





















* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

Visando a integração dos Programas Primeira Infância Melhor e Criança Feliz no estado do Rio Grande do Sul, unificamos as informações dos formulários. Os municípios que possuem os dois programas poderão utilizar este documento que contém as informações dos formulários de "Caracterização da criança" do PIM e de "Caracterização da criança" do Criança Feliz. Todas as perguntas abaixo estão numeradas de acordo com o formulário do PIM, já o número após a logo  é o número que corresponde a pergunta/alternativa do formulário do e-PCF.

Após seu preenchimento, os mesmos deverão ser digitados nos sistemas de informação do PIM - SisPIM e do Criança feliz e-PCF.

PIM – PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	N° da família:	Data: _____/_____/_____
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA	N° da Criança:	Município:
IDENTIFICAÇÃO		
1.  (2) Qual o nome completo da criança?*		
2. Qual o número do CPF da criança? 	3. Qual a nacionalidade da criança?*	
	○ Brasileiro(a) ○ Outro. Qual?	
4.  (1) Qual o número de Identificação Social – NIS? 	5.  (7) Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? 	
6.  (8) Qual o dia e horário do atendimento?*		
○ Segunda ○ Terça ○ Quarta ○ Quinta ○ Sexta ○ Sábado Hora do atendimento:* _____ : _____		
7.  (3) Qual a data de nascimento?*/_____/_____/_____		
8.  (4) Qual a idade?*/ Anos Meses		
9.  (5) Qual o sexo?*		
○ Masculino ○ Feminino		
10.  (6) Qual a raça / cor / etnia?*		
○ Branca ○ Preta ○ Parda ○ Amarela ○ Indígena		
11.  (9) A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)?* ○ Sim ○ Não		
12.  (10) No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?*		
○ Sim ○ Não		
13. Qual a filiação, conforme RCN?		
Nome completo:		○ Mãe ○ Pai
Nome completo:		○ Mãe ○ Pai
14.  (22) A criança está sendo amamentada com leite materno?*		
○ Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento)		
○ Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites)		
○ Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos)		
○ Não está sendo amamentada		
15.  (23) Até que idade a criança se alimentou de leite materno?*		
○ 01 mês ○ 02 meses ○ 03 meses ○ 04 meses ○ 05 meses ○ 06 meses ○ Mais de 06 meses ○ Nunca mamou ○ Ainda está sendo amamentada		
16. A criança recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)?* ○ Sim ○ Não		
DADOS DO CUIDADOR		
17. Qual o nome completo?*/		
18. Possui nome social?*		
○ Sim. Qual? ○ Não		
19.  (11) Qual a função parental em relação à criança atendida?*		
○ Mãe ○ Padrasto ○ Avó / Avô ○ Tio / Tia ○ Primo / Prima ○ Vizinho(a)		
○ Pai ○ Madrasta ○ Irmão / Irmã ○ Integrante de família acolhedora ○ Profissional de serviço de acolhimento ○ Babá		
○ Outro. Qual?		
20. Qual o sexo?*		
○ Feminino ○ Masculino		
21. Deseja informar orientação sexual?*		
○ Sim ○ Não		
Se sim, qual? ○ Heterossexual ○ Homossexual Gay / Lésbica ○ Bissexual ○ Outra. Qual?		
22. Deseja informar identidade de gênero?*		
○ Sim ○ Não		
Se sim, qual? ○ Mulher cisgênero ○ Homem cisgênero ○ Mulher transexual ○ Homem transexual ○ Travesti ○ Outra. Qual?		
23.  (12) Grau de instrução do cuidador?*		
○ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ○ Ensino Fundamental incompleto ○ Ensino Médio incompleto ○ Ensino Superior incompleto		
○ Analfabeto(a) ○ Ensino Fundamental completo ○ Ensino Médio completo ○ Ensino Superior completo		
24.  (13) Estuda atualmente?*		
○ Sim. Onde? ○ Não		
25.  (14) Trabalha atualmente?*		
○ Sim. Onde? ○ Não		
26.  (15) Qual a Profissão / Ocupação?*		 (16) Qual a carga horária semanal?*/
27. Qual o número do CPF?		
28. Tem alguma deficiência?*		
○ Sim ○ Não		
Se sim, qual? ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual / Cognitiva ☐ Física ☐ Outra. Qual?		
29. Caso o cuidador não seja a mãe, qual o grau de instrução da mãe da criança?		
○ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ○ Ensino Fundamental completo ○ Ensino Superior incompleto		
○ Analfabeta ○ Ensino Médio incompleto ○ Ensino Superior completo		
○ Ensino Fundamental incompleto ○ Ensino Médio completo ○ Não sabe informar		
DADOS DE SAÚDE (questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta da Criança)		
30.  (17) A criança possui Caderneta da Criança do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?*		
○ Sim – Caderneta da Criança ○ Sim – Outro documento ○ Só o cartão de vacinas ○ Não		

<p>31. (28) Qual o tipo de parto?</p> <p><input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Cesárea</p>	<p>32. (29) Qual a idade gestacional de nascimento da criança?</p> <p>____ Semanas ____ Dias Nascimento prematuro?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	
<p>33. Apgar no 5º minuto?* Criança?*</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> NI <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 10</p>	<p>34. (18) A criança realizou os seguintes triagens?*</p> <p>Pezinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado Olhinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado Coraçãozinho: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado Orelhinha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado Linguinha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Agendado</p>	<p>35. (19) Há registro de peso da criança na Caderneta da Criança?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não tem informação sobre o peso</p>
<p>36. (20) Há registro de comprimento / altura da criança na Caderneta da Criança?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não tem informação sobre a altura</p>	<p>37. (21) O calendário de vacinação da criança está atualizado?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não tem registro</p>	
Questões 38 e 39 exigem comprovação por laudo médico		
<p>38. (27) A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?*</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, física <input type="checkbox"/> Sim, visual <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Sim, auditiva <input type="checkbox"/> Sim, intelectual / cognitiva <input type="checkbox"/> Sim, múltipla</p>		
<p>39. O diagnóstico foi confirmado posterior a captação do PIM?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>		
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL		
<p>40. (24) A criança apresenta algum tipo de problema de saúde diagnosticado?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sim, qual(is)?</p> <p><input type="checkbox"/> Doença falciforme <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Sífilis Congênita <input type="checkbox"/> Respirador bucal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsão <input type="checkbox"/> Hiperatividade / Déficit de atenção <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Doença de refluxo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Exposição a outras DST / IST <input type="checkbox"/> Fissura labiopalatina <input type="checkbox"/> Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro(s): _____</p>		
<p>41. (25) A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?*</p> <p><input type="checkbox"/> Não está sendo acompanhada (pule para pergunta 43) <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Oftalmologia <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Equoterapia <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Psicopedagogia <input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten <input type="checkbox"/> Endocrinologia <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite (APLV) <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Neuropediatria <input type="checkbox"/> Infectologia <input type="checkbox"/> Musicoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Outra(s): _____</p>		
<p>42. (26) Em qual serviço a criança está sendo acompanhada?</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) <input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) <input type="checkbox"/> Fundação / Associação / Instituto <input type="checkbox"/> Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) <input type="checkbox"/> Centro Especializado em Reabilitação (CER) <input type="checkbox"/> Clínica ou consultório privado <input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS <input type="checkbox"/> APAE <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidades em hospital <input type="checkbox"/> Outro(s): _____</p>		
<p>43. Observações sobre a saúde da criança:</p>		
INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO, RELACIONAMENTOS E HÁBITOS		
<p>44. (30) A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?* <input type="radio"/> Sim. Ano de entrada: _____ <input type="radio"/> Não</p>		
<p>45. (31) A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?* <input type="radio"/> Sim. Qual(is)? _____ <input type="radio"/> Não</p>		
<p>46. (32) Com quem a criança brinca com mais frequência?* <input type="checkbox"/> Com adulto(s) <input type="checkbox"/> Com criança(s) <input type="checkbox"/> Sozinha.</p>		
<p>47. (33) Qual o local onde a criança brinca?* <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na casa do(s) vizinho(s) <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> No parque / praça <input type="checkbox"/> Outro(s). Onde? _____</p>		
<p>48. (34) A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular / computador e / ou tablet?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não. Pule para a pergunta 50</p>	<p>49. (35) Quanto tempo?*</p> <p><input type="radio"/> Até 02 horas diárias <input type="radio"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="radio"/> Mais de 4 horas diárias</p>	
<p>50. (36) A criança assiste televisão em sua rotina diária?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não. Pule para 52</p>	<p>51. (37) Quanto tempo?*</p> <p><input type="radio"/> Até 02 horas diárias <input type="radio"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="radio"/> Mais de 4 horas diárias</p>	
<p>52. (38) Quantas horas de sono a criança tem por dia?*</p> <p><input type="radio"/> Até 10 horas diárias <input type="radio"/> Entre 10 e 11 horas diárias <input type="radio"/> Entre 12 e 15 horas diárias <input type="radio"/> Entre 15 e 16 horas diárias</p>		
CONVIVÊNCIA FAMILIAR		
<p>53. (39) A criança vive com quem?*</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Avô / Avó <input type="checkbox"/> Tio / Tia <input type="checkbox"/> Primo / Prima <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Irmão / Irmã <input type="checkbox"/> Com família acolhedora <input type="checkbox"/> Em serviço de acolhimento <input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual? _____</p>		
<p>54. (40) Qual o tempo a família dedica para brincar com a criança?*</p> <p><input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não brinca / Não dedica</p>	<p>55. (41) A família conversa com a criança?*</p> <p><input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca conversa</p>	
<p>56. (42) A criança tem livros infantis disponíveis em casa?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>57. (42) A família mostra livros e / ou figuras para a criança?*</p> <p><input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana ou mais <input type="radio"/> Não mostra livros ou figuras</p>	
<p>58. (44) A família conta histórias para a criança?* <input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana <input type="radio"/> Não conta histórias</p>		
<p>59. (46) A família leva a criança para passear?* <input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana <input type="radio"/> Uma vez por mês <input type="radio"/> Não leva para passear</p>		
<p>60. (45) A família ensina canções e / ou canta com a criança?* <input type="radio"/> Todos os dias <input type="radio"/> Uma vez por semana <input type="radio"/> Não ensina canções / não canta</p>		
<p>61. (47) Como a família demonstra afeto?*</p>		

