

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII) Faixa 4 - INDICADORES DE 9 A 12 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(a) responsável:					
Faixa 4 - INDICADORES DE 9 A 12 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão			
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer				
1. Dá pequenos passos com apoio				Motora			
2. Manuseia, atira e pega brinquedos				Motora			
3. Pode fazer coisas simples, como ninar uma boneca				Socioafetiva			
4. Tampa e destampa caixas redondas				Cognitiva			
5. Cumpre pequenas ordens, como “pega o brinquedo” ou “me dá”				Cognitiva			
6. Emprega pelo menos uma palavra com sentido				Comunicação e linguagem			
7. Faz gestos com a mão e a cabeça (não, tchau, bate palmas)				Socioafetiva			
ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA							
<p>1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Observe na caderneta da criança:</p> <p>2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal Peso:</p> <p>3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal Altura:</p> <p>4. O calendário de vacinação está em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>5. A criança está sendo alimentada com leite materno:*</p> <p><input type="radio"/> Exclusivamente <input type="radio"/> Complementarmente <input type="radio"/> Predominantemente <input type="radio"/> Não está sendo amamentada</p>							
As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico							
<p>6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Outras DST / IST <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Intolerância a proteína do leite <input type="checkbox"/> Anemia </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção <input type="checkbox"/> Respiração bucal <input type="checkbox"/> Sífilis congênita <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Outros/Especifique: </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Outras DST / IST <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Intolerância a proteína do leite <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção <input type="checkbox"/> Respiração bucal <input type="checkbox"/> Sífilis congênita <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:
<input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Outras DST / IST <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Intolerância a proteína do leite <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção <input type="checkbox"/> Respiração bucal <input type="checkbox"/> Sífilis congênita <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Hipertensão <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 Outros/Especifique: Transtornos Globais de 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

- 0 1 2 Olha para a criança (olho no olho) 0 1 2 Consegue ir além das orientações do visitador
 0 1 2 Demonstra carinho e agrada a criança 0 1 2 Acompanha e considera aos interesses da criança
 0 1 2 Escuta e responde às solicitações da criança 0 1 2 Respeita o ritmo/tempo da criança
 0 1 2 Participa e interage às brincadeiras 0 1 2 Conversa/narra/descreve a atividade realizada com a criança
 0 1 2 Questiona a criança durante as brincadeiras 0 1 2 Identifica avanços e/ou fragilidades no desenvolvimento da criança
 0 1 2 Consegue estabelecer regras de convivência 0 1 2 Sugere/apoia/demonstra entusiasmo durante atividades
 0 1 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: