

FICHA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO E À PUÉRPERA

Preferencialmente até 15º dia de vida do RN

DADOS IDENTIFICAÇÃO

RN: _____ IDADE: _____
 PESO AO NASCER: _____ (g) IG: _____ APGAR 5º min: _____ SEXO: () MASC () FEM
 REGISTRO DE NASCIMENTO () Sim () Não
 CADERNETA DA CRIANÇA: () Sim () Não
 VACINA: HEP-B () Sim () Não BCG: () Sim () Não
 TESTE DO PEZINHO () Solicitado () Realizado
 TESTE DA ORELHINHA () Solicitado () Realizado
 TESTE DO CORAÇÃOZINHO () Solicitado () Realizado
 TESTE DO OLHINHO () Solicitado () Realizado

EXAME FÍSICO- RN

1. Choro: () Forte () Fraco () Persistente () Ausente
2. Atividade: () Calmo () Agitado () Deprimido
3. Tônus Muscular: () Ativo () Hipoativo () Hipertônico () Tremores () Convulsões
4. Fontanela anterior: () Normotensa () Abaulada () Deprimida
5. Reflexos presentes: () Moro () Preensão Palmar () Preensão Plantar () Babinski
() Marcha () Sucção/deglutição
6. FR: _____ inc/min () Eupnéico () Dispneico () Taquipneico () Respiração superficial
7. Ausculta Respiratória: () Normal () Alterada
Tipo de sons auscultados: _____
8. Frequência Cardíaca: () Normal () Alterada FC: _____ bpm
9. Ausculta Cardíaca: () Normal () Alterada Tipo de sons auscultados _____
10. TAX: _____ °C História de Febre () Sim () Não
11. **Coloração da Pele:** () Normocorada () Hipocorada () Cianótica () **Ictérica** () Hiperemiada
12. Turgor da Pele: () Hidratada () Desidratada
13. Sucção: () Boa () Débil () Ausente
14. **Aleitamento Materno:** () Exclusivo () Misto () Artificial
 Ingurgitamento Mamário: () Sim () Não
 Posição Correta: () Sim () Não
 Fissura Mamária: () Sim () Não
15. Abdomen: () Distendido () Tenso () Flácido
16. Presença de **Coto umbilical:** () íntegro () mumificado () hiperemiado () presença de secreção
17. **Diurese:** () Normal () Anúria () Poliúria () Oligúria () Hematúria
18. **Fezes:** () Presentes () Ausentes –verificar alteração anal Consistência: _____ Aspecto: _____
19. **Genitália:**
 Feminina: a) Secreção Vaginal () Sim () Não
 b) Sangramento () Sim () Não
 Masculino: () Hipospádia () Epispádia () Criptoquidia () Hidrocele
 Intersexo: () Sim () Não
20. Fratura: () Sim () Não Se Sim. Localização: _____
21. Sindrômico: () Sim () Não
22. Higiene Corporal: () Satisfatória () Regular () Precária

AValiação PUÉRPERA

Nome: _____

1. Tipo de parto: () Normal () Cesárea
2. Lóquios Presente: () Sim () Não Características: _____
3. Ferida Cirúrgica: () Sim () Não
4. Episiotomia: () Sim () Não
5. Febre: () Sim () Não
6. Diurese: () Normal () Alterada _____
7. Evacuação : () Normal () Alterada _____
8. Vômito: () Sim () Não
9. Dor: () Sim () Não Se Sim. Localização: _____
10. SSVV: P.A. _____ TAX: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500g);
- Idade materna menor ou igual a 18 anos;
- RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo);
- Prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas);
- Asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida);
- Crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
- História de morte de crianças menores de 5 anos na família;
- Criança de 0 a 10 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, risco nutricional e/ou doenças (Asma, Cardiopatias, Diabetes Mellitus, TEA, síndrome de down e outras)
- Criança acometida por doença de transmissão vertical (HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, Toxoplasmose e HTLV)

CALENDÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA:

1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês, 24º mês; anualmente de 2 a 10 próximo a data de nascimento.

Para criança com fator de risco- encaminhar ao pediatra para acompanhamento compartilhado com a ESF.

OBSERVAÇÕES:

Transmissão Vertical:

() HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Toxoplasmose () HTLV

Agendamento para atendimento de puericultura: _____

Unidade Básica de Saúde: _____ Equipe nº _____

Responsável pelo Preenchimento: _____ Data: ____/____/____