

**FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO**

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Data do Encaminhamento: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_ Data de Recebimento no CIS: \_\_\_\_\_

**DADOS DA CRIANÇA**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Estratif. da Mãe no Parto: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Telefone do Responsável: \_\_\_\_\_  
Peso Nasc.: \_\_\_\_\_ Peso Alta: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_  
IG do Nasc.: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto:  Normal  Ces rea

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - INTERMEDIÁRIO**

Motivo (conforme Linha Guia - 7ª Edição)	Justificativa
( ) Filhos de mãe negra	
( ) Filhos de mãe indígena	
( ) Filhos de mãe com menos de 15 anos	
( ) Filhos de mãe com mais de 40 anos	
( ) Filhos de mães analfabetas	
( ) Filhos de mães com menos de 03 anos de estudos	
( ) Filhos de mães com histórico de aborto em gestação anterior – aborto (com mais de 20 semanas, no último ano), natimorto ou óbito (na última gestação)	
( ) Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 03 partos	
( ) Filhos de mães que morreram no parto/puerpério	

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - ALTO RISCO**

Motivo (conforme Linha Guia - 7ª Edição)	Justificativa
<b>Afecções Perinatais</b>	
( ) Prematuridade menor ou igual a 34 semanas de idade gestacional	
( ) Baixo peso ao nascer (< 2.000g)	
( ) Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto)	
( ) Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão	
<b>Outros fatores de risco</b>	
( ) Más-formações congênitas/Cromossopatias/Doenças genéticas	
( ) Triagem Neonatal positiva	
( ) Doenças de transmissão vertical confirmadas (STORCH - Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Simples + ZIKA/HIV)	
( ) Desnutrição grave (pelo IMC)	
( ) Obesidade (pelo IMC)	
( ) Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	
( ) Intercorrências repetidas com repercussão clínica	

**HISTÓRIA PREGRESSA DA CRIANÇA**

Descrever o resumo da história pregressa da condição social e de saúde da criança, descrevendo todos os dados relevantes, como alta hospitalar, tratamentos realizados e medicamentos utilizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, IMC, PC e PT).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo do Solicitante \_\_\_\_\_

**PARA USO DO CONSÓRCIO**

**DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da Devolução: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_