



QUESTIONÁRIO DE VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA MÃE:

Nº FF:

ESTADO CIVIL:

CASADA

SOLTEIRA

UNIÃO ESTÁVEL

OUTRO:

IDADE:

NOME DO RECÉM-NASCIDO:

DATA NASCIMENTO:

LOCAL NASCIMENTO (MUNICÍPIO):

PESO:

ENDEREÇO

RUA/AV.:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE(S):

SAÚDE DA MÃE

HOSPITAL DO PARTO:

FEZ PRÉ-NATAL?:

SIM

NÃO

SE SIM, QUAL UNIDADE DE SAÚDE?

TIPO DE PARTO:

PARTO NORMAL

CESÁRIA

INTERCORRÊNCIAS NO PARTO:

SAÚDE DA MÃE (ANOTAR DESCRIÇÃO FEITA PELA MÃE):

SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

INTERCORRÊNCIAS AO NASCIMENTO:

EXAMES:

TESTE DO PEZINHO | TESTE DA ORELHINHA
 REFLEXO DO OLHO VERMELHO | OUTROS:

VACINAS:

BCG | HEPATITE B
 OUTRAS:

PASSOU EM CONSULTA COM PEDIATRA? | SIM | NÃO SE NÃO, JÁ TEM CONSULTA AGENDADA? DATA:

DIFICULDADES PARA AMAMENTAR? | SIM | NÃO

PEGA ESTÁ CORRETA? | SIM | NÃO

HÁ MACHUCADOS NAS MAMAS? | SIM | NÃO

A CRIANÇA JÁ BEBEU OUTRO TIPO DE LÍQUIDO? | SIM | NÃO SE SIM, QUAL?

SE LEITE MATERNO COMPLEMENTADO: | LEITE EM PÓ | LEITE CAIXINHA | LEITE SAQUINHO | PURO | DILUÍDO

BANHO DE SOL? | SIM | NÃO EM QUE AMBIENTE? EM QUE HORÁRIO?

ICTERÍCIA (CRIANÇA AMARELA)? | SIM | NÃO DIURESE? EVACUAÇÃO?

VESTUÁRIO ADEQUADO? | SIM | NÃO

HIGIENE DO RN EM BOAS CONDIÇÕES? | SIM | NÃO

ORIENTAR A NÃO NECESSIDADE DO USO DE PERFUMES, TALCO, SABÃO EM PÓ E AMACIANTE**QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA**

| ADULTOS | CRIANÇAS (INCLUINDO O RN) | TOTAL |
|---------|---------------------------|-------|
| | | |

DOENTES EM CASA?: | SIM | NÃO

NOME:

DOENÇA:

FAZ ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE? | SIM | NÃO VACINAS ESTÃO EM DIA? | SIM | NÃO

HIGIENE DA CASA (Observar mofo, poeira acumulada, pessoas fumantes, uso de inseticida) | BOA | REGULAR | RUIM

OBSERVAÇÕES:

NOME DO VISITADOR:

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA: