

**MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL**  
**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)**  
**Faixa 5 - INDICADORES DE 12 A 18 MESES**

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

PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:		
<b>MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL</b>				
<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>				
Nome da criança:		Data:		
Nome do(a) visitador(a):		Monitor(a)/supervisor(a) responsável:		
Faixa 5 - INDICADORES DE 12 A 18 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Caminha com equilíbrio				Motora
2. Chuta uma bola				Motora
3. Tampa e destampa caixas				Cognitiva
4. Combina pelo menos duas palavras				Comunicação e linguagem
5. Bebe segurando o copo com a própria mão				Motora
6. Monta uma torre com dois elementos				Cognitiva
<b>ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA</b>				
<p>1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p><b>Observe na caderneta da criança:</b></p> <p>2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal      <b>Peso:</b></p> <p>3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal      <b>Altura:</b></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>				
<b>As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico</b>				
<p>6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Doença falciforme      <input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico      <input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção</p> <p><input type="checkbox"/> Asma      <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão      <input type="checkbox"/> Respiração bucal</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes      <input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina      <input type="checkbox"/> Sífilis congênita</p> <p><input type="checkbox"/> Exposição ao HIV      <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose      <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten</p> <p><input type="checkbox"/> Outras DST / IST      <input type="checkbox"/> Intolerância a proteína do leite      <input type="checkbox"/> Hipertensão</p> <p><input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares    <input type="checkbox"/> Anemia      <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</p>				

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 de LenoxGastaut

Síndrome do X Frágil  Síndrome de

Rett

Paralisia Cerebral

Microcefalia  Transtorno de

Asperger

Síndrome de West

Síndrome de Down  Autismo

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 visitante

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: