UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR LITORAL



**Questionário**

**Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade Cronológica: \_\_\_\_\_\_meses e \_\_\_\_\_\_dias.

Idade Motora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados do Parto**

Peso ao nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comprimento ao nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Perímetro cefálico ao nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade Gestacional ao nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesáreo

Notas de Apgar: 1° minuto\_\_\_\_ 5° minuto: \_\_\_\_

**Saúde do Bebê**

Ficou em UTI neonatal após o nascimento? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presença de icterícia neonatal? ( ) Sim ( ) Não

Fez fototerapia? Quantos dias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguma outra intercorrência/doença no primeiro ano de vida? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Atuais**

Peso atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comprimento atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Perímetro cefálico atual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amamentação Exclusiva? ( ) Sim ( ) Parcial ( ) Não

**Dados Maternos**

Idade da mãe na data do parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de gestações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de abortos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intercorrências de saúde durante a gestação?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOENÇA | SIM | NÃO |
| Diabetes |  |  |
| Hipertensão |  |  |
| Toxoplasmose |  |  |
| Rubéola |  |  |
| Citomegalovírus |  |  |
| Herpes Simples |  |  |
| Sífilis |  |  |
| HIV |  |  |
| Outra | Qual? |  |

Hábitos alimentares:

( ) peixe ( ) carne ( ) frutas e verduras ( ) leite e derivados

Substâncias utilizadas durante a gestação:

( ) drogas ( ) álcool ( ) cigarro

Escolaridade da Mãe: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental

( ) Médio ( ) Técnico ( ) Graduação ( ) Pós-graduação

Renda familiar:

( ) Até 1 salário mínimo (até R$724,00)

( ) Entre 1 e 3 salários mínimos (de R$725,00 a R$2172,00)

( ) Entre 3 e 5 salários mínimos (de R$2173,00 a R$3620,00)

( ) Mais que 5 salários mínimos (acima de R$3670)

Recebe auxílio social do governo municipal, estadual ou federal? ( ) Sim ( ) Não

Se Sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_