ANEXO

FORMULÁRIO DE REGISTRO
ATENDIMENTO DA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE

Nome:_____ Idade: _____ Peso: _____ kg Temperatura: _____ °C Data: ____

PERGUNTAR: Quais os problemas da criança? _____ Primeira Consulta? _____ Consulta de retorno? _____

AVALIAR (traçar um círculo ao redor de todos os sinais presentes) CLASSIFICAR

VERIFICAR SE HÁ POSSIBILIDADES DE INFECÇÃO BACTERIANA — Sim __ Não__

- A criança teve convulsões?
- A criança não consegue alimentar-se?
- A criança vomita tudo que ingere?
- Contar o número de respirações em um minuto. ____ respirações por minuto. Repetir se elevado ____ Respiração elevada?
- Observar se há tiragem subcostal grave.
- Observar se há batimentos das asas do nariz.
- Verificar e auscultar se há gemido.
- Verificar e palpar se a fontanela apresenta-se abaulada.
- Observar se há secreção purulenta do ouvido.
- Examinar o umbigo. Apresenta-se eritematoso ou com secreção purulenta? O eritema estende-se à pele?
- Está com febre (temperatura de 37,5°C ou mais quente ao toque) ou a temperatura corpórea está baixa (abaixo de 35,5°C ou fria ao toque)?
- Verificar se há pústulas na pele. As pústulas são muitas ou extensas?
- Verificar se a criança está letárgica ou inconsciente.
- Verificar se a criança apresenta irritabilidade.
- Observar os movimentos da criança. Movimenta-se menos que o normal?
- Apresenta dor à manipulação?

A CRIANÇA ESTÁ COM DIARRÉIA: — Sim __ Não__

- Há quanto tempo? ____ dias.
- Há sangue nas fezes?
- Examinar o estado geral da criança. Está letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?
- Verificar se os olhos estão fundos.
- Sinal da prega: a pele retorna ao estado anterior Muito lentamente (mais de 2 segundos)? Lentamente?

A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO OU DE PESO BAIXO

- Problema para alimentar? Sim ___ Não ___
- A criança está sendo amamentada ao peito? Sim ___ Não ___

Se estiver, quantas vezes em cada 24 horas? ___ vezes.

- Habitualmente a criança recebe algum outro tipo de alimento ou líquido? Sim ___ Não ___

Se recebe, que tipo e com que freqüência?_____

- O que usa para alimentar a criança?_____
- Determinar o peso para a idade. É baixo ___ Não é baixo ___

Se a criança estiver sendo consultada pela 1ª vez no serviço de saúde ou tiver qualquer dificuldade para mamar, se o aleitamento é dado menos de oito vezes em cada 24 horas, se estiver recebendo qualquer outro tipo de alimento ou líquido, ou se seu peso é baixo para a idade e se não apresenta nenhum sinal para ser referida URGENTEMENTE ao hospital:

AVALIAR A AMAMENTAÇÃO AO PEITO:

- A criança mamou ao peito durante a última hora?

Se não mamou ao peito na última hora, pedir à mãe que dê o peito à criança. Observar a amamentação durante 4 minutos.

- A criança consegue boa pega? Para determinar a pega, observar se:
- O queixo está tocando o seio? Sim ___ Não ___
- A boca está bem aberta? Sim ___ Não ___
- Lábio inferior virado para fora? Sim ___ Não ___
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo? Sim ___ Não ___

nenhuma pega/a pega não é boa/boa pega

- Está sugando bem (isto é, sucções lentas e profundas, com pausas ocasionais)?

não está sugando nada/não está sugando bem/está sugando bem

- Verificar se há ulcerações ou placas brancas na boca (moniliase oral).

VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE

Traçar um círculo em torno das vacinas a serem dadas hoje.

BCG-ID VcHB-1 VcHB-2

Retornar para a próxima vacinação: _____ (Data)

AVALIAR OUTROS PROBLEMAS E DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

TRATAR

Retornar para reavaliação e acompanhamento em:_____

Administrar todas as vacinas previstas para hoje, segundo o “Cronograma de Vacinação”_____

EQUIPE TÉCNICA

EQUIPE DE COORDENAÇÃO DA 1ª EDIÇÃO

Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora da Adaptação – Área da Saúde da Criança/MS
Ana Goretti Kalume Marnhão – Coordenadora da Área da Saúde da Criança/MS
Anna Cirela Viladot – OPAS/OMS
Astrid Permin – OPAS/OMS
Marinice Coutinho Midlej Joaquim – Área da Saúde da Criança/MS
Zuleika Portela Albuquerque – OPAS/OMS

CONSULTORES DO MS

Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA/PA
Antônio Ledo Alves da Cunha – UFRJ/RJ
Dioclésio Campos Júnior – UnB/DF
Eduardo Jorge Fonseca Lima – IMIP/PE
Francisco Oscar de Siqueira França – HC/USP/SP
Giuseppe Sperotto – UNICAMP/SP
Hugo Ribeiro Júnior – UFBA/FAMED/BA
Ruben Schindler Maggi – IMIP/PE
Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi – IC/HC/FMUSP/SP
FNS/CENEPI – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (Programa de Controle da Tuberculose), Dermatose Sanitária, Coordenação de Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores (GT-Malária)

EQUIPE DA 2ª REVISÃO

Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Coordenadora da Revisão – Área da Saúde da Criança/MS
Amira Consuelo de Melo Figueiras – SESPA/UFPA/PA
Coordenação-Geral de Nutrição e Alimentação/MS
Eduardo Jorge Fonseca Lima – IMIP/PE
Márcia V. Leite Nascimento – CGPNI/CENEPI/FUNASA/MS
Marcos Antôno Monteiro Guimarães – Coordenação Ténica da Malária/FUNASA/MS
Maria Rosário Ribeiro Barretto – SES/BA
Maria Suely Fernandes – SESMA/UEPA/PA
Ney Barreto – Área da Saúde da Criança/MS
Rosania de Lourdes Araújo – SES/DF
Ruben Schindler Maggi – IMIP/PE
Sônia Maria Salviano Alencar – SES/DF
Verônica Said de Castro – SES/CE
Zuleica Portela Albuquerque – OPAS/OMS

Capa: Dino (Vinícius Ferreira Araújo) – Projeto Promoção da Saúde/SPS
Projeto visual: Roberto Vieira – Editora MS

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Revisão, Normalização, Editoração, Impressão, Acabamento e Expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, outubro de 2002
OS 720/2002