

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)
Faixa 7 - INDICADORES DE 2 A 3 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 7 - INDICADORES DE 2 A 3 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Compreende grande parte do que escuta				Comunicação e linguagem
2. Fala frases com quatro ou mais palavras				Comunicação e linguagem
3. Imita atitudes simples dos adultos				Socioafetiva
4. Corre com segurança				Motora
5. Pula com os dois pés juntos ou fica num pé só				Motora
6. Seleciona objetos semelhantes por cor e forma				Cognitiva
7. Constrói torres ou pontes com mais de três elementos				Cognitiva
8. Faz rabiscos e riscos no papel				Motora
9. Sustenta copo e colher com firmeza				Motora
10. Avisa a necessidade de fazer xixi e cocô				Socioafetiva
11. Despede-se quando sai de um lugar				Socioafetiva
12. Aceita relacionar-se com outras pessoas, mesmo que desconhecidas				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: