



✓ **Acolhimento**

Proporcionar a interação da família, ouvir as queixas principais, dúvidas, bem como sabedoria popular.

✓ **Identificação**

Nome: Sexo: Data de Nascimento: Idade: N° DNV:	Nome da Mãe: Criança acompanhada por:
--	--

✓ **1ª Consulta do Enfermeiro**

• Anamnese	
1) Dados socioeconômicos e culturais	Número de pessoas residentes na casa: Número de cômodos: Número de pessoas que trabalham: Mãe trabalha fora: Sim () Não () Com quem a criança dorme: O quarto da criança recebe sol: Sim () Não () Possui água encanada: Sim () Não () Coleta de lixo: Sim () Não () Esgoto: Fossa séptica () Rudimentar () Religião:
2) Antecedentes	<u>- Familiares</u> Doença hereditária familiar: Pai: Saudável () Sífilis () HIV () Alergias () Doenças mentais () Diabetes () Alcoolismo () Drogas: () Qual: Outros:
	<u>- Maternos</u> Idade materna: Tipo sanguíneo e Fator Rh: Saudável () Sífilis () HIV () Alergias () Doenças mentais () Diabetes () Alcoolismo () Drogas: () Qual: Outros: Uso de medicamentos: Não () Sim (): Qual:
	<u>- História obstétrica</u> Gesta ____ Para ____ Parto: Vaginal ____ Cesáreo ____ Aborto ____ Outro: ____

	Número de filhos vivos: Doenças:
	<u>- História obstétrica atual</u> Gestação planejada: Sim () Não () Número de consultas pré-natal: PNDAR: Não () Sim () Motivo: Complicações na gestação: Tipo de parto: Local do parto: Intercorrências no puerpério:
	<u>- Nascimento do filho atual</u> Idade gestacional: Apgar: 1º: 5º: Peso: Altura: Perímetro cefálico: Perímetro abdominal: Perímetro torácico: Intercorrências neonatais: Não () Sim () Qual:
	<u>- Triagem neonatal:</u> Teste do olhinho: Sim () Não () Teste do coraçãozinho: Sim () Não () Teste do pezinho: Sim () Não () Resultados: Teste da orelhinha: Sim () Não () Reteste () Vacinação no momento da consulta: Em dia () Em atraso ()
3) Amamentação	Pega: Boa pega () Pega insatisfatória () Causa: Tipo: AME () Misto () Fórmula () Transição () Da família ()
4) Eliminações fisiológicas	Urina: frequência, cor, quantidade, cheiro Fezes: frequência, cor, quantidade, cheiro
5) Sono e repouso	Perguntar/observar: rotina, frequência, alterações
6) Cuidados de higiene	Perguntar/observar: banho, troca de fralda, unhas, cabelos, cavidade oral
7) Hábitos	Perguntar/observar: uso de chupetas, mamadeira, crenças populares
8) Interação mãe-bebê	Perguntar/observar: depressão pós-parto, dificuldades
• Exame físico - céfalo-podálico	
1) Inspeção geral	Observações gerais da criança como a presença de mal formações, sinais de angústia respiratória, postura, características do choro e espontaneidade da criança. Estado geral: Bom estado geral () Regular estado geral () Mau estado geral ()

	Nível de consciência: Acordado () Dormindo () Sonolento () Ativo () Hipoativo () Inativo () Choro () Sorridente () Brincando ()
2) Antropometria	Peso: Estatura: IMC: PC: PT:
3) Sinais vitais	FC: FR: Temp. axilar: Saturação de oxigênio:
4) Pele e mucosas	Cor: Corada () Pálida () Cianose () Icterícia () Ressecada () Íntegra () Presença de lesões: Não () Sim () Local: Presença de manchas: Não () Sim () Local: Presença de edema: Não () Sim () Local: Petéquias: Não () Sim () Local: Hematomas: Não () Sim () Local: Hemangioma: Não () Sim () Local: Miliária: Não () Sim () Local: Eritema: Não () Sim () Local:
5) Crânio	Crânio simétrico: Sim () Não () Deformidades: Não () Sim () Local: Fontanela anterior (losango): Plana () Abaulada() Deprimida() Fechada() Posterior (triangular): Plana () Abaulada () Deprimida () Fechada () Presença de cabelos: Sim () Não () Presença de lesões/descamações: Sim () Não ()
6) Orelhas	Orelhas simétricas: Sim () Não () Presença de deformidades: Sim () Não ()
7) Face	Face simétrica: Sim () Não () Face sindrômica: Sim () Não () Presença de malformações ou deformidades: Não () Sim () Local:
8) Olhos	Olhos simétricos: Sim () Não () Estrabismo: Sim () Não () Nistagmo: Sim () Não () Presença de sobrancelhas/cílios: Sim () Não () Movimento palpebral: Sim () Não () Conjuntivite: Sim () Não () Edema: Sim () Não () Teste de reflexo fotomotor: Olho D Sim () Não () / Olho E Sim () Não ()
9) Nariz	Nariz simétrico: Sim () Não () Presença de secreções: Sim () Não () Sangramento nasal: Sim () Não ()
10) Boca	Alterações morfológicas: Não () Sim () Qual:

	Palato íntegro: Sim () Não () Presença de frênulo de lábio superior e de língua: Sim () Não () Presença de úvula: Sim () Não () Monilíase: Sim () Não () Dentes: Sim () Não () Higiene oral adequada: Sim () Não ()
11) Pescoço	Presença de linfonodos palpáveis: Sim () Não () Torcicolo congênito: Sim () Não ()
12) Tórax	Tórax simétrico: Sim () Não () Forma: Arredondada () Elíptica () Em barril () Mamas: Simétricas () Assimétricas () Nódulos () Secreção mamária: Não () Sim () Aspecto: Ausculta pulmonar: Murmúrios vesiculares () Sibilos () Roncos () Estertores ()
13) Coração	Sons cardíacos pediátricos normais: Sim () Não () Sopros cardíacos: Sim () Não ()
14) Abdome	Abdome simétrico: Sim () Não () Forma: Globoso () Plano () Flácido () Pendular () Escavado () Presença de hérnia umbilical: Sim () Não () Presença de hérnia inguinal: Sim () Não () Presença do coto umbilical: Sim () Não () Alterações (onfalite)? Ruídos hidroaéreos: Sim () Não () Palpação: Indolor () Doloroso () Presença de massas/alterações ()
15) Quadril	Manobra de Ortolani: Sim () Não ()
16) Genitália	<u>- Feminina</u> Intróito vaginal visível: Sim () Não () Presença de sinéquia vaginal: Sim () Não () Meato urinário com localização normal: Sim () Não () Presença de secreções: Não () Sim () Aspecto: Presença de lesões: Não () Sim () Presença de sujidade: Não () Sim () Presença de eritema: Sim () Não ()
	<u>- Masculino</u> Testículos na bolsa escrotal: Sim () Não () criptorquidia lateral D () criptorquidia lateral E () criptorquidia bilateral () Presença de hidrocele: Sim () Não () Fimose: Sim () Não () Meato urinário: Normospadia () Hipospádia () Epispádia () Presença de secreções: Não () Sim () Aspecto: Presença de lesões: Não () Sim () Presença de sujidade: Não () Sim () Presença de eritema: Sim () Não ()
17) Ânus e reto	Permeabilidade anal: Sim () Não ()

	Posição do orifício normal: Sim () Não () Presença de fissuras, escoriações: Sim () Não () Presença de eritema/hiperemia: Sim () Não () Sinais de violência: Sim () Não ()
18) Coluna vertebral	Presença de deformidades ou anormalidades: Não () Sim () Qual: Coluna vertebral: Alinhada () Escoliose () Cifose () Lordose ()
19) Membros	<u>- Superiores</u> Musculatura: Eutrófica () Atrófica () Presença de deformidades: Não () Sim () Local: Mobilidade articular: Sim () Não () Polidactilia: Não () Sim () Sindactilia: Não () Sim () <u>- Inferiores</u> Musculatura: Eutrófica () Atrófica () Presença de deformidades: Não () Sim () Local: Mobilidade articular: Sim () Não () Deformidade nos joelhos: Geno valgo () Geno varo () Pé torto congênito () Pé valgo () Pé varo () Metatarso varo () Metatarso valgo () Polidactilia () Sindactilia ()
20) Avaliação neurológica	<u>- Reflexos primitivos</u> Reflexo de sucção: Sim () Não () Extrusão: Sim () Não () Preensão palmo-plantar: Sim () Não () Moro: Sim () Não () Babinski: Sim () Não () Reflexo de engatinhar: Sim () Não () Reflexo de procura: Sim () Não () Reflexo de marcha: Sim () Não () Tônico-cervical: Sim () Não ()

✓ **Consultas subsequentes (de acordo com a idade)**

• Anamnese	
1) Dados socioeconômicos e culturais	Verificar se houve alguma alteração
2) Antecedentes	<u>- Maternos</u> Saudável () Sífilis () HIV () Alergias () Doenças mentais () Diabetes () Alcoolismo () Drogas: () Qual: Outros: Uso de medicamentos: Não () Sim (): Qual:
3) Amamentação	Pega: Boa pega () Pega insatisfatória () Causa: Tipo: AME () Misto () Fórmula () Transição () Da família ()

	Perguntar/observar frequência, tempo, regurgitação, eructação
4) Identificação de desmame	Idade: Motivo: Alimentação complementar (tipo do leite, preparo, quantidade, aceitação da criança, regurgitação, eructação. No caso de outros alimentos: como foi preparado, quantidade, líquidos ingeridos e frequência)
5) Eliminações fisiológicas	Urina: frequência, cor, quantidade, cheiro Fezes: frequência, cor, quantidade, cheiro
6) Sono e repouso	Perguntar/observar: rotina, frequência, alterações
7) Hábitos de higiene	Perguntar/observar: banho, troca de fralda, unhas, cabelos, cavidade oral
8) Hábitos	Perguntar/observar: uso de chupetas, mamadeira, crenças populares
9) Interação mãe-bebê	Perguntar/observar: depressão pós-parto, dificuldades
<p>• Exame físico - Céfalo-podálico</p>	
21) Inspeção geral	Observações gerais da criança, sinais de angústia respiratória, postura, características do choro e espontaneidade da criança. Estado geral: Bom estado geral () Regular estado geral () Mau estado geral () Nível de consciência: Acordado () Dormindo () Sonolento () Ativo () Hipoativo () Inativo () Choro () Sorridente () Brincando ()
22) Antropometria	Peso: Estatura: IMC: PC: PT: PA:
23) Sinais vitais	FC: FR: Temp. axilar: Saturação de oxigênio:
24) Pele e mucosas	Observar cor, presença de manchas, lesões, edema ou alterações
25) Crânio	Observar deformidades, fontanelas anterior (losango, fecha-se do 9º ao 18º mês), posterior (triangular, fecha-se até 2º mês)
26) Orelhas	Observar presença de secreções. Orientar teste da orelhinha
27) Face	Avaliar presença de alterações
28) Olhos	Observar simetria, estrabismo, nistagmo, sobrancelhas, cílios, movimento palpebral, edema, conjuntivites. Realizar teste de reflexo fotomotor
29) Nariz	Observar presença de secreções
30) Boca	Observar mucosas e presença de alterações (monilíase oral)
31) Pescoço	Avaliar a presença de linfonodos
32) Tórax	Observar simetria, forma, presença de mamas, respiração. Realizar ausculta pulmonar
33) Coração	Realizar ausculta cardíaca

34) Abdome	Observar forma, respiração abdominal. Verificar a presença de hérnia umbilical, inguinal, massas abdominais. Realizar ausculta abdominal
35) Quadril	Realizar manobra de Ortolani
36) Genitália	- <u>Feminina</u> Observar aspecto, sinéquia vaginal, presença de secreções, sangramento, cuidados de higiene
	- <u>Masculino</u> Observar aspecto, secreção, sangramento, identificar a presença dos testículos (criptorquidia lateral ou bilateral, ocorre geralmente nos 3 primeiros meses), hidrocele, fimose, cuidados de higiene
37) Ânus e reto	Observar permeabilidade anal, presença de fissuras, eritema, sinais de violência
38) Coluna vertebral	Verificar anormalidades, deformidades
39) Membros	- <u>Superiores</u> Verificar mobilidade das articulações e presença de deformidade
	- <u>Inferiores</u> Verificar mobilidade das articulações e presença de deformidade
40) Avaliação neurológica	- <u>Reflexos primitivos</u> Tônico-cervical (3/4 meses): Sim () Não () Moro (3/4 meses): Sim () Não () Reflexo de sucção (6 meses): Sim () Não () Extrusão (6 meses): Sim () Não () Preensão palmo-plantar (6 meses): Sim () Não () Reflexo de engatinhar (6 meses): Sim () Não () Babinski (1 ano): Sim () Não () Reflexo de procura (1ª infância): Sim () Não () Reflexo de marcha (indefinido): Sim () Não ()
<ul style="list-style-type: none"> • Marcos do desenvolvimento infantil na faixa etária de zero a um ano de idade (preencher na caderneta da criança) 	

Instrumento elaborado por Ingrid Pujol Hanzen no Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC “**DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICA INSTRUMENTAL: construção e validação de um instrumento de consulta de enfermagem à criança**”.
Orientação: profª Dra. Elisangela Argenta Zanatta.