

# SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO <32 s OU = 1500g

AVALIAÇÃO AOS 3 ANOS (DOS 25 AOS 47 MESES)

Código:.....DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: .....

Morada: .....

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tels: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de avaliação: DD/MM/AAAA

Idade Corrigida em Semanas .....

Local de Avaliação .....

## Avaliação Clínica

1. Avaliado até aos 3 anos?  Sim  Não

Se Não:  Morte  Desconhecido  Transferido

## 2 - Óbito

a) Local do óbito - Hospital ..... ou outro (se Não ocorreu em estrutura hospitalar)

b) Causa:  Súbita  Acidente  Infecção  Respiratória  Neurológica  
 Cirúrgica  S. polimalformativo  Outra..... Desconhecida

c) Idade da morte em meses.....

## Parâmetros de Crescimento

3. Peso: .....g

4. Estatura .....cm

5. Perímetro Craniano .....cm

6. Malformações Congénitas:  Sim  Não

Se Sim assinale da lista (Apêndice 1) qual corresponde à situação da criança

## 7. Função Neuromotora

a) Anda sem apoio?  Sim  Não

b) Senta-se sem apoio?  Sim  Não

c) Capaz de usar as mãos para se alimentar?  Sim  Não

d) Controlo cefálico sem qualquer ajuda?  Sim  Não

## 8. Função Auditiva

a) Usa próteses auditivas?  Sim  Não

b) Surdez bilateral não corrigida mesmo com próteses?  Sim  Não

### 9. Função Visual

a) Usa óculos?  Sim  Não

b) Cegueira total bilateral ou vê apenas luz?  Sim  Não

### 10. Função Cognitiva e Comunicação

a) Avaliação com teste formal de desenvolvimento  sim  Não

a.1) Data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a.2) Nome do teste aplicado (**Escala R. Griffiths, WIPPSI-R, Bayley Scale, S. Growing Skills, Amiel Tison, Denver, Mary Sheridan, Outro**.....).

a.3) Resultado do teste em Quociente de Desenvolvimento .....

b) Comunica com linguagem oral ou outro método:  sim  Não

c) Capaz de produzir 5 ou mais palavras perceptíveis  sim  Não

d) Capaz de perceber palavras ou sinais  sim  Não

e) Mostra interesse em pessoas conhecidas ou objectos  sim  Não

11. Convulsões nos últimos 12 meses  Sim  Não *(registar apenas se houve convulsões Não febris).*

12. Outras alterações neurológicas  Sim  Não

Microcefalia  Hidrocefalia com shunt  Epilepsia

Atrofia cerebral /LPV difusa  Não  Sim  Desconhecido

Exame diagnóstico  EcoTF  RMC  EcoTF + RMC

Data diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .....semanas

### 13. Função Gastrointestinal

a) Necessita de Gastrostomia  Sim  Não

b) Necessita de alimentação Parentérica  Sim  Não

### 14. Função Respiratória

a) Necessita de terapia contínua com O<sub>2</sub>?  Sim  Não

b) Necessita de suporte ventilatório?  Sim  Não

### 15. Função Renal

Requer Diálise  Sim  Não

16. Paralisia Cerebral  Sim  Não

Assinale se tem ou Não Paralisia Cerebral.

**Se Sim**

**16 a) Especificar o Tipo de PC**

- Espástica Bilateral**  
 **Espástica Unilateral**  
 **Outro (especificar) .....**

**Tipo de PC** baseada na classificação utilizada pelo grupo de trabalho de registo da PC - Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE), também utilizado pela UVP em Portugal :

- Espástica Bilateral       Espástica Unilateral       Distónica  
 Coreoatetóide       Atáxica       Não Classificável

**b) Classificação Motora Funcional** (escolher o nível de acordo com o GMFCS)

(apenas pode ser assinalado um dos seguintes níveis I-V)

- Nível I            Nível II        
Nível III            Nível IV        
Nível V

**17. Ao Cuidado de**

- Pai e mãe       Pai, mãe e família alargada       Monoparental  
 Monoparental e família alargada       Família de Acolhimento       Instituição

**18. Escolaridade da Mãe**

Assinalar a escolaridade da Mãe (ou do Cuidador da criança no caso de Não estar ao cuidado da mãe) (**só pode ser assinalada uma das alternativas**)

1. Doutoramento      5. 12º Ano  
2. Mestrado      6. 9º Ano  
3. Licenciatura      7. 4º Ano  
4. Bacharelato      8. Analfabeta

**19. Profissão do Pai/ principal provedor de rendimento à família:** (assinalar só 1)

- Quadro Superior       Bancário/pequeno Comerciante/Industrial  
 Administrativo/Serviços       Operário manual: rural/ Construção Civil  
 Sem profissão/desempregado       Não aplicável

**20. Comportamentos de risco:**       Sim       Não

- Se Sim:       Toxicodependência       Alcoolismo  
                  Pobreza Extrema       Outro

**21. Hospitalizações após a alta neonatal**  Sim  Não

Assinale se houve ou Não necessidade hospitalização por uma causa médica após a alta da UCIN.

**a). Causa Médica**

- a.1)** Nutrição/Má progressão estaturó-ponderal
- a.2)** Convulsões
- a.3)** Infecção do shunt de derivação ventrículo peritoneal
- a.4)** Meningite
- a.5)** Infecção Urinária
- a.6)** Infecção Gastrointestinal
- a.7)** Outra:.....

**22. Hospitalização de Causa Cirúrgica**  Sim  Não

*(Pode ser escolhida mais do que uma desta listagem).*

Hérnia inguinal, Gastrostomia, Refluxo gastroesofágico, Luxação da anca, Cirurgia do estrabismo, Laser por Retinopatia, Colocação de próteses auriculares, Derivação de Hidrocefalia.

**23. Hospitalização de Causa Respiratória**  Sim  Não

- a. Bronquiolite:  VSR ⊕  VSR ⊖  VSR desconhecido
- b. Pneumonia
- c. Broncospasmo

- 24. Medicação respiratória crónica:**
- |                      |                              |                              |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Broncodilatadores    | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Corticóides inalados | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Corticóides ev       | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

**Imunizações:**

- 25. Vacina Pneumocócica Conjugada**  Sim  Não
- 26. Vacina Pneumocócica Não Conjugada**  Sim  Não
- 27. Anticorpo Monoclonal Anti VSR**  Sim  Não

**28. Necessidade de Intervenção/Apoio:**  Sim  Não  desconhecido

**(Obrigatório assinalar Sim, Não ou desconhecido)**

Se **Sim** assinale uma ou mais das seguintes opções:

- Centro de Reabilitação,  Fisioterapia,  Terapia da Fala,  Terapia Ocupacional,
- Toxina Botulínica,  Hipoterapia,  Psicomotricidade,  Psicoterapia;
- Intervenção Precoce,  Ensino Especial,  Apoio Social,  Outro.