consultório privado <input type="checkbox"/> Outros: _____
<p>27. A criança apresenta alguma deficiência</p>	<input type="checkbox"/> Sim, Auditiva <input type="checkbox"/> Sim, Física <input type="checkbox"/> Sim, Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Sim, Visual <input type="checkbox"/> Sim, Múltipla

28. Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Fórceps (<input type="checkbox"/> Cesárea
29. Idade gestacional _____ semanas _____ dias. Nascimento prematuro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
OBSERVAÇÕES:	
III. INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS	
30. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?	<input type="checkbox"/> Sim Ano de entrada _____ <input type="checkbox"/> Não
31. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> NSA
32. Com quem a criança brinca com mais frequência?	<input type="checkbox"/> Com adulto (<input type="checkbox"/> Com criança (<input type="checkbox"/> Sozinha
33. Qual o local onde a criança brinca?	<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Casa do vizinho <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> Na praça <input type="checkbox"/> Outro: _____
34. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablete?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Pule para a pergunta 36
35. Qual o tempo que a criança fica assistindo?	<input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
36. A criança assiste televisão em sua rotina diária?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
37. Qual o tempo a criança fica assistindo?	<input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
38. Quantas horas de sono a criança tem por dia (24 horas)?	<input type="checkbox"/> Até 10 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 10 e 11 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 12 e 15 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 15 e 16 horas diárias
IV. INFORMAÇÕES SOBRE CONVIVÊNCIA FAMILIAR	
39. A criança vive com quem?	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Avó/avô <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Primo/prima

	<input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____
40. Qual tempo a família dedica para brincar com a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não dedica
41. A família conversa com a criança?	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca conversa
42. A criança tem livros infantis disponíveis em casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
43. A família mostra livros ou figuras para a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não mostra
44. A família conta histórias para a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não canta/ensina
45. A família ensina canções e/ou canta com a/para a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não canta
46. A família leva a criança para passear?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não leva para passear
47. Como a família demonstra afeto com a criança?	<input type="checkbox"/> Com palavras, gestos e carinhos <input type="checkbox"/> Brincando juntos <input type="checkbox"/> Dando presentes frequentemente <input type="checkbox"/> Realizando atividades conjuntas <input type="checkbox"/> Conversa sobre interesses de cada um <input type="checkbox"/> Satisfaz as necessidades materiais da família <input type="checkbox"/> Outras formas: _____
48. Como a família lida com os maus comportamentos da criança?	<input type="checkbox"/> Achando graça <input type="checkbox"/> Com ameaças <input type="checkbox"/> Com agressões verbais <input type="checkbox"/> Com castigos corporais <input type="checkbox"/> Com conselhos <input type="checkbox"/> Com indiferença <input type="checkbox"/> Suspende atividades que a criança mais gosta <input type="checkbox"/> Outra: _____
49. Informações para inativação da criança no PCF	<input type="checkbox"/> Limite de idade <input type="checkbox"/> Ingresso em creche ou pré-escola <input type="checkbox"/> Falecimento <input type="checkbox"/> Mudança de endereço p/ outro município <input type="checkbox"/> Saída espontânea <input type="checkbox"/> Suspensão p/ aguardar transferência da VD <input type="checkbox"/> Desabilitação/desistência do município <input type="checkbox"/> Outro: _____
OBSERVAÇÕES:	