

# BASE DE DADOS DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

## IDENTIFICAÇÃO

Nº Processo	Código	Data de Nascimento	Hora de Nascimento
.....	.....	.....	.....
Nome da Mãe	Código Postal	Telefone	Idade
.....	.....	.....	.....

## PRÉ-ADMISSÃO

Idade Gestacional: a) Semanas: ..... b) Dias (0-6): ..... Peso Nascer: .....gramas
Comprimento: .....cm Perímetro Cefálico:.....cm
Morte na sala de partos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Local: <input type="checkbox"/> Inborn <input type="checkbox"/> Outborn Transferido de:.....
Transporte: In-útero: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Ex-útero: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data admissão. UCIN/UCERN: / __ / __ Hora:.....
Cuidados Pré-natais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido
Concepção Assistida: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Corticóides Pré-natais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Desconhecido Nº ciclos:.....
Dexametasona: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Betametasona: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Patologia na Gravidez: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim .....
Motivo do Parto: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Patologia Materna <input type="checkbox"/> Patologia Fetal

## SALA DE PARTOS

Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesariana
Sexo: .....
Gemelar: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Total Fetos: ..... Nº de Ordem: .....
Monocoriónico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Dúvida
Apgar: 1º min: ..... 5º min: ..... 10º min: .....
Ressuscitação na Sala de Partos: Oxigénio: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido
Insuflador/Máscara: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido
Entubação ET: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido
Compressão Cardíaca: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido
Entubação ET: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desconhecido

## INTERNAMENTO

Suporte Respiratório após a Sala de Partos:

Oxigénio:  Não  Sim CPAP:  Não  Sim VPPIn:  Não  Sim

IPPV:  Não  Sim VAF:  Não  Sim

Dias de ventilação TET: .....

Surfactante:

Na sala de partos:  Não  Sim  Desconhecido CRIB: .....

Depois da sala de partos:  Não  Sim  Desconhecido SNAPPE II: .....

Nº Doses: .....Data: .....Hora: .....

O<sub>2</sub> no dia 28:  Não  Sim  Desconhecido

O<sub>2</sub> 36 Semanas IC:  Não  Sim  Desconhecido

Corticóides para DPC:  Não  Sim

Indometacina / Ibuprofeno (Profilático):  Não  Sim

Indometacina / Ibuprofeno (Terapêutico):  Não  Sim

Cirurgia:

a) Laqueação PDA:  Não  Sim

b) Cirurgia ROP:  Não  Sim

c) Cirurgia NEC:  Não  Sim

d) Outra cirurgia major:  Não  Sim Descrição: .....

Diagnósticos: SDR:  Não  Sim Pneumotórax:  Não  Sim

PDA:  Não  Sim NEC:  Não  Sim

Perfuração GI focal:  Não  Sim

Imagiologia cerebral até dia 28  Não  Sim  Desconhecido Idade ECO TF: .....

EVHP:  Não  Sim  Desconhecido Nº EcoTF: .....Pior grau HIV (0-3): .....

EVHP Extensão:  Unilateral sem desvio  Unilateral com desvio

Bilateral sem desvio  Bilateral com desvio

EVHP Topografia: .....

Dilatação ventricular pós-hemorrágica:  Não  Sim  Desconhecido Pior grau LPV (0-3): .....

LPV data diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Observações: .....

Sépsis e/ou meningite precoce:  Não  Sim Agente (cod): .....

Sépsis e/ou meningite tardia:  Não  Sim

Nº episódio

Agente

.....  
.....  
.....

Exame Oftalmológico:  Não  Sim ROP - Pior grau (0-5): .....Doença Plus:  Não  Sim  
Malformação congénita major:  Não  Sim  
Descrição: .....

## DESTINO

Óbito:  Não  Sim Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: ..... Causa de morte:.....  
Foi efectuada autópsia:  Não  Sim Abstenção de cuidados terapêuticos:  Não  Sim  
Transferido:  Não  Sim

Data	Local	Motivo
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Peso: .....g Comprimento: .....cm Perímetro cefálico: .....cm  
Alimentação entérica:  Nenhuma  Leite materno  Leite materno com fortificante  
Leite de fórmula  Os dois  
Dependência de O<sub>2</sub> :  Não  Sim  
Monitor de apneia:  Não  Sim  
Domicílio:  Não  Sim Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Internamento ao ano de idade:  Não  Sim

Estado final (Incluir dados das 24h antes do óbito, se este se verificou):

<input type="checkbox"/> Complicações ausentes	<u>Alimentação entérica final:</u>	<u>Hidrocefalia:</u>
<input type="checkbox"/> Dependência O	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Monitor apneia/CR	<input type="checkbox"/> Leite materno	<input type="checkbox"/> Estável sem drenagem
<input type="checkbox"/> Complicações Neurológicas	<input type="checkbox"/> Leite materno com fortificante	<input type="checkbox"/> Drenagem transitória
<input type="checkbox"/> Complicações Digestivas	<input type="checkbox"/> Leite de fórmula	<input type="checkbox"/> Drenagem definitiva
<input type="checkbox"/> Outras complicações	<input type="checkbox"/> Os dois	<input type="checkbox"/> Drenagem transitória + definitiva

Peso: .....g Comprimento: .....cm Perímetro cefálico: .....cm

Observações: .....

Observações Finais:.....

Hospital de seguimento da criança: ..... Processo:.....