

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)
Faixa 3 - INDICADORES DE 6 A 9 MESES

Legenda: * = Campo de informação obrigatória | O = 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 responsável:		
Faixa 3 - INDICADORES DE 6 A 9 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Começa a arrastar-se e/ou engatinhar				Motora
2. Senta sozinha e conserva o equilíbrio				Motora
3. Agarra pequenos objetos com dois dedos				Motora
4. Coloca e tira objetos de diferentes tamanhos em uma caixa ou recipiente de boca larga				Cognitiva
5. Procura objetos que lhe chamam a atenção quando alguém os esconde propositalmente				Cognitiva
6. Brinca de atirar e buscar objetos				Cognitiva
7. Emite sons e imita outros que ouve				Comunicação e linguagem
8. Presta atenção quando ouve seu nome				Socioafetiva
9. Segura e transfere objetos de uma mão para outra				Motora
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?* Sim Não
Utiliza medicação?* Sim Não
Observações:

7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?* Sim Não
Em caso positivo, identificá-la(s):
 Auditiva Física Intelectual/Cognitiva Visual Múltipla
Em caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?* Sim Não
Observações:

8. A criança possui algum destes diagnósticos?* Sim Não
Em caso positivo, identificá-lo (s):
 Hidrocefalia Síndrome Alcoólica Fetal
Transtorno Desintegrativo da Infância Síndrome do X Frágil Síndrome de
Rett Microcefalia Transtorno de
Asperger Paralisia Cerebral Síndrome de Down Autismo
 Síndrome de West Transtornos Globais de
 Outros/Especifique:
Desenvolvimento/Especifique:

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?* Sim Não
Observações:

9. A criança é beneficiária de BPC (Benefício de Prestação Continuada)?* Sim 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?* Sim Não

Identifique o programa: Bolsa Família Outros / Especifique:

12. A criança frequenta creche ou pré-escola?* Sim Não

13. A criança necessitou de encaminhamentos para rede de serviços neste período?* Não Sim/Quais?

Saúde - Especifique/resultado:

Educação - Especifique/resultado:

Assistência Social - Especifique/resultado:

Outros - Especifique: