

SUMÁRIO DE ALTA DA CRIANÇA PREMATURA

Nome da instituição/município de nascimento

--

Identificação

Nome da criança:	Gemelar ()
Nome da mãe/genitora:	
Nome do pai/responsável legal:	
Município de residência:	

Dados do nascimento

Data de nascimento __/__/____		Hora __:__
Idade gestacional ____ + ____ - capurro +		() PIG () AIG () GIG
Tipo de parto () normal () cesariana / indicação _____ () instrumentalizado _____	Reanimação neonatal na sala de parto () sim () não () VPP em ar ambiente () VPP O2 () IOT () massagem cardíaca () uso de medicações Qual:	
Sexo () feminino () masculino () não binário	Apgar 1' __/5' __/10' __/ 15' __/20' __	
Peso ao nascer ____ g Perímetro cefálico ____ cm Perímetro torácico ____ cm Estatura ____ cm	Malformação/Síndrome () sim () não Se sim descreva	
Profilaxia () Vitamina K () Nitrato de prata		

Dados da internação ao nascimento

Data da internação __/__/__ Unidade de admissão () UTI Neonatal () Neonatologia clínica	Motivo da internação
--	----------------------

Avaliação inicial de enfermagem na internação

Exame físico	
Pele () íntegra () lesões – especificar	Coloração () rosado () pálido () ictérico Cianose () ausente () extremidades () generalizada
CABEÇA E PESCOÇO	
Crânio () normal () anormal – especificar Fontanelas () normal () anormal – especificar Face () normal () anormal – especificar Orelhas () normal () anormal – especificar Lábio () normal () anormal – especificar Língua () normal () anormal – especificar Outras alterações:	Olhos () normal () anormal – especificar Narinas () normal () anormal – especificar Palato () normal () anormal – especificar Pescoço () normal () anormal – especificar Outras alterações:
TÓRAX – CARDIOPULMONAR	
Dificuldade respiratória () ausente () leve () moderada () intensa () apneias Ausculta pulmonar () normal () anormal – especificar Ausculta cardíaca () normal () anormal – especificar Clavícula () íntegras () fraturadas – local e imobilização Outras alterações:	
ABDÔMEN/QUADRIL/GENITÁLIA/ELIMINAÇÕES	
Abdômen () plano () globoso () distendido	Coto umbilical __ artérias __ veias
RHA () presentes () ausentes Ânus () perfurado () imperfurado Se masculino – testículos () palpáveis () não palpáveis Teste Ortolani () positivo () negativo Outras alterações:	Massas () presentes () ausentes Genitália externa () normal () anormal
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	
Esquerdo () normal () anormal – especificar Direito	

() normal () anormal – especificar

Intercorrências na interação

Cardiopulmonar

Avaliação do cardiologista () sim () não – se sim diagnóstico

Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não

Suporte ventilatório durante a internação:

() CPAP nasal – tempo de uso:

() Ventilação mecânica – tempo de uso:

() O2 livre na incubadora – tempo de uso:

() óxido nítrico – tempo de uso:

() BIPAP nasal – tempo de uso:

() Cateter nasal – tempo de uso:

() Traqueostomia – tempo de uso:

Neurológico

Avaliação do neurologista () sim () não

se sim () clínico () cirúrgico – diagnóstico

() USG transfontanelar data: / / resultado:

data: / / resultado:

data: / / resultado:

Necessidade de acompanhamento pós-alta () sim () não

Infecções e alterações metabólicas

() Sepsis precoce – Agente:

() Sepsis tardia – Agente:

() Infecção congênita – Qual: _____

() hipoglicemia () sim () não – Conduta: _____

☐ hiperglicemia ☐ sim ☐ não – Conduta:

Nutrição

Nutrição parenteral () sim () não Tempo de uso:

Nutrição enteral/SOG/SNG () sim () não Tempo de uso:

Atingiu nutrição enteral plena dias de vida

Tipo de leite:

() LME () LHP () Oferta mista () Aditivos (FM85 e TCM) () Fórmula exclusiva Qual:

Nutrição oral () sim () não

Tipo de leite:

() LME () LHP () Oferta mista () Fórmula exclusiva Qual:

Medicações

Surfactante () sim () não N° de doses:

Antibiótico () sim () não Quais:

Antifúngico () sim () não Quais:

Droga vasoativa () sim () não Quais:

Glicose ☐ sim ☐ não

Insulina () sim () não

Procedimentos

Fototerapia () sim () não Tempo de uso: _____ () exsanguineotransfusão
Transfusão sanguínea () sim () não Quantas: _____ Data da última: __/__/____
Drenagem torácica () sim () não
Cirurgias () sim () não Qual: _____ Data: __/__/____
Qual: _____ Data: __/__/____
Cateter venoso central () sim () não Qual: _____ Data: __/__/____
Qual: _____ Data: __/__/____
Qual: _____ Data: __/__/____

Exames / vacinas e avaliações complementares

Triagem neonatal	Data	Resultado
Teste reflexo vermelho		
Teste do pezinho		
Teste do coraçãozinho		
Teste da orelhinha		
Teste da linguinha		

Avaliações/acompanhamento	Data	Diagnóstico	Conduta
Oftalmologista			
Neurologista			
Cardiologista			
Fonoaudiólogo			
Ortopedista			
Cirurgião pediátrico			
Outros: _____			

Vacinas	Data/Doses
() Hepatite B () Imunoglobulina anti Hepatite B () BCG () Hexavalente () Palivizumabi	

Dados da alta

Data __/__/____		Dias de vida _____	Idade gestacional corrigida ____ +
Peso _____ g Perímetro cefálico ____ cm Perímetro torácico ____ cm Estatura ____ cm		Exame físico geral () normal () anormal Especificar:	
Alimentação () leite materno exclusivo () misto () fórmula _____ () SNE () gastrostomia			
Oxigenioterapia () sim () não Se sim método de oferta _____		Eliminações () em fralda () colostomia () ileostomia () urostomia	
Agendamentos/retornos:			
Exames agendados:			
Observações:			
Enfermeiro responsável pelo preenchimento:			