



SUMÁRIO DE ALTA DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO

Departamento Científico de Neonatologia da SBP - Gestão 2010-2012

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Prontuário: _____ Nome: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____ Fone: _____

DADOS MATERNS E DO PRÉ-NATAL:

Idade: _____ anos Nº total de gestações: _____ Nº consultas: _____ () ignorado

Doenças prévias: () nenhuma () HAS () Diabetes () Outra: _____

Intercorrências na gestação: () nenhuma () DHEG () Diabetes () TPP () Corioamnionite () HIV+

() STORCH+ Qual? _____ () Outra: _____

Fertilização *in vitro*: () sim () não Corticoterapia antenatal: () sim () não

Colonização GBS: () sim () não () ignorado Profilaxia intraparto: () sim () não () nsa

Hábitos: () Tabagismo () Álcool () Drogas Qual? _____

DADOS DO NASCIMENTO:

Data: _____ / _____ / _____ Local: () na instituição () outra instituição () domicílio () outro

Tipo de parto: () vaginal () cesariana () fórcepe Tempo de bolsa rota: _____ horas

Apresentação pélvica: () sim () não Gemelar: () sim () não Nº fetos: _____ Ordem de nascimento: _____

Reanimação: () não () VPP ar ambiente () VPP O₂ () IT () MC () medicações

Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ (Se RN reanimado: 10º min: _____ 15º min: _____ 20º min: _____)

CPAP em sala de parto: () sim () não Intubação traqueal por dificuldade respiratória: () sim () não

Sexo: () masc () fem () anormalidade do desenvolvimento sexual

Idade gestacional: _____ sem _____ dias (método: _____)

Peso: _____ g Crescimento intrauterino: () AIG () PIG () GIG

Perímetro cefálico: _____ cm Comprimento: _____ cm

DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL/PEDIÁTRICA:

ADMISSÃO

Data: _____ / _____ / _____ Idade: _____ Motivo: _____ Peso: _____ g

DIAGNÓSTICOS

Cardiopulmonar

() DMH () TTRN () SALAM () Hipertensão pulmonar () Apnéia () DBP: () O₂ aos 28dv () O₂ c/ 36 sem IGC

() PCA: () ecocardiograma () diagnóstico clínico () Hipotensão () Choque Tipo: _____

Neurológico

() HIC (grau: _____) () não fez USTF () LPV () Hidrocefalia () EHI () Convulsão

Infecções

() Sepsis precoce (\leq 48 hv) Agente: _____ () HMC negativa

() Sepsis tardia (> 48 hv) Agente 1: _____ Agente 2: _____ () HMC negativa

() Meningite Agente: _____ () Infecção congênita Qual? _____

Outros

() Malformação congênita Qual? _____ () Doença hemolítica: () Rh () ABO

() Hipoglicemia () ECN Grau: _____ () RGE () Doença metabólica óssea () ROP Grau: _____ () não investigada

() Insuficiência renal aguda () Hérnia inguinal () Outros: _____

MEDICAÇÕES

Surfactante: () sim () não Nº doses: _____ Antibiótico: () sim () não Quais? _____
 Antifúngico: () não () profilático () terapêutico Quais? _____
 Antiviral: () sim () não Qual? _____ Indometacina/Ibuprofeno: () sim () não
 Diurético: () sim () não Quais? _____ Tempo de uso: _____ dias
 Corticóide p/ DBP: () não () endovenoso () inalatório

IMUNOPROFILAXIA

Hepatite B: () ao nascer () 1 mês () 2 meses () não recebeu
 Salk: () 2 meses () não recebeu DPT: () 2 meses () não recebeu
 HIB: () 2 meses () não recebeu Pneumococo: () 2 meses () não recebeu
 Anticorpo monoclonal contra VSR: () sim () não Data 1ª dose: ____/____/____

PROCEDIMENTOS**Acesso vascular central**

() CAU () CVU () PICC () Dissecção venosa () Nenhum

Suporte respiratório (após sala de parto)

CPAP nasal: () sim () não Tempo de uso: _____ dias VM convencional: () sim () não Tempo de uso: _____ dias
 VM não invasiva: () sim () não Tempo de uso: _____ dias VAF: () sim () não Tempo de uso: _____ dias
 Tempo total de oxigenioterapia: _____ dias () não usou ONI: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

Outros

Fototerapia: () sim () não Tempo de uso _____ dias Exsanguineotransusão: () sim () não
 Transfusão sanguínea: () sim () não Nº: _____ Data: primeira: ____/____/____ última: ____/____/____
 Drenagem torácica: () sim () não Diálise peritoneal: () sim () não
 Cirurgia: () sim () não Data: ____/____/____ () PCA () ROP () ECN () DVP
 () Hérnia inguinal Outra: _____

NUTRIÇÃO E CRESCIMENTO

Início nutrição enteral: _____ dv Atingiu nutrição enteral plena: _____ dv
 Tipo de leite: () LH () LH+fortificante () Fórmula PT () Outro: _____
 Início Aa endovenoso: _____ dv Tempo de nutrição parenteral: _____ dias Menor peso: _____ g Idade ao recuperar PN: ____ dv

EXAMES COMPLEMENTARES

	DATA	RESULTADO
Teste do Reflexo Vermelho		
Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)	1ª coleta: ____/____/____ 2ª coleta: ____/____/____	
Triagem Auditiva (EOA)		
Ultrassonografia transfontanelar (ou outro exame de neuroimagem)		
Ecocardiograma		
Avaliação oftalmológica		
Triagem metabólica óssea		
Hematócrito/Hemoglobina/Ferritina/Reticulócitos		
Tipagem sanguínea		
Outros		

DADOS DA ALTA:

Data: ____/____/____ Idade cronológica: _____ dias Idade corrigida: _____ sem _____ dias Peso: _____ g
 Comprimento: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm Perímetro torácico: _____ cm Perímetro braquial: _____ cm
 Exame físico: () normal () alterado Especificar: _____
 Exame neurológico: () normal () alterado Especificar: _____
 Alimentação: () SM exclusivo () Fórmula () Mista Medicções: _____
 Oxigenioterapia: () sim () não Problemas para seguimento: _____
 Consultas agendadas: 1ª consulta: ____/____/____ Neuro: ____/____/____ Oftalmo: ____/____/____
 Exames agendados: _____

OBSERVAÇÕES:

Médico responsável pelo preenchimento: