

Bebé ao Nascimento

(Os dados relativos os grupos I, II, III e IV deverão ser recolhidos no processo)

I. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1. Data de nascimento: | | | | - | | | | - | | | | | |

2. Sexo: Feminino Masculino Indeterminado

II. NASCIMENTO

3. Tempo de gestação: por ecografia | | | | sem | | | | dias S/I
 por amenorreia | | | | sem | | | | dias S/I

4. Hora de nascimento: | | | | : | | | | H S/I

5. Tipo de parto: S/I
 Eutócico
 Ventosa
 Fórceps
 Cesariana
 Cesariana com ventosa

6. Apresentação fetal: S/I
 Cefálica
 Pelve

7. Índice Apgar (1º/ 5ºmin): ___ / ___ S/I

8. Reanimação: Sim Não (passar à pergunta 9) S/I (passar à pergunta 9)

8.1. Tubo endotraqueal Sim Não S/I

8.2. Máscara Sim Não S/I

8.3. Ambu Sim Não S/I

III. DADOS ANTROPOMÉTRICOS REGISTRADOS NO PROCESSO CLÍNICO

9. **Peso ao nascimento:** |__| |__| |__| |__| g S/I
10. **Comprimento ao nascimento:** |__| |__|, |__| cm S/I
11. **Perímetro cefálico:** |__| |__|, |__| cm S/I

IV. COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO

12. Icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia:

- Sim Não (passar à pergunta 13) S/I (passar à pergunta 13)
- 12.1. Valor sérico de bilirrubina **inicial** (capilar): |__| |__|, |__| mg% |__| |__| horas / dias de vida S/I
- 12.2. Valor sérico de bilirrubina **máximo** (capilar): |__| |__|, |__| mg% |__| |__| horas / dias de vida S/I
- 12.3. Tipo de fototerapia: S/I
- Simple
- Múltipla
- 12.4. Duração da fototerapia: S/I
- Menos de 24h
- 24 a 48h
- Mais de 48h
- 12.5. Exsanguineotransusão: Sim Não |__| |__| horas / dias de vida S/I
- 12.6. Valor sérico de bilirrubina **final** (capilar): |__| |__|, |__| mg% |__| |__| horas / dias de vida S/I

13. Relativamente a malformações congénitas:

S/I

- Não apresenta malformações congénitas (passar à pergunta 14)
- Apresenta malformação congénita confirmada
- Apresenta suspeita de malformação congénita

- 13.1. Se apresenta suspeita ou confirmação de malformação congénita, especificar qual: S/I
-
-

14. Apresentava outro problema de saúde: Sim Não S/I

- 14.1. Se sim, qual: S/I
-
-

15. Foi transferido para uma UCIN? Sim Não S/I

15.1. Motivo: _____

15.2. Transferido |_|_| : |_|_| H após ter nascido S/I

15.3. Número de dias que esteve internado em UCIN: |_|_|_| dias S/I

15.4. Diagnóstico(s) de alta: S/I

V. ANTROPOMETRIA

ID inquiridor |_|_|

16. Data das medições: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

17. Hora das Medições |_|_| : |_|_| H

18. Peso |_|_|_|_| g

19. Comprimento |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm

20. Perímetro Cefálico |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm

21. Perímetro Abdominal |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm

22. Perímetro Torácico |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm

23. Perímetro do Braço |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm |_|_|, |_| cm

(Os dados relativos os grupos VI,VII deverão ser obtidos através da mãe)

VI. CUIDADOS DE SAÚDE

24. Já decidiu onde será acompanhado o seu bebé? Sim Não (passar à pergunta 24)

24.1. Se sim, quem o acompanhará?

Médico família

Pediatra Nome: _____

Outro médico Nome: _____

25. Qual o nome do médico de família? _____ N/S

26. Qual o Centro de Saúde? _____

27. Para quando está a prever levar o seu bebé a uma primeira consulta? |_|_| dias de vida

N/S

VII. ALIMENTAÇÃO

28. Na Maternidade/Hospital o(a) bebé foi alguma vez alimentado com biberão?

Sim

Não (passar à pergunta 28)

N/S (passar à pergunta 28)

28.1. Porquê?

28.2. Com que tipo de leite?

Leite materno

Leite artificial

Tipo: _____

29. Para além do leite, foi-lhe dado água?

Sim

Não

N/S

30. Em casa, como tenciona alimentá-lo? Se tenciona alimentá-lo com leite materno até quando pensa fazê-lo?

Com leite materno

Tempo de aleitamento materno:

Durante a licença de parto

Enquanto tiver leite

Se nenhuma das duas opções, até aos |_|_| meses N/S

Com leite artificial Qual? _____

Com outro tipo de leite Qual? _____

OBSERVAÇÕES
