

## FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

\* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

□ = Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 21/08/2024 1/2

<b>Nº da Família:</b>	<b>Nº da Criança:</b>
<b>Município:</b>	Data: ___/___/_____
IDENTIFICAÇÃO	
1. Qual o nome completo da criança*?	
2. Qual o número do CPF da criança?	
3. Qual a nacionalidade da criança?* ○ Brasileiro (a) ○ Outro. Qual? _____	
4. Qual o nº de Identificação Social - NIS?	
5. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)?	
6. Qual o dia e horário do atendimento* ○ Segunda ○ Terça ○ Quarta ○ Quinta ○ Sexta ○ Sábado Hora do atendimento*: ___:___	
7. Qual a data de nascimento?* ___/___/___	8. Qual a idade?*
9. Qual o sexo?* ○ Masculino ○ Feminino	
10. Qual a raça/cor?* ○ Branca ○ Preta ○ Parda ○ Amarela ○ Indígena	
11. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)*? ○ Sim ○ Não	
12. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?* ○ Sim ○ Não	
13. Qual a filiação, conforme RCN? Nome completo: _____ ○Mãe ○Pai Nome completo: _____ ○Mãe ○Pai	
14. 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	
15. Até que idade a criança se alimentou de leite materno*? ○ 01 mês ○ 02 meses ○ 03 meses ○ 04 meses ○ 05 meses ○ 06 meses ○ Mais de 06 meses ○ Nunca mamou ○ Ainda está sendo amamentada	
16. A criança recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)*? ○ Sim ○ Não	

**DADOS DO(A) CUIDADOR( A)**

17. Qual o nome completo? \*

18. Possui nome social?\*  Sim. Qual? \_\_\_\_\_  Não

19. Qual a função parental em relação à criança atendida?\*

 Mãe Pai Padrasto Madrasta Avó/avô Irmão/irmã Tio/tia Integrante de família acolhedora Primo/prima Profissional de Serviço de acolhimento Vizinho/vizinha Babá Outro. Qual? \_\_\_\_\_20. Qual o sexo?\*  feminino  masculino21. Deseja informar orientação sexual?\*  Sim  Não

Se sim, qual?

 Heterossexual Homossexual Gay/Lésbica Bissexual Outra. Qual? \_\_\_\_\_22. Deseja informar identidade de gênero?\*  Sim  Não

Se sim, qual?

 Mulher cisgênero Homem cisgênero Mulher transexual Homem transexual Travesti Outra. Qual? \_\_\_\_\_

23. Grau de instrução do cuidador?\*

 Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) Analfabeto(a) Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo

24. Estuda atualmente?\*

 Sim. Onde? \_\_\_\_\_  Não

25. Trabalha atualmente?\*

 Sim. Onde? Não

26. Qual a Profissão/ocupação?\*

Qual a carga horária semanal?\*

27. Qual o número do CPF?

28. Tem alguma deficiência?\*  Sim  Não

Se sim, qual?

 Auditiva Visual Intelectual/cognitiva Física Outra. Qual? \_\_\_\_\_

29. Caso o cuidador não seja a mãe, qual o grau de instrução da mãe da criança?

 Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) Analfabeto(a) Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Não sabe informar

**DADOS DE SAÚDE (questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta da Criança)**

30. A criança possui Caderneta da Criança do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?\*

Sim - Caderneta da Criança  Sim - Outro documento  Só o cartão de vacinas  Não

31. Qual o tipo de parto?  Vaginal  Fórceps  Cesárea

32. Qual a idade gestacional? \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ dias Nascimento prematuro?\*  Sim  Não

33. Apgar no 5º minuto?\*

zero  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Não informado

34. A criança realizou os seguintes triagens?\*

Pezinho  Sim  Não  Agendado

Olhinho:  Sim  Não  Agendado

Coraçãozinho:  Sim  Não  Agendado

Orelhinha:  Sim  Não  Agendado

Linguinha:  Sim  Não  Agendado

35. Há registro de peso da criança na Caderneta da Criança?\*

Sim  Não  Não tem informação sobre o peso

36. Há registro de comprimento/altura da criança na Caderneta da Criança?\*

Sim  Não  Não tem informação sobre a altura

37. O calendário de vacinação da criança está atualizado?\*  Sim  Não  Não tem registro

**Questões 38 até 39 exigem comprovação por laudo médico**

38. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?\*

Não

Sim, auditiva

Sim, física

Sim, intelectual/cognitiva

Sim, visual

Sim, múltipla

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

39. O diagnóstico foi confirmado posterior a captação do PIM?\*  Sim  Não

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL**

40. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde diagnosticado?\*  Sim  Não

Se sim, qual(is)?

Doença falciforme

Anemia

Asma

Intolerância ao glúten

Hipertensão

Doença de refluxo gastroesofágico

Doenças cardiovasculares

Exposição ao HIV

Exposição a outras DST/IST

Sífilis Congênita

Epilepsia/convulsão

Fissura labiopalatina

Respirador bucal

Hiperatividade/Déficit de atenção

- Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)
- Diabetes
- Intolerância à lactose
- Outro(s): \_\_\_\_\_

41. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?\*

- Não está sendo acompanhada (pule para a pergunta 43)
- Cardiologia
- Endocrinologia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Neuropediatria
- Oftalmologia
- Psicologia
- Gastroenterologia
- Infectologia
- Odontologia
- Psicopedagogia
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Equoterapia
- Outra(s): \_\_\_\_\_

42. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada?\*

- Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)
- Serviço de Atendimento Especializado em IST/AIDS
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro Especializado em Reabilitação (CER)
- APAE
- Fundação/Associação/Instituto
- Clínica ou consultório privado
- Ambulatório de especialidades em hospital
- Outro(s): \_\_\_\_\_

43. Observações sobre a saúde da criança:

#### INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO, RELACIONAMENTO E HÁBITOS

44. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?\*

- Sim. Ano de entrada: \_\_\_\_\_
- Não

45. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?\*

- Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Não

46. Com quem a criança brinca com mais frequência?\*

- Com adulto(s)
- Com criança(s)
- Sozinha

47. Qual o local onde a criança brinca?\*

- Em casa
- Na casa do(s) vizinho(s)

<input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> No parque/prça <input type="checkbox"/> Outro(s). Onde? _____
48. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet?*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não. Pule para a pergunta 50
49. Quanto tempo? <input type="radio"/> Até 02 horas diárias <input type="radio"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="radio"/> Mais de 4 horas diárias
50. A criança assiste televisão em sua rotina diária? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
51. Quanto tempo? <input type="radio"/> Até 02 horas diárias <input type="radio"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="radio"/> Mais de 4 horas diárias
52. Quantas horas de sono a criança tem por dia?*
<input type="radio"/> Até 10 horas diárias <input type="radio"/> Entre 10 e 11 horas diárias <input type="radio"/> Entre 12 e 15 horas diárias <input type="radio"/> Entre 15 e 16 horas diárias
<b>CONVIVÊNCIA FAMILIAR</b>
53. A criança vive com quem?*
<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Avó/avô <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Com família acolhedora <input type="checkbox"/> Primo/prima <input type="checkbox"/> Em serviço de acolhimento <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual _____
54. Qual o tempo a família dedica para brincar com a criança?*
<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não brinca/Não dedica
55. A família conversa com a criança?*
<input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca conversa
56. A criança tem livros infantis disponíveis em casa? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
57. A família mostra livros e/ou figuras para a criança?*
<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não mostra livros ou figuras
58. A família conta histórias para a criança? <input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não conta histórias
59. A família leva a criança para passear?*
<input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana <input type="radio"/> Uma vez por mês <input type="radio"/> Não leva para passear

<p>60. A família ensina canções e/ou canta com a criança?*</p> <p><input type="radio"/> Todos os dias</p> <p><input type="radio"/> Uma vez por semana</p> <p><input type="radio"/> Não ensina canções/não canta</p>	
<p>61. Como a família demonstra afeto?*</p> <p><input type="checkbox"/> Com palavras e gestos de carinho</p> <p><input type="checkbox"/> Presenteando frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Realizando atividades conjuntas</p> <p><input type="checkbox"/> Conversando sobre interesses e necessidades de cada um</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfazendo as necessidades materiais da família</p> <p><input type="checkbox"/> Brincando juntos</p> <p><input type="checkbox"/> Outras formas/Especifique:</p>	
<p>62. Como a família lida com maus comportamentos da criança?*</p> <p><input type="checkbox"/> Achando graça</p> <p><input type="checkbox"/> Com ameaças</p> <p><input type="checkbox"/> Com agressões verbais</p> <p><input type="checkbox"/> Com castigos corporais</p> <p><input type="checkbox"/> Suspende atividades que a criança mais aprecia (gosta)</p> <p><input type="checkbox"/> Com conselhos/conversa</p> <p><input type="checkbox"/> Com indiferença</p> <p><input type="checkbox"/> Outras formas/Especifique:</p>	
<p>63. Qual a forma de captação da criança ao PIM?*</p> <p><input type="radio"/> Mãe era acompanhada pelo PIM na gestação</p> <p><input type="radio"/> No domicílio, pelo visitador/supervisor</p> <p><input type="radio"/> Em atividades comunitárias</p> <p><input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Assistência Social</p> <p><input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação</p> <p><input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Saúde</p> <p><input type="radio"/> Através de conhecidos/vizinhos</p> <p><input type="radio"/> Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário</p> <p><input type="radio"/> Estabelecimento prisional</p> <p><input type="radio"/> Outra. Qual? _____</p>	
<p>64. Outras observações sobre a criança:</p>	
INATIVAÇÃO DA CRIANÇA	
<p>Data: __ __/__ __/__ __ __</p>	<p>Motivo:</p> <p><input type="radio"/> Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos</p> <p><input type="radio"/> Mudança de endereço da criança para o mesmo município</p> <p><input type="radio"/> Mudança de endereço da criança para outro município</p> <p><input type="radio"/> Ingresso da criança na educação infantil</p> <p><input type="radio"/> Ingresso do cuidador no mercado de trabalho</p> <p><input type="radio"/> Óbito da criança</p> <p><input type="radio"/> Criança ter completado 03 anos e o município priorizar a faixa etária 0-3 anos</p> <p><input type="radio"/> Outro. Qual? _____</p>