

## 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

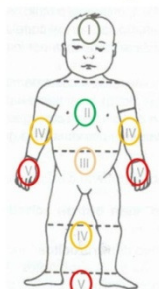
Higiene: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_