

CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Legenda:

  Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF

 Perguntas/alternativas somente Formulário PIM

 Perguntas/alternativas somente Formulário PCF

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

*=Campo de informação obrigatória

O = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ		Família/Criança: /	
CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA		Município:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		Data:	
		(1 PIM/2 PCF) Nome completo da criança*:	
		(2 PIM/1 PCF) NIS:	
		(3 PIM/7 PCF) CNS:	
		(4, 5 PIM/8 PCF) Qual o melhor dia e horário para o atendimento? ☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado Hora do atendimento*: ____:____	
		(6 - PIM; 3 - PCF) Data de nascimento*:	 (4) Idade:
		(7 PIM/5 PCF) Sexo*: ☐ Masculino ☐ Feminino	
		Idade: () 0 a 3 meses () 3 a 6 meses () 6 a 9 meses () 9 a 12 meses () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos () 3 a 4 anos () 4 a 5 anos () 5 a 6 anos	
		(8 PIM/6 PCF) Raça/cor*: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	
		(14 PIM/9 PCF) A criança possui registro civil (RCN)?* ☐ Sim ☐ Não/Justifique:	
		(9) Nome completo do entrevistado (não deve ser menor de idade)*:	(10) Grau de parentesco do entrevistado*:
		(11) Nome completo do pai:	
		(12) Nome completo da mãe*:	
		(13) Grau de instrução da mãe da criança*: ☐ Nenhum ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino superior incompleto ☐ Outros/Especifique: ☐ Alfabetizada ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior completo	
		(10) Na RCN da criança consta o nome de ambos os pais? () Sim () Não	
		(11) Quem é o cuidador principal da criança? ☐ Mãe ☐ Irmão/irmã ☐ Babá ☐ Pai ☐ Avó/avô ☐ Vizinho(a) ☐ Padrasto ☐ Tio/tia ☐ Outro: ☐ Madrasta ☐ Primo/prima	
		(12) Grau de instrução do cuidador principal ☐ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ☐ Analfabeto	

	☐ Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano) ☐ Ensino Médio incompleto ou completo ☐ Ensino superior incompleto ou completo
☒	(13) Estuda atualmente? ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde?
☒	(14) Trabalha atualmente? ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde?
☒	(15) Profissão/ocupação
☒	(16) Carga horária
☐	(15) A criança participa de outros programas socioeducativos? ☐ Sim ☐ Não Nome(s) do(s) programa(s):
☐	(16) A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene*: ☐ Adequados ☐ Inadequados
☒	(22) A criança está sendo amamentada com leite materno? ☐ Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) ☐ Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) ☐ Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno, mas também recebe outros alimentos) ☐ Não está sendo amamentada (pule a próxima pergunta)
☒	(23) Até que idade a criança se alimentou de leite materno? ☐ 01 mês ☐ 02 meses ☐ 03 meses ☐ 04 meses ☐ 05 meses ☐ 06 meses ☐ Mais de 6 meses ☐ Nunca mamou
DADOS DE SAÚDE	
(questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta de Saúde da Criança - CSC)	
☒	(17) A criança possui Caderneta de Saúde da Criança (CSC) do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? ☐ Sim - CSC ☐ Sim - Outro documento ☐ Só o cartão de vacinas ☐ Não
☐	(17) Nascimento prematuro?* ☐ Sim/Nº semanas: ☐ Não
☐	(18) Apgar no 5º minuto*: ☐ zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ NI Justificativa para NI (não informado):
☐	(19 PIM/18 PCF) A criança realizou os seguintes testes? Pezinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado Olhinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado Orelhinha: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado ☒ Coraçãozinho: ☐ Sim ☐ Não
☐	(20 PIM/19 PCF) A criança está sendo pesada mensalmente?* ☐ Sim ☐ Não ☒ Não tem informação sobre o peso
☐	Peso atual: ____ . ____ kg
☐	(21) A criança aumentou de peso neste mês?* ☐ Sim ☐ Não
☐	(22) A criança está desnutrida?* ☐ Sim ☐ Não
☐	(23) A altura da criança está sendo medida mensalmente?* ☐ Sim ☐ Não Altura atual: ____ . ____ m
☒	(20) Há registro de comprimento/altura da criança na CSC? (Olhar a CSC) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem informação sobre a altura
☐	(24 - PIM; 21 PCF) O calendário de vacinação da criança está atualizado?* ☐ Sim ☐ Não ☒ Não tem registro

	(25) A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?* ☐ Não ☐ Anemia falciforme ☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Hiperatividade/ Déficit de atenção ☐ Asma ☐ Epilepsia/Convulsão ☐ Respirador bucal ☐ Diabetes ☐ Fissura lábio palatina ☐ Rinite ☐ Outros/Especifique:																				
Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico																					
	(26) PIM/27 PCF) A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?* ☐ Não ☐ Sim, Auditiva ☐ Sim, Física ☐ Sim, Intelectual/Cognitiva ☐ Sim, Visual ☐ Sim, Múltipla Especifique:																				
	(27) A criança apresenta algum destes diagnósticos?* ☐ Não ☐ Hidrocefalia ☐ Síndrome Alcoólica Fetal ☐ Síndrome de Lenox Gastaut ☐ Síndrome do X Frágil ☐ Paralisia cerebral ☐ Síndrome de Down ☐ Síndrome de West ☐ Transtornos Globais do Desenvolvimento (Síndrome de Rett, Transtorno de Asperger, Autismo e Transtorno Desintegrativo da Infância) ☐ Outros/Especifique:																				
	(28) Com que idade foi confirmado o diagnóstico médico referido nas questões anteriores (26 ou 27)? _____ anos e _____ meses.																				
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL																					
	(24) A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? () Sim () Não () Doença falciforme () Anemia () Asma () Diabetes () Hipertensão () Doença de refluxo gastroesofágico () Doenças cardiovasculares () Exposição ao HIV () Exposição a outras DST/IST () Sífilis Congênita () Epilepsia/convulsão () Fissura lábio palatina () Respirador bucal () Hiperatividade/Déficit de atenção () Intolerância à lactose () Intolerância à proteína () Intolerância ao glúten () Outro:																				
	(29) A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?* ☐ Sim ☐ Não Em caso positivo, marcar a(s) especialidade(s) com o número correspondente à Instituição do atendimento <table border="0"> <tr> <th>Especialidades</th> <th>Instituições para marcar</th> </tr> <tr> <td>() Cardiologia</td> <td>() Odontologia</td> </tr> <tr> <td>() Endocrinologia</td> <td>() Oftalmologia</td> </tr> <tr> <td>() Equoterapia</td> <td>() Pediatria</td> </tr> <tr> <td>() Fisioterapia</td> <td>() Pneumologia</td> </tr> <tr> <td>() Fonoaudiologia</td> <td>() Psicologia</td> </tr> <tr> <td>() Gastroenterologia</td> <td>() Psicopedagogia</td> </tr> <tr> <td>() Musicoterapia</td> <td>() Terapia ocupacional</td> </tr> <tr> <td>() Neuropediatria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Outras/Especifique:</td> <td></td> </tr> </table> 1 Ambulatório de especialidades em hospital público 2 APAE 3 CAPSi 4 Centro de Especialidades/SUS 5 Clínica ou consultório privado 6 Fundação/Associação/Instituto 7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF 8 Unidade Básica de Saúde - UBS 9 Outras/Especifique em outras especialidades descrevendo a especialidade e a instituição correspondente	Especialidades	Instituições para marcar	() Cardiologia	() Odontologia	() Endocrinologia	() Oftalmologia	() Equoterapia	() Pediatria	() Fisioterapia	() Pneumologia	() Fonoaudiologia	() Psicologia	() Gastroenterologia	() Psicopedagogia	() Musicoterapia	() Terapia ocupacional	() Neuropediatria		() Outras/Especifique:	
Especialidades	Instituições para marcar																				
() Cardiologia	() Odontologia																				
() Endocrinologia	() Oftalmologia																				
() Equoterapia	() Pediatria																				
() Fisioterapia	() Pneumologia																				
() Fonoaudiologia	() Psicologia																				
() Gastroenterologia	() Psicopedagogia																				
() Musicoterapia	() Terapia ocupacional																				
() Neuropediatria																					
() Outras/Especifique:																					
	25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional? () Sim, Cardiologia () Sim, Endocrinologia () Sim, Fisioterapia () Sim, Fonoaudiologia () Sim, Pediatria () Sim, Pneumologia () Sim, Neuropediatria () Sim, Oftalmologia () Sim, Psicologia () Sim, Gastroenterologia () Sim, Infectologia () Sim, Odontologia () Sim, Psicopedagogia () Sim, Terapia ocupacional () Sim, Musicoterapia																				

	☐ Sim, Equoterapia ☐ Outro:	☐ Intolerância à proteína ☐ Não está sendo acompanhado (Pule para a próxima pergunta)	☐ Intolerância ao glúten
	26. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada? ☐ Amb. de especialidades hospital público ☐ Centro de Especialidade SUS(☐ Unidade Básica de Saúde - UBS ☐ Núc.de Apoio a Saúde da Família - NASF ☒ Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS ☐ Centro de Atenção Psicológica - CAPSi ☐ APAE ☐ Fundação/Associação/Instituto ☐ Clínica ou consultório privado (☐ Outros:		
	☒ (28) Tipo de parto: (☐ Normal (☐ Fórceps (☐ Cesárea		
	☒ (29) Idade gestacional: _____ semanas _____ dias. Nascimento prematuro: (☐ Sim (☐ Não		
	☒ Observações sobre a saúde da criança:		
INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS			
	☒ (30) A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)? ☐ Sim Ano de entrada: _____ (☐ Não		
	☒ (31 PIM/31 PCF) A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?		
	☐ Não ☐ Sim/Qual?		
	☒ (32 PIM/2 PCF) Com quem a criança brinca com mais frequência?		
	☐ Com adulto ☐ Com criança ☐ Sozinha		
	☒ O Com adulto e criança		
	☒ (33 PIM/33 PCF) Qual o local onde a criança brinca?		
	☐ Em casa ☐ Na casa do vizinho ☐ Na rua ☐ No parque/prça ☐ Outros/Especifique:		
	☒ (34) A criança fala*: ☐ Língua Portuguesa ☐ Outras Línguas/Quais?		
	☒ (34) A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet? ☐ Sim ☐ Não		
	☒ (35) Quanto tempo? ☐ Até 02 horas diárias ☐ Entre 2 e 4 horas diárias ☐ Mais de 4 horas diárias		
	☒ (36) A criança assiste televisão em sua rotina diária? (☐ Sim (☐ Não		
	☒ (37) Quanto tempo? ☐ Até 02 horas diárias ☐ Entre 2 e 4 horas diárias ☐ Mais de 4 horas diárias		
	☒ (38) Quantas horas de sono a criança tem por dia (24 horas)? ☐ Até 10 horas diárias ☐ Entre 10 e 11 horas diárias ☐ Entre 12 e 15 horas diárias ☐ Entre 15 e 16 horas diárias		

CONVIVÊNCIA FAMILIAR	
☒	(35) Quem cuida da criança?*
	☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmão/Irmã ☐ Avô/Avó ☐ Tio/Tia ☐ Primo/Prima ☐ Outros/Especifique:
☒	(39) A criança vive com quem? () Mãe () Pai () Padrasto () Madrasta () Irmão/irmã () Avô/avô () Tio/tia () Primo/prima () Babá () Vizinho(a) () Outro:
☒	(36) Grau de instrução da pessoa que cuida da criança*:
	☐ Nenhum ☐ Alfabetizada ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Outros/Especifique:
☒	(37) A família encontra alguma dificuldade para educar a criança?* ☐ Não
	☐ Sim/Especifique:
☒	(38 PIM/40 PCF) A família brinca com a criança (Qual tempo dedicado)?*
	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não brinca/Não dedica
☒	(39 PIM/41 PCF) A família conversa com a criança?*
☒	☐ Várias vezes ao dia ☐ Uma vez ao dia ou mais ☐ Não conversa ☐ () Frequentemente () Raramente () Nunca conversa
☒	(40 PIM/43 PCF) A família mostra livros e/ou figuras para a criança?*
	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não mostra livros ou figuras
☒	(42) A criança tem livros infantis disponíveis em casa? () Sim () Não
☒	(41 PIM/44 PCF) A família conta histórias para a criança?*
	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não conta histórias
☒	(42 PIM/46 PCF) A família leva a criança para passear?*
	☐ Uma vez por semana ☐ Uma vez por mês ou mais ☐ Não leva para passear ☒ Todos os dias
☒	(43 PIM/45 PCF) A família ensina canções e/ou canta com a criança?*
	☐ Todos os dias ☐ Uma vez por semana ou mais ☐ Não ensina canções e não canta
☒	(44 PIM/47 PCF) Como a família demonstra afeto?*
	☐ Com palavras e gestos de carinho ☐ Presenteando frequentemente ☐ Realizando atividades conjuntas de acordo com a idade de cada um ☐ Conversando sobre interesses e necessidades de cada um ☐ Satisfazendo as necessidades materiais da família ☐ Outras formas/Especifique: ☒ Brincando juntos

 	(45 PIM/48 PCF) Como a família lida com as condutas negativas (maus comportamentos) da criança? ☐ Achando graça ☐ Com ameaças ☐ Com agressões verbais ☐ Com castigos corporais ☐ Com conselhos ☐ Com indiferença ☐ Suspendendo atividades que a criança mais aprecia (gosta) ☐ Outras formas/Especifique:	
	(52 PIM) Outras observações sobre a criança:	
ROTINA DIÁRIA		
 	(46) Rotina de alimentação pela manhã*: _____ h (47) Rotina de alimentação pela tarde*: _____ h (48) Rotina de alimentação pela noite*: _____ h	
	(49) Rotina de sono pela manhã*: _____ h (50) Rotina de sono pela tarde*: _____ h (51) Rotina de sono pela noite*: _____ h	
INATIVAÇÃO DA CRIANÇA		
	Data:	Motivo: ☐ Ingresso em creche ou escola ☐ Falecimento ☐ Idade limite ☐ Saída do Programa Justificativa: