



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

## SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

### 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. Uso de substâncias psicoativas**

(1) não (2) álcool (3) outras:.....

Percepção de risco: (1) sim (2) não

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

(1) sim (2) não: .....

**14. Preocupações dos pais:**

.....  
.....

**15. 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:

.....  
.....

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

.....  
.....

Registro realizado por: ..... Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_