

A. IDENTIFICAÇÃO INICIAL		36. DATA DE VISITA DOMICILIAR (1 coluna/mês)		___/___/___	___/___/___	___/___/___																		
1. Nome da Criança: _____		F. ESTADO ACTUAL DA CRIANÇA																						
2. NID _____		Esta acamado? (Sim/Não) → 																						
3. Idade (meses) _____ 4. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Esta ambulante? (Sim/Não) → 																						
5. Nome da mãe/cuidador: _____		Chora muito? (Sim/Não) → 																						
		Tem falta de apetite? (Sim/Não) → 																						
		Tem apatia ou pouca energia? (Sim/Não) → 																						
B. LOCALIZAÇÃO		G. DOENÇAS ASSOCIADAS COM A CRIANÇA																						
6. Localidade: _____		Tem edemas? (Sim/Não) → 																						
7. Quarteirão: _____ 8. Casa N°: _____		Tem febre? (Sim/Não) → 																						
9. Secretário do bairro: _____		Tem tosse? (Sim/Não) → 																						
10. CLC: _____		Tem diarreia? (Sim/Não) → 																						
11. LC facilitador: _____		Tem infecção da pele? (Sim/Não) → 																						
		Caso sim, foi referido a US? (Sim/Não) → 																						
		Pode verificar a chegada da criança na US através do cartão de saúde (Sim/Não) → 																						
		Caso que a criança recebeu tratamento na US, completou a dose? (Sim/Não) → 																						
C. ESTADO NUTRICIONAL INICIAL		H. CONSULTA DA CRIANÇA SADIJA/ DE RISCO +																						
12. MUAC 		Esta a controlar o peso na US? (Sim/Não) → 																						
COR: Amarelo <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> 		Cumprir com o calendário vacinal? (Sim/Não) → 																						
Medição: _____ mm		Caso não, foi referido a US? (Sim/Não) → 																						
D. LAREIRA		Pode verificar a chegada da criança na US através do cartão de saúde (Sim/Não) → 																						
24. Presenças na Lareira 1 (marcar com X)		I. ÁGUA, HIGIENE E SANEAMENTO																						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	A família tem latrina? (Sim/Não) → 				
1	2	3	4	5	6																			
7	8	9	10	11	12																			
13	14	15	16	17	18																			
Cor ao final da Lareira 1: Verde <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/>		A família usa latrina? (Sim/Não) → 																						
25. Medição ao final da Lareira 1: _____ mm		A família tem o TipTap? (Sim/Não) → 																						
		A família usa o TipTap? (Sim/Não) → 																						
		A família tem água potável em casa? (Sim/Não) → 																						
		Caso sim, de furo? 																						
		Caso sim, por desinfecção solar? 																						
		Caso sim, por Certeza/fervura? 																						
27. Presenças na Lareira 2 (marcar com X)		J. MALÁRIA																						
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	A família tem rede mosquiteira? (Sim/Não) → 				
1	2	3	4	5	6																			
7	8	9	10	11	12																			
13	14	15	16	17	18																			
Cor ao final da Lareira 2: Verde <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/>		Caso sim, a família usa o rede mosquiteira? (Sim/Não) → 																						
28. Medição ao final da Lareira 2: _____ mm		A criança dorme em baixo da rede? (Sim/Não) → 																						
		K. PLANEAMENTO FAMILIAR (PF)																						
29. Medição ao final da Lareira 2: _____ mm		A mãe esta grávida? (Sim/Não) → 																						
		A mãe esta fazer PF? (Sim/Não) → 																						
		Caso sim, qual método? 																						
		Caso que a mãe usa pilulas/preservativos, é utente de CBD? 																						
E. UNIDADE SANITARIA (US) +		L. APOIO COMUNITÁRIO																						
30. Referido para a US?		A família tem acesso gratuito a água do furo? (Sim/Não) → 																						
31. Chegou na US?		A família tem machambá productiva? (Sim/Não) → 																						
32. Foi internada?																								
33. Teve alta?																								
34. Obitou?																								
35. Mudou de residencia?																								