

## MONITORAMENTO DO CUIDADO NEONATAL (marcados com \* os campos obrigatórios)

Ficha de coleta de dados – Sistema para inclusão do registro: [smcon.iff.fiocruz.br](http://smcon.iff.fiocruz.br)

### IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO - Aba do sistema REG

- 1) Declaração de Nascidos Vivos (DNV) \*: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
2) Procedência\*: ( ) Nascido nesse hospital ( ) Nascido fora desse hospital  
3) Nascimento\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 4) Hora do Nascimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### DADOS MATERNOS - Aba do sistema MAT

- 5) Idade Materna (anos) : \_\_\_\_ 6) Cor/Raça da Mulher:( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena  
7) Escolaridade: ( ) < 8 anos ( ) 8 anos ( ) 9 a 11 anos ( ) 12 anos ou mais  
8) Fumo: ( ) Sim ( ) Não  
9) Frequência de Bebida Alcoólica na Gestaçãõ:  
( ) Não bebia ou no máximo 2 vezes por mês ( ) Semanalmente  
10) Uso de Drogas Psicoativas na Gestaçãõ (lícitas ou ilícitas): ( ) Sim ( ) Não  
11) Violência Sofrida: Violência Psicológica e/ou Violência Física e/ou Sexual: ( ) Sim ( ) Não  
12) Quantas consultas de pré-natal? \_\_\_\_\_  
13) Hipertensão Arterial: ( ) Sim ( ) Não 14) Gestaçãõ Múltipla: ( ) Sim ( ) Não  
15) Bolsa Rota na Admissãõ: ( ) < 18h ( ) >=18h a 24h ( ) > 24h ( ) Não  
16) Esteróide Antenatal\*: ( ) Sim ( ) Não 17) Sulfato de Magnésio: Sim ( ) Não ( )  
18) Tipo de Parto\*: ( ) Vaginal ( ) Fórcepe ( ) Cesáreo

### DADOS DO NASCIMENTO Aba do sistema NASC

- 19) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Indeterminado  
20) Peso de Nascimento em gramas\*: \_\_\_\_\_  
Idade Gestacional: 21) Semanas\*: \_\_\_\_\_ 22) Dias\*: \_\_\_\_\_  
23) Perímetro Cefálico em centímetros com uma decimal: \_\_\_\_\_  
24) Reanimaçãõ Neonatal\*: ( ) Sim ( ) Não *Se Não, pular para 25*  
24.1) Uso de Oxigênio > 21% na Ventilaçãõ: ( ) Sim ( ) Não  
24.2) Ventilaçãõ com Máscara e balãõ auto inflável: ( ) Sim ( ) Não  
24.3) Ventilaçãõ com Ventilador mecânico manual com peça T: ( ) Sim ( ) Não  
24.4) Ventilaçãõ com Cânula Traqueal ( ) Sim ( ) Não  
24.5) Massagem Cardíaca: ( ) Sim ( ) Não  
24.6) Drogas: ( ) Sim ( ) Não

- 25) CPAP Nasal na Sala de Parto : ( ) Sim ( ) Não  
Apgar: 26) Primeiro minuto\*: \_\_\_\_\_ 27) Quinto minuto\*: \_\_\_\_\_
- 28) Tempo para o Clampeamento do Cordão Umbilical: ( ) < 1 minuto ( ) ≥ 1 minuto
- 29) Medidas para Evitar Hipotermia na Sala de Parto\*: ( ) Sim ( ) Não *Se Não, pular para 30*
- 29.1) Envolheu em Saco Plástico: ( ) Sim ( ) Não 29.2) Colocou touca: ( ) Sim ( ) Não
- 29.3) Usou Colchão Térmico: ( ) Sim ( ) Não

### **INTERNAÇÃO NOS COMPONENTES DA UNIDADE NEONATAL - Aba do sistema INT/MC**

- 30) Houve internação na UTIN\*? ( ) Sim ( ) Não
- 30.1) Data de internação na UTIN: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- 31) Houve internação na UCINCo? ( ) Sim ( ) Não
- 31.1) Data de internação na UCINCo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- 32) Houve internação na UCINCa? ( ) Sim ( ) Não
- 32.1) Data de internação na UCINCa: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 32.2) Peso do RN (g) no dia da internação na UCINCa: \_\_\_\_\_
- 33) A Temperatura do RN foi medida na 1<sup>o</sup> hora de Admissão na UTIN ou na UCINCo\*? ( ) Sim ( ) Não
- 33.1) Qual a temperatura medida? \_\_ \_\_, \_\_ \_\_

### **MÉTODO CANGURU - Aba do sistema INT/MC**

- 34) Contato Pele a Pele (posição canguru) na UTI Neonatal (UTIN) ou Unidade Intermediária Convencional\*? ( ) Sim ( ) Não
- 35) Tempo de Vida em dias do Primeiro Contato Pele a Pele (posição canguru)\*: \_\_\_\_\_

### **SISTEMA RESPIRATÓRIO - Aba do sistema RESP**

- 36) SDR- Síndrome do Desconforto Respiratório: ( ) Sim ( ) Não
- 37) Adaptação Respiratória ou TTRN: ( ) Sim ( ) Não 38) Hipertensão Pulmonar: ( ) Sim ( ) Não
- 39) Hemorragia Pulmonar: ( ) Sim ( ) Não
- 40) Pneumonia Congênita: ( ) Sim ( ) Não 41) Pneumonia Adquirida: ( ) Sim ( ) Não
- 42) Pneumotórax associado à Ventilação Mecânica Convencional\*: ( ) Sim ( ) Não
- 43) Oxigênio Após Reanimação Inicial: ( ) Sim ( ) Não 43.1) Tempo Total de Oxigênio em dias: \_\_\_\_\_
- 44) Oxigênio no dia 28 de vida: ( ) Sim ( ) Não (.) Não se aplica
- 45) Oxigênio com 36 semanas de IG corrigida: ( ) Sim ( ) Não (.) Não se aplica
- 46) Ventilação Mecânica Convencional\*: ( ) Sim ( ) Não
- 46.1) Ventilação Mecânica Convencional em dias: \_\_\_\_\_

47) Ventilação Mecânica Convencional com 36 semanas de IG corrigida:

( ) Sim ( ) Não (.) Não se aplica

48) CPAP Nasal\*: ( ) Sim ( ) Não 48.1) CPAP Nasal antes ou sem nunca ter recebido Ventilação Mecânica com Cânula Traqueal: ( ) Sim ( ) Não

49) Surfactante em Algum Momento\*: ( ) Sim ( ) Não

49.1) Com quanto tempo de vida realizou primeira dose (Horas)? \_\_\_\_\_

50) Extubação Acidental\*: ( ) Sim ( ) Não

### **CÉREBRO E ABDOMEN - Aba do sistema CA**

51) Convulsão até dia 3 de vida: ( ) Sim ( ) Não

52) Hemorragia Intracraniana: ( ) Grau 0 – Não houve hemorragia intracraniana ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Grau III ( ) Grau IV ( ) Não realizou exame

53) Enterocolite Necrosante\*: ( ) Sim ( ) Não

53.1) Cirurgia ou Drenagem Abdominal para ECN: ( ) Sim ( ) Não

### **INFECÇÃO - Aba do sistema INFC**

54) Infecção Precoce (Menor ou igual a 48h de vida)\*: ( ) Sim ( ) Não

54.1) Se houve infecção precoce, foi confirmada por hemocultura? ( ) Sim ( ) Não

55) Infecção Tardia (Maior que 48h de vida)\*: ( ) Sim ( ) Não

55.1) Se houve infecção tardia, foi confirmada por hemocultura? ( ) Sim ( ) Não

56) Uso de Antibiótico com início na Primeira Semana de Vida para Sepsis\*:

( ) Não usou ( ) Menor ou igual a 48h ( ) Maior que 48 h e menor ou igual 72h ( ) Maior que 72h e menor ou igual a 7 dias ( ) Maior que 7 dias

57) Tratamento para Sífilis Congênita:

( ) Sim, teve sífilis e tratou ( ) Não tratou, mas teve sífilis ( ) Não se aplica

58) Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: ( ) Sim ( ) Não

59) Infecção de Corrente Sanguínea Associada ao Cateter: ( ) Sim ( ) Não

60) Drogas Vasoativas até dia 3 de Vida\*: ( ) Sim ( ) Não

### **ACESSO VASCULAR APÓS ADMISSÃO NA UNIDADE NEONATAL - Aba do sistema AV**

61) Epicutâneo: ( ) Sim ( ) Não 61.1) Duração em dias do Epicutâneo: \_\_\_\_\_

62) Dissecção Venosa: ( ) Sim ( ) Não 62.1) Duração em dias da Dissecção Venosa: \_\_\_\_\_

63) Cateter Umbilical Venoso: Sim ( ) Não ( ) 63.1) Duração em dias do Cateter Umbilical Venoso: \_\_\_\_\_

64) Cateter Umbilical Arterial: Sim ( ) Não ( ) 64.1) Duração em dias do Cateter Umbilical Arterial: \_\_\_\_\_

### **NUTRIÇÃO** - Aba do sistema NUTR

65) Uso de Soro com Aminoácido no Primeiro dia de Vida: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

66) Parenteral plena ou total\*: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

66.1) Tempo de vida em dias no primeiro dia de administração da parenteral: \_\_\_\_\_

66.2) Duração da parenteral em dias: \_\_\_\_\_

67) Enteral\*: ( ) Sim ( ) Não

67.1) Tempo de vida em dias no primeiro dia de administração da enteral: \_\_\_\_\_

67.2) Tipo da primeira enteral:

( ) Leite materno e/ou Colostro – não considerar a colostroterapia

( ) Leite humano pasteurizado ( ) Fórmula

### **RETINOPATIA DA PREMATURIDADE** - Aba do sistema ROP/AC

68) exame de fundo de olho realizado durante a internação\*? ( ) Sim ( ) Não

68.1) Pior grau da retinopatia da prematuridade: ( ) Sem ROP ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

68.2) Realizou cirurgia para ROP? ( ) Sim ( ) Não

### **ANOMALIA CONGÊNITA** - Aba do sistema ROP/AC

( ) Anomalias do Sistema Nervoso Central ( ) Anomalias Cardíacas ( ) Anomalias Gastrointestinais

( ) Anomalias Geniturinárias ( ) Anomalias Cromossômicas ( ) Anomalias Pulmonares

( ) Outros Defeitos Congênitos

69) Qual? \_\_\_\_\_ 70) Cirurgia por Anomalia Congênita: Sim ( ) Não ( )

### **DESFECHO** - Aba do sistema DESF

71) Tipo de Desfecho\*: ( ) Alta Hospitalar ( ) Transferência ( ) Óbito

72) Data do desfecho\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 73) Peso em gramas no desfecho\*: \_\_\_\_\_

74) Perímetro cefálico em centímetros com uma decimal no desfecho: \_\_\_\_\_

75) Dieta prescrita na alta da unidade neonatal:

( ) Leite Materno ( ) Leite Materno + Fórmula ( ) Fórmula

76) Local do óbito: ( ) UTI Neonatal ( ) Local de Parto / Centro Obstétrico ( ) Outros espaços

77) Causa do óbito: Selecione a causa principal

( ) Sepsis ( ) Hemorragia Intracraniana ( ) Asfixia perinatal ( ) Hemorragia Pulmonar

( ) Pneumotórax ( ) Anomalia / Malformação Congênita ( ) Distúrbio metabólico

78) Outra causa? ( ) Sim ( ) Não