

## ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO - MATERNIDADE

### I – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Procedência: ( ) Domicílio ( ) Unidade de Saúde Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### II- HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Fez pré-natal: ( ) Não ( ) Sim. Nº de Consultas: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Peso Nascimento: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_

Perguntar:

- 1- Como está seu bebê?
- 2- Pode mamar no peito ou tomar leite?
- 3- Tem Vômitos?
- 4- Tem dificuldade para respirar?
- 5- Tem febre ou hipotermia?
- 6- Tem convulsões ou movimentos anormais

COLOCAR O QUADRO OBSERVAR E DETERMINAR A DIREITA

**OBS: Os recém-nascidos PIG, GIG, com restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), Prematuros. Fazer glicemia capilar.**

## AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO - QUADRO SÍNTESE

PRIORIDADE MÁXIMA Emergência	PRIORIDADE II URGÊNCIA	PRIORIDADE III AMBULATORIO
<input type="checkbox"/> Convulsão em atividade. <input type="checkbox"/> Letargia/ inconsciência ou flacidez <input type="checkbox"/> Tiragem subcostal grave <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Batimentos de asa de nariz <input type="checkbox"/> Gemido, estridor, sibilância <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Palidez intensa <input type="checkbox"/> Manifestação de sangramento profusos <input type="checkbox"/> Frequência respiratória $\geq 60$ ou $< 30$ rpm <input type="checkbox"/> Enchimento capilar lento ( $> 2$ segundos) <input type="checkbox"/> Sem pulso detectável OBS: Em todos os casos deverá ser feita glicemia capilar imediata. Valor: _____mg/dl	<input type="checkbox"/> Não vai bem/ irritada <input type="checkbox"/> Não consegue mamar ou beber nada <input type="checkbox"/> Vômito tudo <input type="checkbox"/> Temperatura axilar $< 36^{\circ}$ C ou $> 37,5^{\circ}$ C <input type="checkbox"/> Icterícia abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida <input type="checkbox"/> Manifestação de sangramento: equimoses, petéquias e/ ou hemorragias localizadas <input type="checkbox"/> Secreção purulenta do ouvido, do umbigo ou da conjuntiva. <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Peso $< 2000$ g <input type="checkbox"/> Pústulas ou vesículas na pele (muita extensas) <input type="checkbox"/> Anomalias congênicas maiores	<input type="checkbox"/> Manchas na pele <input type="checkbox"/> Obstrução nasal <input type="checkbox"/> Placas brancas na boca (monilíase). <input type="checkbox"/> Hipertrofia mamária sem sinais logísticos <input type="checkbox"/> Granuloma umbilical <input type="checkbox"/> Ausência de evacuações por um período de até sete (07) dias sem distensão abdominal ou vômitos. <input type="checkbox"/> Dificuldades na técnicas amamentação (pega ou posição) <input type="checkbox"/> Secreção vaginal ou sangramento discreto

**CLASSIFICAÇÃO:**  VERMELHO – CONSULTA MÉDICA IMEDIATA  
 AMARELO - CONSULTA MÉDICA OBRIGATÓRIA ( ATÉ 3 HORAS)  
 VERDE – ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL

\_\_\_\_\_  
 PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (assinatura e carimbo)