

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)
Faixa 10 - INDICADORES DE 5 A 6 ANOS

Legenda: * = Campo de informação obrigatória | 0 = Campo de seleção única | = Campo de múltipla seleção

PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:		
MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL				
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL				
Nome da criança:		Data:		
Nome do(a) visitador(a):		Monitor(a)/supervisor(a) responsável:		
Faixa 10 - INDICADORES DE 5 A 6 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Tem independência na sua rotina, como tomar banho, vestir-se e comer				Socioafetiva
2. Compreende o que pode ou não fazer				Socioafetiva
3. Mostra disposição para ajudar nas tarefas domésticas				Socioafetiva
4. Colore bem, cuidando para não sair dos contornos e recorta com precisão				Motora
5. Expressa-se livremente por meio do desenho				Motora
6. Corre, salta e sobe com coordenação				Motora
7. Gosta que lhe apresentem desafios ou atividades que a façam pensar				Cognitiva
8. Expressa verbalmente o que pensa, no passado, presente e futuro				Comunicação e linguagem
9. Faz muitas perguntas				Cognitiva
10. Expressa desejo de ir à escola para aprender a ler e escrever				Socioafetiva
ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA				
1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Observe na caderneta da criança:				
2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal Peso:				
3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal Altura:				
4. O calendário de vacinação está em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
5. A criança está sendo alimentada com leite materno:*				
<input type="radio"/> Exclusivamente <input type="radio"/> Complementarmente <input type="radio"/> Predominantemente <input type="radio"/> Não está sendo amamentada				
As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico				
6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção				
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão <input type="checkbox"/> Respiração bucal				
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Sífilis congênita				

<input type="checkbox"/> Exposição ao HIV	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten
<input type="checkbox"/> Outras DST / IST	<input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:
Possui acesso a tratamento/acompanhamento?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Utiliza medicação?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Observações:		
7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Em caso positivo, identificá-la(s):		
<input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Intelectual/Cognitiva <input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> Múltipla		
Em caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Observações:		
8. A criança possui algum destes diagnósticos?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Em caso positivo, identificá-lo (s):		
<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Síndrome Alcoólica Fetal	<input type="checkbox"/>
Transtorno Desintegrativo da Infância	<input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil	<input type="checkbox"/> Síndrome de
<input type="checkbox"/> Síndrome de LenoxGastaut	<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett	<input type="checkbox"/> Síndrome de
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Transtorno de
Asperger	<input type="checkbox"/> Síndrome de West	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> Síndrome de West	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:	<input type="checkbox"/> Transtornos Globais de Desenvolvimento/Especifique:	
Possui acesso a tratamento/acompanhamento?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Observações:		
9. A criança é beneficiária de BPC (Benefício de Prestação Continuada)?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA		
10. Assinale as alternativas a seguir, conforme os aspectos observados sobre a atuação da família, durante a estimulação à criança:*		
Legenda: 0 Ausente 1 Raramente 2 Presente/Claramente		
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Olha para a criança (olho no olho)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue ir além das orientações do visitador	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Demonstra carinho e agrada a criança	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Acompanha e considera aos interesses da criança	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Escuta e responde às solicitações da criança	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Respeita o ritmo/tempo da criança	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Participa e interage às brincadeiras	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Conversa/narra/descreve a atividade realizada com a criança	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Questiona a criança durante as brincadeiras	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Identifica avanços e/ou fragilidades no desenvolvimento da criança	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue estabelecer regras de convivência	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Sugere/apoia/demonstra entusiasmo durante atividades	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Estimula iniciativas da criança		
11. A família é beneficiada por programas de transferência de renda?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Identifique o programa: <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Outros / Especifique:		
12. A criança frequenta creche ou pré-escola?*	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
13. A criança necessitou de encaminhamentos para rede de serviços neste período?*	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim/Quais?

- Saúde - Especifique/resultado:
- Educação - Especifique/resultado:
- Assistência Social - Especifique/resultado:
- Outros - Especifique: