

**ROTEIRO CONSULTA DO ENFERMEIRO**

**Infante** (12 a 36 meses), **Pré-Escolar** (3 a 5 anos), **Escolar (**6 até aproximadamente 12 anos de idade)

* **Acolhimento**

Proporcionar a interação da família (biológica, acolhedora ou acompanhante), ouvir as queixas principais, dúvidas, bem como sabedoria popular.

* **Identificação**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome da Mãe:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Criança acompanhada por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAMNESE** | |
| 1) Se tiver a caderneta de saúde verificar dados | - História obstétrica atual  Gestação planejada: Sim ( ) Não ( )  Número de consultas pré-natal:  PNAR: Não ( ) Sim ( ) Motivo:  Complicações na gestação:  Tipo de parto:  Local do parto:  Intercorrências no puerpério: |
|  | Dados da criança no nascimento:  Idade gestacional:  Apgar: 1”: 5”:  Peso:  Altura:  Perímetro cefálico:  Perímetro abdominal:  Perímetro torácico:  Intercorrências neonatais: Não ( ) Sim ( ) Qual: |
| - Triagem neonatal:  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 ( ) |
| 2) Questionar sobre queixas (atuais e/ou pregressas) |  |
| 3) Alimentação:  - questionar se é a mesma da família  -ingesta de frutas, verduras, legumes | Tipo:  Alergias:  Dificuldades: |
| 4) Ingesta hídrica | Tipo  Quantidade |
| 5)Eliminações fisiológicas | Urina: (frequência, cor, quantidade, cheiro)  Fezes: (frequência, cor, quantidade, cheiro) |
| 6) Sono e repouso | Perguntar sobre a rotina, frequência, alterações: |
| 7) Cuidados de higiene | Perguntar se a criança consegue tomar banho e fazer sua higiene sozinha |
| 8) Hábitos | Perguntar/observar: uso de chupetas, mamadeira |
| **EXAME FÍSICO** | |
| 1. Inspeção geral | Presença de mal formações: ( ) sim ( ) não  Estado geral: Bom estado geral ( ) Regular estado geral ( )  Mau estado geral ( )  Impressões gerais: |
| 1. Antropometria | Peso:  Estatura:  IMC:  PC (até 2 anos):  PT (até 2 anos): |
| 1. Sinais vitais | FC:  FR:  Temp. axilar:  Saturação de oxigênio: |
| 1. 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: |
| 1. Crânio | Crânio simétrico: Sim ( ) Não ( )  Deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local:  Presença de lesões/descamações: Sim ( ) Não ( )  Cabelos (observar higiene) |
| 1. Orelhas | Orelhas simétricas: Sim ( ) Não ( )  Presença de deformidades: Sim ( ) Não ( ) |
| 1. Face | Face simétrica: Sim ( ) Não ( )  Face sindrômica: Sim ( ) Não ( )  Presença de malformações ou deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local: |
| 1. Olhos | Olhos simétricos: Sim ( ) Não ( )  Estrabismo: Sim ( ) Não ( )  Conjuntivite: Sim ( ) Não ( )  Edema: Sim ( ) Não ( )  Teste de reflexo fotomotor: Olho D Sim ( ) Não ( ) / Olho E Sim ( ) Não ( )  Teste de acuidade visual (somente crianças a partir de 5 anos): OD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Nariz | Nariz simétrico: Sim ( ) Não ( )  Presença de secreções: Sim ( ) Não ( )  Sangramento nasal: Sim ( ) Não ( ) |
| 1. 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[[1]](#footnote-1): nº arcada superior .............. nº arcada inferior....................  Higiene oral adequada: Sim ( ) Não ( ) |
| 1. Pescoço | Presença de linfonodos palpáveis: Sim ( ) Não ( ) |
| 1. Tórax | Tórax simétrico: Sim ( ) Não ( )  Mamas: Simétricas ( ) Assimétricas ( ) Nódulos ( )  Ausculta pulmonar: ( ) Murmúrios vesiculares ( ) Sibilos ( )Roncos  ( ) Estertores |
| 1. Coração | Sons cardíacos pediátricos normais: Sim ( ) Não ( )  Sopros cardíacos: Sim ( ) Não ( ) |
| 1. Abdome | Abdome simétrico: Sim ( ) Não ( )  Presença de hérnia umbilical: Sim ( ) Não ( )  Presença de hérnia inguinal: Sim ( ) Não ( )  Ruídos hidroaéreos: Sim ( ) Não ( )  Palpação: Indolor ( ) Doloroso ( ) Presença de massas/alterações ( ) |
| 1. Genitália   OBS: se possível será avaliado | - Feminina  Presença de secreções: Não ( ) Sim ( ) Aspecto:  Presença de lesões: Não ( ) Sim ( )  Presença de sujidade: Não ( ) Sim ( )  Presença de eritema: Sim ( ) Não ( ) |
| - Masculino  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 ( ) |
| 1. Ânus e reto   OBS: se possível será avaliado | 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 ( ) |
| 1. Coluna vertebral | Presença de deformidades ou anormalidades: Não ( ) Sim ( ) Qual:  Coluna vertebral: Alinhada ( ) Escoliose ( ) Cifose ( ) Lordose ( ) |
| 1. Membros | - Superiores  Musculatura: Eutrófica ( ) Atrófica ( )  Presença de deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local:  Mobilidade articular: Sim ( ) Não ( )  Polidactilia: Não ( ) Sim ( )  Sindactilia: Não ( ) Sim ( ) |
| - Inferiores  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 ( ) |

|  |
| --- |
| **MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**  (Seguir caderneta da criança conforme idade) |
| **Anotações:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** | **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** | **RESULTADOS ESPERADOS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Com 3 anos, a criança normalmente tem 20 dentes no total. E permanece assim até os 6 anos, quando geralmente nasce o primeiro molar permanente, um dente maior que nasce após o último dente de leite. Dos 6 aos 14 anos de idade, os dentes de leite são trocados pelos dentes permanentes. A dentição permanente completa-se em torno dos 18 anos e é formada por 32 dentes, os quais devem permanecer na boca pelo resto da vida (BRASIL, 2020, Caderneta saúde da criança). [↑](#footnote-ref-1)