

**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 atualGestação 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  | TipoQuantidade |
| 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 | - FemininaPresença de secreções: Não ( ) Sim ( ) Aspecto:Presença de lesões: Não ( ) Sim ( )Presença de sujidade: Não ( ) Sim ( )Presença de eritema: Sim ( ) Não ( ) |
| - MasculinoTestículos 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
 | - SuperioresMusculatura: Eutrófica ( ) Atrófica ( )Presença de deformidades: Não ( ) Sim ( ) Local:Mobilidade articular: Sim ( ) Não ( )Polidactilia: Não ( ) Sim ( )Sindactilia: Não ( ) Sim ( ) |
| - InferioresMusculatura: 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)