



Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul



rede gaúcha de neonatologia

Manual de Orientações
para
Preenchimento da Ficha Neonatal

Porto Alegre, maio / 2009

**Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul
Diretoria 2008 – 2009**

Presidente

José Paulo Vasconcellos Ferreira

1º Vice-Presidente

Carlos Eduardo Nery Paes

2º Vice-Presidente

Marco Antônio Silveira Funchal

Secretário - Geral

Rita de Cássia Silveira

1º Secretário

Carlos Humberto Bianchi e Silva

2º Secretário

Cristina Rimolo Simões

1º Tesoureiro

Eduardo Jaeger

2º Tesoureiro

Manoel Antônio da Silva Ribeiro

Diretor de Patrimônio

Eduardo Jaeger

Diretor Social

Maria Teresa Nardin Sauer
Jacqueline Lenzi Gatti Elbern

Assessor da Presidência

Ercio Amaro de Oliveira Filho / Paulo de Jesus Hartmann Nader
Jefferson Pedro Piva / Luiz Fernando Loch/Érico Jose Faustini /
Ricardo Halpern

Editor Jornal SPRS

Ignozy Dorneles Jornada Junior

Editor Boletim Científico

Ricardo Sukiennik

Conselho Fiscal

Lauro Luís Hagemann
Paulo Roberto Antonacci Carvalho
Wanderley Ayrton Fleck

Suplentes ao Conselho Fiscal

Alfredo Floro Cantalice Neto
Dilton Francisco de Araújo
Humberto Antônio Campos Rosa

Programa de Educação Permanente em Pediatria

Ricardo Sukiennik
Carlos Humberto Bianchi e Silva
Sergio Luis Amantea
Betânia Barreto de Athayde Bohrer

Curso de Reanimação Pediátrica

Luiz Fernando Loch

Curso de Reanimação Neonatal

Ignozy Dorneles Jornada Júnior

Coord. Comitês/Diretor Científico

Ilson Enk
Patrícia Miranda do Lago

Coord. Rede Gaúcha Neonatologia

Célia Maria Boff de Magalhães
Ivana Rosângela dos Santos Varela

Regionais

Escritório Regional Noroeste

Arnaldo Carlos Porto Neto
Oromar Vasconcelos Suertegaray

Escritório Regional Nordeste

Breno Fauth de Araújo
Darci Luiz Bortolini

Escritório Regional Centro Ocidental

José Carlos Diniz Barradas
Beatriz Silvana da Silveira Porto

Escritório Regional Centro Oriental

Fabiani Waechter Renner
Miriam Neves Eidt

Escritório Regional Sudoeste

Adalberto Rosses
Ana Maria Schmitt de Clausell

Escritório Regional Sudeste

Denise Marques Mota
Marilice Magroski Gomes da Costa

A Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul (SPRS) está fazendo chegar a todas as instituições integrantes da Rede Gaúcha de Neonatologia (RGN) uma ficha revisada para o preenchimento dos dados perinatais, da evolução clínica e dos diagnósticos dos bebês de muito baixo peso.

Esta ficha de preenchimento contempla as principais modificações e solicitações debatidas durante o "VII Workshop da RGN" realizado em Porto Alegre, na sede da SPRS, em junho de 2008.

Com o objetivo de facilitar e uniformizar o preenchimento dos dados na ficha, a SPRS decidiu encaminhar este Manual de Orientações revisado que apresenta todos os aspectos da ficha de preenchimento e procura esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir no momento de coletar os dados junto ao prontuário do paciente ou no momento de informá-los na ficha.


Nas próximas páginas, estão detalhados os diversos campos da nova ficha. A SPRS e a coordenação da RGN estão sempre disponíveis para ajudá-los em qualquer dificuldade e apresentar esclarecimentos adicionais.

Agradecemos a participação de todos e desejamos que esta nova ficha possa estimular a todos nós a nos engajarmos cada vez mais no crescimento e amadurecimento da nossa Rede Gaúcha de Neonatologia.

Um abraço a todos

Dra Célia Maria Boff de Magalhães
Dra. Ivana Rosangela dos Santos Varela
coordenadoras da RGN

Dr Carlos Humberto Bianchi e Silva
secretário da RGN



NOME DA INSTITUIÇÃO

NÚMERO DE PACIENTE ÚNICO
 -

NOME DA INSTITUIÇÃO

No cabeçalho da Ficha da Rede Gaúcha de Neonatologia, informe o nome de sua Instituição no campo correspondente.

NÚMERO DE PACIENTE ÚNICO

Ao iniciar a digitação online o programa lhe fornecerá o número do paciente que deve ser registrado na ficha(papel) Os primeiros três dígitos correspondem ao código de sua instituição (ver abaixo)

Este número de paciente deverá ser registrado na instituição, pois ao ser solicitado algum esclarecimento ou verificação de dados, a instituição deverá ser capaz de identificar o paciente e buscar estas informações junto ao prontuário do paciente.

| número | instituição |
|--------|---|
| 001 | Hospital Mãe de Deus – Porto Alegre |
| 002 | Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre |
| 003 | Hospital Geral – Caxias do Sul |
| 004 | Hospital do Círculo – Caxias do Sul |
| 005 | |
| 006 | Hospital Universitário – Santa Maria |
| 007 | |
| 008 | Hospital Escola Universidade Federal de Pelotas – Pelotas |
| 009 | |
| 010 | Hospital Miguel Riet Correa Jr – Rio Grande |
| 011 | Hospital Luterano ULBRA – Porto Alegre |
| 012 | Hospital da Criança Conceição – Porto Alegre |
| 013 | Hospital Nossa Senhora de Pompéia – Caxias do Sul |
| 014 | |
| 015 | Hospital de Cachoeirinha – Cachoeirinha |
| 016 | Hospital de Alvorada – Alvorada |
| 017 | Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo |
| 018 | Hospital Fêmina – Porto Alegre |
| 019 | |
| 020 | Hospital São Lucas da PUCRS – Porto Alegre |
| 021 | |
| 022 | Hospital Moinhos de Vento – Porto Alegre |
| 023 | |
| 024 | Hospital Saúde – Caxias do Sul |
| 025 | |
| 026 | |
| 027 | Hospital Santa Cruz – Santa Cruz |
| 028 | Santa Casa de Caridade de Bagé – Bagé |
| 029 | Santa Casa de Caridade de Uruguaiana – Uruguaiana |
| 030 | Fundação Hospital de Clínicas Centenário – São Leopoldo |
| 031 | Hospital Universitário São Francisco de Paula – Pelotas |
| 032 | Hospital de Caridade Astrogildo Azevedo – Santa Maria |
| 033 | Hospital Universitário da Ulbra – Canoas |
| 034 | Hospital Divina Providência – Porto Alegre |
| 035 | Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre |

| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | |
|------------------------|---|
| 01 | nome paciente _____ |
| 02 | nome mãe _____ |
| 03 | prontuário _____ <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> CONVÊNIO _____ |
| 04 | endereço / cidade _____ |
| 05 | telefone _____ |

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

01. nome paciente – informe o nome do bebê, procure evitar “RN de ...”

02. nome mãe – informe o nome da mãe do bebê. Este dado é fundamental para o resgate de eventuais perdas ou mal preenchimento de dados.

03. prontuário – informe o número do prontuário do paciente em sua instituição. Este dado é fundamental para o resgate de eventuais perdas ou mal preenchimento de dados. Neste campo, marque o tipo de internação do paciente, isto é, marque “SUS” se a internação é pelo Sistema Único de Saúde, marque “particular” se a internação é privativa e marque “convênio” se a internação é por algum plano de saúde.

04.

05.

É importante salientar que, pela necessidade de absoluto sigilo da identificação dos pacientes, estes dados não fazem parte do Banco de Dados da RGN, e, portanto, não é permitido seu envio à SPRS. Assim, estes dados são de conhecimento apenas da instituição em que ocorreu o nascimento e/ou atendimento. Na RGN, cada paciente é identificado apenas pelo seu “número de paciente único” e por sua instituição.

| DADOS MATERNOS E DO PRÉ-NATAL | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| 06 | idade materna _____ | 07 | a) escolaridade materna _____ b) renda familiar _____ |
| 08 | a) nº de gestações _____ b) nº de abortos _____ | | |
| 09 | pré-natal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | a) nº consultas _____ | 10 |
| | | | corticóide ante-natal <input type="checkbox"/> sim, completo <input type="checkbox"/> sim, incompleto <input type="checkbox"/> não |
| 11 | anormalidades do pré-natal | | |
| | a) <input type="checkbox"/> infec. urinária | e) <input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia | i) <input type="checkbox"/> diabetes |
| | b) <input type="checkbox"/> corioamnionite | f) <input type="checkbox"/> oligodrâmio | j) <input type="checkbox"/> drogas ilícitas |
| | c) <input type="checkbox"/> sofrimento fetal agudo | g) <input type="checkbox"/> anom. cong. | l) <input type="checkbox"/> sífilis |
| | | | m) <input type="checkbox"/> toxoplasmose |
| | | | n) <input type="checkbox"/> ruprema |
| | | | o) <input type="checkbox"/> HIV positivo |
| | | | p) <input type="checkbox"/> RCIU |
| | | | q) <input type="checkbox"/> HBsAg |
| | | | r) <input type="checkbox"/> TPP |
| | | | s) <input type="checkbox"/> DPP |

DADOS MATERNOS E DO PRÉ-NATAL

06. idade materna – informe a idade da mãe, em anos completos, na data do nascimento do bebê. Marque SD, se não tiver a informação.

07. a) escolaridade materna – informe o grau de escolaridade da mãe, em anos de estudo, sem contar as repetências. Marque SD, se não tiver a informação.

08. a) no. de gestações – informe quantas gestações a paciente teve até a data do nascimento deste bebê, incluindo a atual gestação. Marque SD, se não tiver a informação.

b) no. de abortos – informe quantos abortamentos (espontâneos ou não) a paciente teve até a atual gestação. Marque SD, se não tiver a informação.

09. a) pré-natal – marque “sim” quando se constata que a mãe recebeu algum cuidado antenatal antes de ser hospitalizada para o parto. Marque “não” quando a mãe não recebeu nenhum cuidado antenatal prévio a internação. Marque SD, se não tiver a informação.

b) número de consultas – informe o número de consultas que a mãe realizou antes de internar para o parto. Marque SD, se não tiver a informação.

10. corticóide antenatal – marque “sim, completo” quando o parto ocorre depois de 24 horas da primeira dose de corticoide; Marque “sim, incompleto” quando o parto ocorre antes de 24 horas da primeira dose de corticóide e marque “não” quando não recebeu corticóide prévio ao parto. Marque SD, se não tiver a informação.

11. anormalidades do pré-natal – marque sim, não e sem dados (SD) para cada item de anormalidades do prenatal.

| ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO E RECÉM-NASCIDO | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12 | data nascimento ____ / ____ / ____ h: ____ min | | 13 | tipo de parto <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesareana <input type="checkbox"/> domiciliar | |
| 14 | a) gemelar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | 15 | sexo <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> indet | |
| 17 | reanimação em sala de parto | | a) oxigênio | b) máscara | c) tubo endotraqueal |
| | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| 18 | profissional responsável pelo atendimento <input type="checkbox"/> pediatra <input type="checkbox"/> não-pediatra | | 19 | óbito em sala de parto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| 20 | peso de nascimento _____ | 21 | comprimento _____ | 22 | PC _____ |
| | | | | 23 | IG a) _____ semanas |

ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO E RECÉM-NASCIDO

12. data de nascimento – informe o dia, o mês, o ano, a hora e os minutos do nascimento.

13. tipo de parto - marque “vaginal” se o nascimento se deu por via baixa (com ou sem uso de fórceps) e marque “cesareana” para os nascimentos por operação cesareana. Marque “domiciliar” para os bebês nascidos fora do ambiente hospitalar (em casa, automóvel, etc...) e sem dados (SD) quando não tiver a informação.

14. a) gemelar – informe se a atual gestação é gemelar ou não e sem dados quando não tiver a informação.

15. sexo - marque “masculino”, “feminino” ou “indeterminado” (genitália ambígua) conforme o sexo determinado ao nascimento. Item obrigatório.

16. a) Apgar 1º min – informe o escore de Apgar determinado pelo pediatra no 1º minuto de vida. SD, se não tiver a informação.

b) Apgar 5º min – informe o escore de Apgar determinado pelo pediatra no 5º minuto de vida. SD, se não tiver a informação.

17. Reanimação em sala de parto

a) oxigênio – marque “sim” quando recebeu oxigênio suplementar no momento do nascimento, marque “não” se não recebeu. Marque sem dados, quando não tiver a informação

b) máscara – marque “sim” quando a criança recebeu insuflações com pressão positiva com uma máscara de reanimação no momento do nascimento e marque “não” se a criança não recebeu. Marque sem dados, quando não tiver a informação

c) tubo endotraqueal – marque “sim” quando se colocou um tubo endotraqueal para insuflar os pulmões no momento do nascimento e marque “não” se não recebeu. Marque sem dados, quando não tiver a informação

d) massagem cardíaca – marque “sim” quando se realizou massagem cardíaca externa durante a reanimação no momento do nascimento e marque “não” se não se realizou. Marque sem dados, quando não tiver a informação

e) adrenalina – marque “sim” quando se administrou adrenalina por via intravenosa, endotraqueal ou intracardíaca no momento do nascimento e marque “não” se não se administrou. Marque sem dados, quando não tiver a informação

18. profissional responsável pelo atendimento – marque a opção “pediatra”, se o atendimento for realizado por neonatologista, pediatra ou residente em pediatria. Marque “não-pediatra”, para os demais profissionais. Marque sem dados, quando não tiver a informação.

19. óbito em sala de parto – marque “sim” quando a criança falece na sala de partos e marque “não” se a criança não falece na sala de partos. Marque sem dados, quando não tiver a informação.

20. peso de nascimento – informe o peso (em gramas) imediatamente após o nascimento. Dado que estas crianças podem ser pesadas várias vezes em um período curto após o nascimento, anote o primeiro. Se o peso não está disponível ou sabe-se que não é confiável, usa-se o peso ao internar na UTI Neonatal (UTIN).item obrigatório igual ou menor de 1500g.

21. comprimento - informe o comprimento (em centímetros) medido ao nascimento. Se não está disponível ou sabe-se que não é confiável, usa-se a medida ao internar na UTIN.SD, se não tiver a informação.

22. perímetro cefálico - informe o perímetro cefálico (em centímetros) medido ao nascimento. Se o perímetro cefálico não está disponível ou sabe-se que não é confiável, anota-se o medido ao internar na UTIN. Marque sem dados, quando não tiver a informação.

23. idade gestacional – informe a idade gestacional calculada a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM). Quando existem dúvidas clínicas ou se desconhece a idade gestacional calculada pela DUM, a mesma pode ser estimada mediante medidas ecográficas precoces(até 12 semanas), e, com menor precisão, pelo exame físico neonatal (Ballard).

a) semanas – informe a IG em semanas completas. Marque sem dados, quando não tiver a informação.

TRANSPORTE Se a resposta ao item 24 for "não", ir direto para o item 29.

24 RN veio de outro hospital sim não **25** _____

26 duração transporte _____ minutos **27** acompanhamento pediatra médico não-pediatra profissional não-médico

28 recursos utilizados a) incubadora b) venóclise c) monitorização d) oxigênio e) tubo endotraqueal

TRANSPORTE

24. RN veio de outro hospital – marque “sim” se o recém-nascido vem transferido de outro Hospital. Marque “não” se nasceu no próprio Hospital (não considerar o Centro Obstétrico, quando próximo à UTIN, como “transferência” do paciente). Marque sem dados, quando não tiver a informação.

25.

26. duração transporte – informe a duração do transporte minutos. SD, se não tiver a informação.

27. acompanhamento – marque Sim se acompanhado por médico; marque Não se acompanhado por familiar. Marque sem dados se não tiver a informação.

28. recursos utilizados – Marque sim, não e sem dados (SD) para cada item dos recursos utilizados.

CONDIÇÕES NA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL

29 data de admissão ____ / ____ / ____ h ____ min 30 se transporte, idade na admissão ____

31 peso ____ 32 comprimento ____ 33 PC ____ 34 tax ____

35 ____ 36 ____ 37 escore a) SNAP PE II ____ b) CRIB ____

CONDIÇÕES NA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL

29. data da admissão – informe o dia, o mês, o ano, a hora e os minutos da admissão do bebê em sua unidade.

30. se transporte, idade na admissão – informe a idade (em dias de vida) da internação do bebê em sua unidade, considerando o dia de nascimento como “dia 0”. SD, se não tiver a informação.

31. peso – informe o peso do bebê, em gramas, no momento da internação em sua unidade. Item obrigatório.

32. comprimento – informe o comprimento do bebê, em centímetros, no momento da internação em sua unidade. SD, se não tiver a informação.

33. PC – informe o perímetro cefálico do bebê, em centímetros, no momento da internação em sua unidade. SD, se não tiver a informação.

34. tax – informe a temperatura axilar do bebê, em graus Celsius e decimais, ao internar em sua unidade. SD, se não tiver a informação.

35.

36.

37. escore – a RGN optou por utilizar o escore “SNAP PE II” como seu escore de gravidade padrão com o objetivo de permitir comparação com outras redes que utilizam este escore. Se, em sua unidade, o CRIB é o escore utilizado, informe também este escore. Na ficha, encontra-se a tabela do escore SNAP PE II para facilitar o preenchimento deste item.

a) SNAP PE II – informe o escore SNAP PE II conforme a tabela abaixo. O escore é obtido nas primeiras 12 horas da admissão. Após as primeiras 12hs marque NA.(888) Marque sem dados se não tiver as informações.

b) CRIB – informe o escore CRIB se este for o escore atualmente em uso em sua unidade. Marque NA (888), se sua Unidade utilizar somente SNAP PE II.

| CONDIÇÃO | VALOR | ESCORE | CONDIÇÃO | VALOR | ESCORE | CONDIÇÃO | VALOR | ESCORE |
|----------------------------------|---------------|--------|----------------------|-------------------|--------|--|------------|--------|
| Pressão Arterial Média | > 29 mmHg | 0 | pH sanguíneo | > 7,19 | 0 | Peso ao Nascer | > 999g | 0 |
| | 20 - 29 mmHg | 9 | | 7,10 - 7,19 | 7 | | 750 - 999g | 10 |
| | < 20 mmHg | 19 | | < 7,10 | 16 | | < 750g | 17 |
| Temperatura Axilar | > 35,6°C | 0 | Convulsões Múltiplas | Não | 0 | Pequeno para IG (p3 vide tabela abaixo) | Não | 0 |
| | 35,0 - 35,6°C | 8 | | Sim | 19 | | Sim | 12 |
| | < 35,0°C | 15 | Volume Urinário | > 0,9 ml/kg/h | 0 | Apgar no 5º minuto | > 7 | 0 |
| Relação pO2 (mmHg) / FiO2 (%) | > 2,49 | 0 | | 0,1 - 0,9 ml/kg/h | 5 | | < 7 | 18 |
| | 1,00 - 2,49 | 5 | | < 0,1 ml/kg/h | 18 | | | |
| | 0,30 - 0,99 | 16 | | | | | | |
| < 0,30 | 28 | | | | | | | |

TABELA SNAP PE II

Peso de nascimento (p3) para IG: 22sem, 320g; 23 sem, 380g; 24sem, 430g; 25sem, 500g; 26sem, 580g; 27sem, 670g; 28sem, 740g; 29sem, 820g; 30sem, 920g; 31sem, 1.030g; 32sem, 1.140g; 33sem, 1.280g; 34sem, 1.420g; 35sem, 1.580g

| EVOLUÇÃO NA UTI NEONATAL | |
|--|---|
| DIAGNÓSTICOS | INTERVENÇÕES |
| 38 doença da membrana hialina <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 40 persistência canal arterial <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 42 a) realizou ecografia cerebral ou TCC até o 14º dia de vida <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não b) HIC <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sem dados c) se "sim", indique o grau mais severo observado de HIC <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 45 sepse precoce (até 72 horas) a) <input type="checkbox"/> hemocultura positiva <input type="checkbox"/> somente "clínica" <input type="checkbox"/> não b) microorganismo _____ 46 sepse tardia (após 72 horas) a) <input type="checkbox"/> hemocultura positiva <input type="checkbox"/> somente "clínica" <input type="checkbox"/> não b) microorganismo _____ c) infecção confirmada por fungo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sem dados | 39 pneumotórax <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 41 enterocolite necrosante <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 43 a) realizou ecografia cerebral ou TCC até o 14º dia de vida <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sem dados leucomalácia periventricular <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 44 a) realizou avaliação oftalmológica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não b) se "sim", indique o grau mais severo de ROP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 47 a) surfactante <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não b) idade na 1ª dose _____ min c) total de doses _____ 49 indometacina <input type="checkbox"/> sim, uso profilático <input type="checkbox"/> sim, uso terapêutico <input type="checkbox"/> sim, ambos usos <input type="checkbox"/> não 52 oxigênio aos 28 dias (____/____) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica 53 oxigênio com 36 semanas (____/____) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica 55 cirurgias <input type="checkbox"/> a) PCA <input type="checkbox"/> b) ROP <input type="checkbox"/> c) ECN <input type="checkbox"/> d) DVP <input type="checkbox"/> e) hérnia inguinal <input type="checkbox"/> f) _____ 48 suporte respiratório (após sala de parto) <input type="checkbox"/> oxigênio <input type="checkbox"/> vent. mecânica ____ dias <input type="checkbox"/> CPAP nasal ____ dias 51 cateterismo umbilical <input type="checkbox"/> arterial <input type="checkbox"/> arterial e venoso <input type="checkbox"/> venoso <input type="checkbox"/> não 54 a) corticóide para DBP <input type="checkbox"/> sim, endovenoso <input type="checkbox"/> sim, inalado <input type="checkbox"/> sim, ambos <input type="checkbox"/> não b) idade _____ dias |

EVOLUÇÃO NA UTI NEONATAL

Esta parte da ficha se divide em "Diagnósticos", do item 38 ao item 46, e "Intervenções", do item 47 ao item 55.

DIAGNÓSTICOS

38. doença da membrana hialina – marque "sim" quando o recém-nascido teve DOENÇA DE MEMBRANA HIALINA (DMH), definida como:

- Uso de surfactante profilático
- $PaO_2 < 50$ mmHg respirando ar ambiente, cianose central respirando ar ambiente, ou necessitou oxigênio suplementar para manter uma $PaO_2 > 50$ mmHg;
- Radiografia de tórax consistente com DMH: volume pulmonar pequeno e aparência retículo-granular dos pulmões, com ou sem broncograma aéreo.

Marque "não" se o recém-nascido não satisfaz ambos critérios definidos previamente.

Marque sem dados (SD) quando não tiver as informações.

39. pneumotórax – marque "sim" quando o recém-nascido apresentou ar extrapleural diagnosticado por radiografia de tórax ou por punção com agulha (toracocentese) e marque "não" se o recém-nascido não teve ar extrapleural diagnosticado por radiografia de tórax nem por punção com agulha (toracocentese). Marque sem dados quando não tiver as informações

40. persistência canal arterial – marque "sim" quando há ecocardiograma doppler que evidencie shunt esquerda-direita e/ou sopro cardíaco compatível com persistência de ducto arterioso ou dois ou mais dos seguintes sinais:

- Pulsos periféricos amplos
- Precórdio hiperativo
- Evidência radiográfica de cardiomegalia ou edema pulmonar
- Impossibilidade de diminuir parâmetros respiratórios (Pressão, FR, FiO_2) depois de 48 horas de nascido

Marque "não" se a criança não satisfaz as definições indicadas acima. Marque sem dados quando não tiver as informações

41. enterocolite necrosante – marque "sim" quando a criança tem ECN diagnosticada por cirurgia, necrópsia ou por clínica e radiografia usando os critérios apresentados a seguir:

Presença de um ou mais dos seguintes sinais clínicos:

- Residual gástrico bilioso ou vômitos
- Distensão abdominal
- Sangue visível ou oculto em material fecal (sem fissura)

Presença de um ou mais dos seguintes achados radiológicos:

- Pneumatose intestinal
- Gás hepato-biliar
- Pneumoperitônio

Marque "não" se a criança não satisfaz a definição de ECN descrita acima. Marque sem dados quando não tiver as informações

42. realizou ecografia cerebral ou TCC até o 14º dia de vida – marque “sim” se o bebê tiver realizado ecografia cerebral ou tomografia computadorizada de crânio. Marque não, quando não realizou exame de imagem. Marque sem dados se não tiver a informação.

a) HIC – marque “sim” se o bebê apresentou algum grau de hemorragia periintra-ventricular. Marque “não” se não apresentou.

b) se sim, indique o grau mais severo observado de HIC – se a resposta da questão “42 b” for “sim”, informe o grau mais severo de HIC observado:

- marque “1” se apresentou hemorragia da matriz germinal (subependimária) somente
- marque “2” se apresentou sangue intra-ventricular, sem dilatação ventricular
- marque “3” se apresentou sangue intra-ventricular com dilatação ventricular
- marque “4” se apresentou hemorragia intraparenquimatosa

43. leucomalácia periventricular – a) realizou eco cerebral ou TCC após o 14º dia de vida. Marque “sim” quando a criança tem evidências de leucomalácia periventricular cística em ecografia cerebral transfontanelar ou tomografia computadorizada de crânio (TCC). Marque “não” se não há evidência de leucomalácia periventricular em nenhuma ecografia (ou TCC). Marque “não se aplica” se a criança não realizou nenhum exame de neuroimagem.

44.a) realizou avaliação oftalmológica – marque “sim” se o bebê foi avaliado por oftalmologista e realizou avaliação do fundo de olho para retinopatia da prematuridade; marque “não” se não realizou. Marque NA se faleceu ou teve alta antes dos 28 dias de vida. Marque sem dados quando não tiver informação.

b) ROP – Se sim, indique o grau mais severo de ROP:

- marque “1” se houver apenas linha de demarcação
- marque “2” quando houver elevação de tecido cicatricial
- marque “3” quando houver proliferação fibrovascular extraretiniana
- marque “4” quando houver descolamento parcial da retina
- marque “5” quando houver descolamento total da retina

Marque sem dados quando não tiver a informação

45. sepse precoce (até 72 horas)

a) marque “hemocultura positiva” caso se identifique patógeno bacteriano em cultura de sangue ou líquido cefalorraquidiano obtido até 72 horas. Marque “somente clínica” se o RN apresentar fatores de risco (BR mais de 24 horas, ITU materna, corioamionite ou febre materna), sinais clínicos (taquipnéia, má perfusão, instabilidade térmica, hipotensão/choque, apnéia, icterícia precoce, prostração ou recusa alimentar) e exames laboratoriais alterados (leucocitose > 25.000, leucopenia < 5.000, plaquetopenia, desvio à esquerda ou relação i/t >0,2). Marque “não” se apresentou nenhuma destas situações.

b) microorganismo – informe o(s) patógeno(s) identificados em cultura de sangue ou líquido.

Marque sem dados quando não tiver a informação

46. sepse tardia (após 72 horas)

a) marque “hemocultura positiva” caso se identifique patógeno bacteriano em cultura de sangue ou líquido cefalorraquidiano obtido após 72 horas de vida. Marque “somente clínica” se o RN apresentar fatores de risco (BR mais de 24 horas, ITU materna, corioamionite ou febre materna), sinais clínicos (taquipnéia, má perfusão, instabilidade térmica, hipotensão/choque, apnéia, icterícia precoce, prostração ou recusa alimentar) e exames laboratoriais alterados (leucocitose > 25.000, leucopenia < 5.000, plaquetopenia, desvio à esquerda ou relação i/t >0,2), após 72 horas de vida. Marque “não” se apresentou nenhuma das situações descritas.

b) microorganismo – informe o(s) patógeno(s) identificados em cultura de sangue ou líquido.

c) infecção confirmada por fungo – marque “sim” se houver hemocultura ou cultural de líquido positivos para fungos, marque “não” se não houver.

Marque sem dados quando não tiver a informação.

INTERVENÇÕES

47. a) surfactante – marque “sim” se o recém-nascido recebeu surfactante exógeno, em qualquer momento durante a internação. Marque “não” se não recebeu surfactante exógeno. SD, se não tiver a informação.

b) idade na 1ª dose - informe a idade, em que o bebê recebeu a 1ª dose de surfactante exógeno em minutos. SD, se não tiver a informação.

c) total de doses – informe o total de doses de surfactante que o RN recebeu.

Marque sem dados quando não tiver a informação

48. suporte respiratório (após sala de parto) – marque sim, não e sem dados para cada item:

- Marque “oxigênio” quando o recém-nascido recebeu oxigênio em qualquer momento depois que saiu da sala de parto, Informe o número de dias. SD, se não tiver a informação.
- marque “CPAP nasal” - quando o recém-nascido recebeu pressão positiva contínua por dispositivo nasal em algum momento após ter saído da sala de parto. Informe o número de dias. SD, se não tiver a informação.
- marque “ventilação mecânica” - quando o recém-nascido esteve em ventilação positiva intermitente em algum momento após ter saído da sala de parto. Informe o número de dias. SD, se não tiver a informação.

49. indometacina – marque “sim, uso profilático” quando a criança tiver recebido indometacina como profilaxia de hemorragia intraventricular. Marque “sim, uso terapêutico” quando a criança recebeu indometacina para tratamento do ducto arterioso persistente. Marque “sim, ambos usos” quando a criança tiver recebido indometacina para profilaxia de hemorragia intraventricular e também para tratamento do ducto arterioso persistente. Marque “não” se não recebeu. Informe sem dados quando não tiver a informação.

50. Ibuprofeno – marque sim, não ou sem dados.

51. cateterismo – marque “arterial” se teve um cateter introduzido em artéria umbilical e permanece após a verificação radiológica de sua posição. Marque a opção “arterial e venoso” se teve um cateter introduzido em artéria E veia umbilicais e permanece após a verificação radiológica de sua posição. Marque “venoso” se teve um cateter introduzido em veia umbilical e permanece após a verificação radiológica de sua posição. Marque “não” se não teve cateter em artéria nem veia umbilicais. Marque sem dados quando não tiver a informação.

52. O₂ 28 dias - refere-se à “dependência” de oxigênio no momento em que o RN completa 28 dias de idade de vida (27º dia de vida, pois consideramos o dia do nascimento como dia “0” de vida), ao lado do título do item há um espaço para se escrever a data em que o bebê completa 28 dias de vida para facilitar a busca dos dados no prontuário. Marque “sim” quando a criança está hospitalizada e tem necessidade ininterrupta de oxigênio suplementar na data em que completa 28 dias de vida e marque “não” se a criança está hospitalizada e não recebe oxigênio na data em que completa 28 dias de vida. Marque “não se aplica” se a criança não está em seu hospital na data que completa 28 dias de vida e ou se foi a óbito. Marque sem dados quando não tiver a informação.

53. O₂ 36 semanas – refere-se à “dependência” de oxigênio no momento em que o RN completa 36 semanas de idade gestacional corrigida, ao lado do título do item há um espaço para se escrever a data em que o bebê completa 36 semanas para facilitar a busca dos dados no prontuário. Marque “sim” quando a criança está hospitalizada e tem necessidade ininterrupta de oxigênio suplementar na data em que completa 36 semanas de idade gestacional corrigida e marque “não” se a criança está hospitalizada e não recebe oxigênio na data em que completa 36 semanas de idade gestacional corrigida. Marque “não se aplica” se a criança não está em seu hospital na data que completa as 36 semanas de idade gestacional corrigida e ou se foi a óbito. Ou se a criança tem uma idade gestacional de 36 semanas e 1 dia ou mais ao nascimento. Marque sem dados quando não tiver a informação.

54. corticóide para DBP

a) marque “sim, endovenoso” quando o corticóide foi usado, de forma endovenosa, depois do nascimento para tratar a DBP. Marque “sim, inalado” quando o corticóide foi usado, de forma inalatória (nebulização, aerossol ou no circuito de ventilação), para tratar a DBP. Marque “sim, ambos” quando o corticóide tiver sido utilizado por ambas as vias de administração, conforme já descrito. Marque “não” se o corticóide não foi usado depois do nascimento para tratar DBP.

NA e SD

b) informe a idade (em dias de vida), considerando o dia de nascimento como “dia 0”, em que o bebê recebeu corticóide pela 1ª vez para tratamento da DBP. SD

55. cirurgias –Marque sim,não ou sem dados (SD) para cada item:. A abordagem vascular para vias de infusão não é considerado procedimento cirúrgico.

a) **PCA** – quando se realizou cirurgia para ducto arterioso persistente

b) **ROP** – quando se realizou tratamento com laser e/ou cirurgia para terapia da retinopatia

c) **ECN** – quando se realizou cirurgia para enterocolite necrosante

d) **DVP** – quando se colocou uma derivação ventricular

e) **Hernia** – quando se realizou cirurgia para correção de hérnia inguinal

f) **Outras** – quando se realizou cirurgia em decorrência de outra patologia

NUTRIÇÃO

56 idade início alimentação enteral _____

57 idade início da oferta de AA parenterais _____

58 idade ao atingir "dieta enteral plena" _____

59 NPT a) duração _____ b) complicações _____
c) não usou

60 curva ponderal

| | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| a) idade do peso mais baixo _____ | f) peso 20 dias _____ |
| b) idade do peso recuperado _____ | g) peso 27 dias _____ |
| c) peso mais baixo _____ | h) peso 34 dias _____ |
| d) peso 6 dias _____ | i) peso 41 dias _____ |
| e) peso 13 dias _____ | j) peso 48 dias _____ |
| | k) peso 55 dias _____ |

61 se recebeu leite materno, utilizou aditivo

sim não

não recebeu LM

62 se recebeu fórmula láctea, utilizou fórmula especial para RN prematuro

sim não

não recebeu fórmula

NUTRIÇÃO

56. idade início alimentação enteral – informe a idade, em dias de vida, da primeira alimentação enteral, por mais de 48 horas, mesmo que venha a ser interrompida posteriormente. Lembrar que o dia de nascimento é o dia "0". Se óbito : NA.

57. idade início da oferta de AA parenterais – informe a idade, em dias, em que o bebê recebeu pela primeira vez solução de aminoácidos parenteral (nutrição parenteral parcial).

58. idade ao atingir "dieta enteral plena" – informar a idade, em dias de vida (considerando o dia de nascimento o "dia 0"), em que o bebê recebeu, pela primeira vez, volume hídrico em torno de 120ml/kg por dia por via enteral, mesmo que este volume venha a ser reduzido ou mesmo suspenso posteriormente.

59. NPT –Marque sim, não ou sem dados (SD).

a) duração – informe a duração total, em dias, do uso de nutrição parenteral (total ou parcial, isto é, solução de aminoácidos e/ou lipídios endovenosos), independentemente se foi em um único período ou em diversos momentos durante a internação.

b) complicações – Marque sim, não ou sem dados.

c) marque cada complicação: sim, não e sem dados

d) Se óbito antes das 24 horas de vida – NA

60. curva ponderal – para o adequado preenchimento deste quadro, lembre que o dia do nascimento é o "dia 0"; portanto, peso aos 6 dias corresponde, na realidade, ao 7º dia de vida (exemplo: dia de nascimento 15/01/2005, "dia 0" = 15/01, "dia 1" = 16/01, "dia 2" = 17/01, ..., "dia 6" = 21/01 e assim por diante.).

a. idade do peso mais baixo – informe a idade do 1º dia que apresentou o peso mais baixo desde o nascimento.

b. idade do peso recuperado – informe a idade (em dias de vida) do 1º dia em que o bebê teve novamente o peso de nascimento, ainda que posteriormente tenha perdido e voltado a ganhar.

c. peso mais baixo – informe o peso (em gramas) mais baixo obtido desde o nascimento.

d. peso 6 dias – informe o peso (em gramas), no 6º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

e. peso 13 dias – informe o peso (em gramas), no 13º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

f. peso 20 dias – informe o peso (em gramas), no 20º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

g. peso 27 dias – informe o peso (em gramas), no 27º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

h. peso 34 dias – informe o peso (em gramas), no 34º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

i. peso 41 dias – informe o peso (em gramas), no 41º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

j. peso 48 dias – informe o peso (em gramas), no 48º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

k. peso 55 dias – informe o peso (em gramas), no 55º dia de vida, considerando o dia de nascimento como "dia 0".

Marque SD e NA

61. se utilizou leite materno, utilizou aditivo para leite materno – este item se refere especificamente à utilização de aditivos para leite humano (como FM 85 ou outros, por exemplo). Marque "sim" se usou LH com aditivo, marque "não" se recebeu LH sem aditivos e marque NA, se não recebeu leite materno ou de banco de leite.

Marque sem dados se não tiver a informação.

62. se recebeu fórmula láctea, utilizou fórmula especial para RN prematuro – este item se refere especificamente à determinação do tipo de fórmula láctea utilizada. Marque "sim", se recebeu fórmula láctea para prematuros (como Pré-Nan ou outros, por exemplo) em qualquer momento da internação; marque "não", se recebeu fórmula láctea não especial (como Nan, Nestogeno ou outros, por exemplo) e marque NA, se não recebeu nenhum tipo de fórmula láctea durante a internação.

Marque sem dados se não tiver a informação.

DIAGNÓSTICOS DURANTE A INTERNAÇÃO

cardiopulmonar

63

b) HPPRN

c) BCP congênita

d) enfisema

f) TTRN

g) DBP

i) SAM

j) apnéia PMT

k) hemorragia pulm.

malformações

70 _____

neurologia

64

a) hidrocefalia

c) tocotraumatismo (lesão nervosa)

e) convulsão

f) EHI - asfixia

metabólico

65

a) hipogli

b) hipo Ca

c) hiper Na

d) hipo Na

e) hipergli

infecções

67

a) diarreia

b) meningite

c) onfalite

d) conjuntivite

g) HIV

h) tétano

i) infec cutâneas

j) sífilis

k) rubéola cong

l) CMV

m) toxoplasmose

hematologia

68

a) D. hemorrágica RN

b) incomp Rh

c) incomp ABO

d) icterícia PMT

e) policitemia

f) anemia

g) hemorragia umb

h) eritropoetina

i) transfusões

renal

69

a) insuficiência renal

b) hematuria

c) diálise peritoneal

DIAGNÓSTICOS DURANTE A INTERNAÇÃO

63. cardiopulmonar – marque sim,não e sem dados para cada item

64. neurologia – marque sim,não e sem dados para cada item.

65. metabólico – marque sim,não e sem dados para cada item.

66. outros – marque sim,não e sem dados para cada item.

67. infecções – marque sim,não e sem dados para cada item.

68. hematologia – marque sim,não e sem dados para cada item.

69. renal – marque sim,não e sem dados para cada item.

70. malformações - marque sim,não e sem dados para cada item

Selecione as malformações

| anomalias SNC | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------|---------------------------------------|
| 120 | anencefalia | 121 | espinha bífida / meningomielocoele |
| 123 | hidrocefalia | 124 | microcefalia |
| 127 | outras anomalias SNC | | |
| anomalias cardiopulmonares | | | |
| 128 | tronco arterioso | 129 | transposição de grandes vasos |
| 131 | ventrículo único | 132 | dupla via de saída ventrículo direito |
| 134 | atresia pulmonar | 135 | atresia tricúspide |
| 137 | coartação da aorta | 138 | retorno venoso pulmonar anômalo |
| 130 | tetralogia de Fallot | 133 | canal atrio-ventricular completo |
| 136 | hipoplasia ventricular. esquerdo | 139 | outras anomalias cardiorrespiratórias |
| anomalias aparelho digestivo | | | |
| 140 | fissura de palato | 141 | fístula tráqueo-esofágica |
| 143 | atresia de cólon ou reto | 144 | ânus imperfurado |
| 146 | gastroquise | 147 | atresia de duodeno |
| 149 | atresia ileal | 150 | outras anomalias gastrointestinais |
| 142 | atresia de esôfago | 145 | onfalocele |
| 148 | atresia de jejuno | | |

| anomalias genito-urinárias | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|---|
| 151 | genitais malformados | 152 | agenesia renal bilateral | 153 | rins policísticos / multicísticos / displásicos |
| 154 | hidronefrose congênita | 155 | extrofia de bexiga | 156 | outras anomalias genito-urinárias |
| anomalias cromossômicas | | | | | |
| 157 | trissomia do 13 | 158 | trissomia do 18 | 159 | trissomia do 21 (síndrome de Down) |
| 160 | outras anomalias cromossômicas | | | | |
| outras anomalias | | | | | |
| 126 | lábio leporino | 161 | polidactilia | 162 | sindactilia |
| 163 | displasia esquelética | 164 | pés equinovaros / taloalgus | 166 | hidropsia fetal |
| 167 | oligodrâmnio severo | 168 | outras anomalias musculoesqueléticas | 169 | anomalias cutâneas |

ALTA HOSPITALAR

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 71 data alta ____/____/____ | 72 idade na alta ____ dias | 73 IG corrigida a) ____ semanas |
| 74 peso na alta _____ | | |
| 77 alimentação na alta <input type="checkbox"/> leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> fórmula láctea <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> alimentação parenteral <input type="checkbox"/> não se aplica | | 78 condições na alta <input type="checkbox"/> para casa <input type="checkbox"/> transferência _____ <input type="checkbox"/> óbito |

ALTA HOSPITALAR

71. data alta – informe a data (dia, mês e ano) em que o bebê deixou sua unidade, mesmo que venha a reinternar posteriormente. Marque o horário, caso ocorra o óbito.

72. idade na alta ... dias – informe a idade, em dias de vida e considerando o dia de nascimento como “dia 0”, em que o bebê saiu de sua unidade.

73. IG corrigida – informe a idade gestacional corrigida (idade gestacional + idade na alta), em semanas completas, no momento em que o bebê saiu de sua unidade.

a) semanas – informe o número de semanas completas no momento da saída do bebê de sua unidade.

74. peso na alta – informe o peso (em gramas) no dia da alta hospitalar ou da transferência para outra instituição

75.

76.

77. alimentação na alta – marque a opção “leite materno exclusivo” se o bebê teve alta do hospital recebendo leite materno exclusivamente, sem necessidade de suplementação com fórmula láctea. Marque a opção “fórmula láctea” se o bebê saiu de sua unidade recebendo apenas fórmula láctea. Marque a opção “mista” se o bebê teve alta em aleitamento materno e recebendo fórmula láctea complementarmente. Marque “alimentação parenteral” se o bebê teve alta de sua unidade recebendo nutrição parenteral (total ou parcial); pode-se marcar esta opção conjuntamente com qualquer das opções anteriores. Marque a opção “não se aplica” para os bebês que faleceram. Marque sem dados quando não tiver a informação.

78. condições na alta – marque a opção “para casa” quando o bebê tiver recebido alta de sua unidade diretamente para o domicílio. Marque “transferência” quando o bebê estiver saindo de sua unidade para outra instituição hospitalar; neste caso, informe a instituição para onde foi transferido o bebê. Marque a opção “óbito” quando o bebê tiver falecido em sua unidade;

