

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

Ficha de coleta de dados – Sistema para inclusão do registro: 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^o 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