

**MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL**  
**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)**  
**Faixa 6 - INDICADORES DE 18 A 24 MESES**

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

<b>PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR</b>		<b>Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:</b>		
<b>MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL</b>				
<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>				
Nome da criança:		Data:		
Nome do(a) visitador(a):		GTM ou Monitor(a)/supervisor(a) responsável:		
<b>Faixa 6 - INDICADORES DE 18 A 24 MESES</b>	<b>Avaliação ao final da faixa etária</b>			<b>Dimensão</b>
	<b>Consegue fazer sozinho</b>	<b>Consegue fazer com ajuda</b>	<b>Ainda não consegue fazer</b>	
1. Sobe e desce degraus baixos				Motora
2. Monta uma torre com no mínimo três elementos				Cognitiva
3. Tampa e destampa frascos com rosca				Cognitiva
4. Fala frases com três palavras				Comunicação e linguagem
5. Nomeia alguns objetos cotidianos				Comunicação e linguagem
6. Começa a utilizar pronomes (ex.: meu, teu)				Comunicação e linguagem
7. Segura um brinquedo enquanto caminha				Motora
8. Come segurando o talher com a própria mão				Socioafetiva
9. Cumpre simultaneamente até três ordens simples				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"/> Decendente    <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>				

<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"/>
<input type="checkbox"/> Transtorno Desintegrativo da Infância	<input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil	<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett
<input type="checkbox"/> Síndrome de LenoxGastaut	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Transtorno de Asperger
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Síndrome de West	<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		
<b>ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA</b>		
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 visitante	
<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?		
<input type="checkbox"/> Saúde - Especifique/resultado:		

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