



INV - INVESTIGAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Versão 1- 10/2018

UNIDADE: _____ N° CNS _____
ENF.: _____ ACS: _____ MA: _____
Nome da mãe: _____
Cuidador Principal: _____
Nome da Criança: _____ Sexo: M () F ()
Raça/cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()
Nacionalidade: Brasileira () Estrangeira () País de Origem _____
Município de Nascimento: _____ Estado: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ **Data da Alta Hospitalar:** ___/___/___
Visita Domiciliar Data: ___/___/___
Peso ao nascer: _____ **Altura:** _____ **Peso da Alta** _____
Intercorrência Neonatal () sim () não. Qual? _____
Passou por atendimento em algum serviço de saúde após a alta () não () sim
Motivo: _____
Foi feito contato prévio pelo Programa NASCER. () sim () não

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA MATERNIDADE:

- Vacinação de rotina () sim () não
- Teste da Orelhinha () sim () não
- Teste do Coração () sim () não
- Teste da língua () sim () não
- Teste do Reflexo Vermelho () sim () não
- Teste do Pezinho () sim Data: ___/___/___ () não. Data Prevista ___/___/___
Encontrado alguma alteração, qual? _____
Manobra de Ortolani () Negativo () Positivo

AValiação DO RN

Consulta médica realizada ou agendada para: ___/___/___
Higiene: _____ Reflexos: _____
Interação Familiar: _____
Icterícia (Zona de Kramer) _____

CLASSIFICAÇÃO DE KRAMER



- Zona I = Cabeça e pescoço
- Zona II = Tronco até umbigo
- Zona III = Hipogástrio e coxas
- Zona IV = Joelhos e cotovelos até punhos e tornozelos
- Zona V = Mãos e pés, inclusive palmas e plantas

Hiperemia ao redor do coto umbilical: () sim () não
Entumescimento ao redor do coto umbilical () sim () não
Odor () característico () fétido
Secreção sero sanguinolenta () secreção com aspecto de pus () sem secreção ()

ALEITAMENTO

() LM exclusivo

() misto, qual e porque ? _____

() aleitamento artificial, qual e porque? _____

Dificuldades para amamentar () não () sim, qual ? _____

Risco para desmame precoce () não () sim

Conduta: _____

RISCO DO RN

RN classificado de risco ao nascer ? () não () sim, qual ? _____

Após a visita profissional foi avaliado que RN permanece na classificação de risco?

() sim () não, porque ? _____

Após a visita profissional pode-se atribuir algum outro risco ao RN ?

() não () sim, qual ? _____

Se permanece em risco qual o planejamento para o acompanhamento e controle:

PUÉRPERA

Gravidez foi planejada e/ou desejada () não () sim

Está em uso de álcool ou drogas () não () sim

Usou na gestação () não () sim, qual ? _____

Puérpera possui apoio social e/ou familiar () não () sim

Se não, o que pode ser feito para apoiá-la neste momento? _____

Data da consulta puerperal: ____/____/____

Contraceptivo em uso () Não () Sim Qual? _____

Tipo de Parto: () Parto Vaginal () Cesária

Teve presença do acompanhante () sim () não

Infeção Cirúrgica () sim () não

Hemorragia () sim () não

Ferida Operatória: Hiperemia () sim () não

Secreção () não () sim Aspecto e odor: _____

Entumecimento () sim () não

Lóquios aspecto/quantidade/odor: _____

Rafia de laceração ou episiotomia () não () sim, aspecto _____

CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS

Tipo de casa () alvenaria () madeira () mista () outro: _____

Condições de higiene () adequada () inadequada

Luminosidade e ventilação () adequada () inadequada

Criança dorme () berço () com os pais () outro: _____

Renda familiar: R\$ _____

Enf. _____