



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CHECK-LIST

Legenda: *Regular* = assíduo, comum, constante, continuado, cotidiano, frequente, habitual, normal.

1. Minhas palavras favoritas (funcionalidade)

2. Crescimento (ver Caderneta da Criança)

(1) regular (2) irregular:

3. Desenvolvimento (ver Caderneta da Criança)

(1) regular (2) irregular:

Alterações

> sinais de alerta: (1) não (2) não sei (3) sim:

> suspeita de déficit intelectual: (1) não (2) não sei (3) sim:

> suspeita de TEA*: (1) não (2) não sei (3) sim: >.....

> suspeita de Síndrome de Down: (1) não (2) não sei (3) sim:

* aplicar M-Chat-R em crianças entre 16 e 30 meses de idade, disponível na Caderneta da Criança.

4. Educação

> escolaridade: (1) regular (2) irregular:

> dificuldade de aprendizagem: (1) não (2) não sei (3) sim:

5. Uso de dispositivos eletrônicos: (1) não (2) sim:

Qual(is): Horas / dia: __

	Regular	Irregular - descrever
6. Vacinação		
7. Acidentes		
8. Audição		
9. Saúde bucal		
10. Visão (acima de 3 anos)		

11. Situação de violência

(1) não (2) não sei (3) sim:

> autoprovocada: (1) autolesão (2) risco de suicídio

> interpessoal: (1) intrafamiliar (2) comunitária

Natureza: (1) física (2) sexual (3) psicológica (4) negligência/abandono (5) trabalho infantil (6) bullying

Notificação (Vigilância – Viva): (1) sim (2) não (3) não sei

Comunicação ao Conselho Tutelar: (1) sim (2) não (3) não sei

Obs.) situações que envolvam racismo ou outras formas de discriminação podem configurar violência de natureza psicológica e/ou bullying.

12. Acompanhamento de consultas (médicas, de Enfermagem, VDs, outras):

(1) sim (2) não:

13. Preocupações dos pais:

.....
.....

14. Problemas mentais (revisar prontuário)

Exame do estado mental: (1) sem registro (2) sem alterações (3) com alterações, descrever:

.....
.....

Hipótese(s) diagnóstica(s): (1) nenhuma registrada (2) sim, descrever:

.....
.....

Diagnósticos confirmados: (1) nenhum registrado (2) sim, descrever:

.....
.....

15. Tratamentos realizados: (1) nenhum registrado (2) sim, especificar se anteriores ou em andamento:

.....
.....

Registro realizado por: Data: __/__/____