

**REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE PARA CRIANÇAS DE 0 AOS 5 ANOS:
ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO E DEFICIÊNCIA NA PRIMEIRA E NA ÚLTIMA VISITA**

NOME DA CRIANÇA: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / _____ /20__ **US DE REFERÊNCIA:** _____





DATA DA PRIMEIRA VISITA: ___ / _____ /20 **IDADE:** _____ ANOS _____ MESES

DATA DA ÚLTIMA VISITA: ___ / _____ /20 **IDADE:** _____ ANOS _____ MESES

PROBLEMAS SÉRIOS DE SAÚDE:

1	A CRIANÇA AS VEZES TEM ATAQUES?	Não tem ataques 0 Tem ataques 1
2	A CRIANÇA TEM PARALISIA NALGUMA PARTE DE CORPO?	Não tem paralisia 0 Tem paralisia parcial 1 Tem paralisia de todo corpo 2
3	A CRIANÇA TEM DESNUTRIÇÃO AGUDA? (FITA NO AMARELO OU VERMELHO)	Não tem desnutrição 0 Tem desnutrição AMARELO) 1 Tem desnutrição (VERMELHO) 2
4	A CRIANÇA TEM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE QUE É GRAVE OU PERMANENTE?	CASO SIM, QUAL?

MARCOS DE DESENVOLVIMENTO: CRIANÇAS DE 2 MESES ATÉ AOS 2 ANOS

IDADE	MARCOS DE DESENVOLVIMENTO	ATINGIDO?
AOS 2 MESES	A CRIANÇA SEGUE O OBJECTO COM OLHAR? 	SIM NÃO
	A CRIANÇA VIRA A CABEÇA PARA O LADO DO SOM? 	SIM NÃO
AOS 4 MESES	A CRIANÇA SUSTENTA A CABEÇA? 	SIM NÃO
	A CRIANÇA FAZ SONS E SORRI QUANDO LHE FALA? 	SIM NÃO
AOS 6 MESES	A CRIANÇA REBOLA?	SIM NÃO
	A CRIANÇA ALCANÇA OBJECTOS COM A MÃO?	SIM NÃO

IDADE	MARCOS DE DESENVOLVIMENTO	ATINGIDO?
AOS 9 MESES	A CRIANÇA SENTA SEM APOIO? 	SIM NÃO
	A CRIANÇA BALBUCIA (DIZ “MEMEME”, “BABABA”)?	SIM NÃO
AOS 12 MESES	A CRIANÇA ANDA COM APOIO? 	SIM NÃO
	A CRIANÇA IMITA OS GESTOS DO CUIDADOR?	SIM NÃO
AOS 15 MESES	A CRIANÇA ANDA SEM APOIO? 	SIM NÃO
	A CRIANÇA DIZ UMA PALAVRA QUE NÃO SEJA “MAMÃ”, “PAPÁ” OU NOME DE ALGUÉM? 	SIM NÃO
AOS 18 MESES	A CRIANÇA BEBE COM O COPO?	SIM NÃO
	A CRIANÇA DIZ TRÊS PALAVRAS QUE NÃO SEJAM “MAMÃ”, “PAPÁ” OU NOME DE ALGUÉM? 	SIM NÃO
AOS 2 ANOS	A CRIANÇA CHUTA A BOLA?	SIM NÃO
	A CRIANÇA APONTA 2 DESENHOS AO PEDIDO (POR EXEMPLO, MOSTRA ME BOLA, MOSTRA ME CARRO)?	SIM NÃO

DEFICIÊNCIA: CRIANÇAS DE 2 ANOS ATÉ AOS 5 ANOS

N	DEFICIÊNCIA	GRAU DE DEFICIÊNCIA	
1	A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE DE OUVIR?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue ouvir3	DEFICIÊNCIA AUDITIVA
2	A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE DE VER?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue ouvir3	DEFICIÊNCIA VISUAL
4	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE EM ANDAR?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue andar 3	DEFICIÊNCIA FÍSICA

5	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE EM APANHAR PEQUENOS OBJECTOS COM A MÃO?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue apanhar3	DEFICIÊNCIA DA FALA E/OU MENTAL
7	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, A CRIANÇA TEM DIFICULDADE EM COMPREENDER A SI?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue andar 3	
8	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, QUANDO A SUA CRIANÇA FALA, VOCÊ TEM DIFICULDADE EM COMPREENDÊ-LA?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue andar 3	
9	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE EM APRENDER COISAS?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue apanhar3	
10	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, A SUA CRIANÇA TEM DIFICULDADE EM BRINCAR?	Não tem dificuldade..... 0 Tem alguma dificuldade 1 Tem muita dificuldade 2 Não consegue apanhar 3	
11	EM COMPARAÇÃO COM CRIANÇAS DA MESMA IDADE, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA BATE, MORDE OU DA PONTAPES EM OUTRAS CRIANÇAS OU ADULTOS?	Nunca 0 Com frequência igual ou menos..... 1 Com frequência maior 2 Com frequência muito maior 3	

NA PRIMEIRA VISITA FOI PREENCHIDO PELO ACTIVISTA (NOME):

VERIFICADO PELO SUPERVISOR / FISIOTERAPIA / PSICOLOGO CLÍNICO (NOME):

HAVIA ALGUMAS CORRECÇÕES APÓS VERIFICAR? _____ CASO SIM, QUAIS?
