

**ANEXO nº 01 - Primeira Semana Saúde Integral**

**QUESTIONÁRIO**

 Prefeitura Municipal de Campinas	<b>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>	 Secretaria Municipal de Saúde
--	---	---

PRIMEIRA SEMANA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO
--

IDENTIFICAÇÃO	
NOME DA MÃE	Nº FF
ESTADO CIVIL	IDADE
( ) Casada ( ) Solteira ( ) União Estável ( ) Outro _____	
NOME DO RECÉM-NASCIDO	DATA NASCIMENTO
LOCAL NASCIMENTO (MUNICÍPIO)	PESO

ENDEREÇO		
RUA	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE(S)

SAÚDE DA MÃE	
HOSPITAL DO PARTO	
FEZ PRÉ-NATAL?	SE SIM, QUAL UNIDADE DE SAÚDE?
( ) Sim ( ) Não	
TIPO DE PARTO	INTERCORRÊNCIAS NO PARTO
( ) Parto Normal ( ) Cesária	
SAÚDE DA MÃE (ANOTAR DESCRIÇÃO FEITA PELA MÃE)	

SAÚDE DO RECÉM NASCIDO		
INTERCORRÊNCIAS AO NASCIMENTO		
EXAMES		VACINAS
<input type="checkbox"/> Teste do Pézinho <input type="checkbox"/> Teste da Orelhinha <input type="checkbox"/> Reflexo do Olho Vermelho <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> BGC <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Outras: _____
PASSOU EM CONSULTA COM PEDIATRA?		SE NÃO, JÁ TEM CONSULTA AGENDADA?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data: ____ / ____ / ____
DIFICULDADES PARA AMAMENTAR?	PEGA ESTÁ CORRETA?	HÁ MACHUCADOS NAS MAMAS?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A CRIANÇA JÁ BEBEU OUTRO TIPO DE LÍQUIDO?	SE SIM, QUAL?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
SE LEITE MATERNO COMPLEMENTADO:		
<input type="checkbox"/> Leite em pó <input type="checkbox"/> Leite Caixinha <input type="checkbox"/> Leite Saquinho <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Diluído		
BANHO DE SOL?	EM QUE AMBIENTE?	EM QUE HORÁRIO?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
ICTERÍCIA (CRIANÇA AMARELA)?	DIURESE?	EVACUAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
VESTUÁRIO ADEQUADO?	HIGIENE DO RN EM BOAS CONDIÇÕES	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
ORIENTAR A NÃO NECESSIDADE DO USO DE PERFUMES, TALCO, SABÃO EM PÓ E AMACIANTE		

QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA		
[    ] Adultos	[    ] Crianças (incluindo o RN)	[    ] Total
DOENTES NA CASA?	NOME	DOENÇA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
FAZ ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE?	VACINAS ESTÃO EM DIA?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
HIGIENE DA CASA (Observar mofo, poeira acumulada, pessoas fumantes, uso de inseticida)		
<input type="checkbox"/> BOA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> RUIM
OBSERVAÇÕES:		

NOME DO VISITADOR	UNIDADE SAÚDE	DATA
		____ / ____ / ____