

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: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO – ALTO RISCO

Motivo (conforme Estratificação de Risco de Crianças de 0 a 2 anos - DELIBERAÇÃO CIB Nº 057 – 06/05/2021)	Justificativa
Características do Nascimento	
() Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g	
() Idade gestacional ≤ 34 semanas	
() Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5o minuto)	
() Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão	
() Malformações congênicas grave (com repercussão clínica)	
() Doenças genéticas, cromossomopatias	
Entre 1 mês e 2 anos	
() Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação	
() Doença genética, malformações congênicas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica	
() Testes de triagem neonatal alterados	
() Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária	
() Sinais de violência / mau trato	
() Desnutrição grave e/ou obesidade	
() Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação	

