

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNIPI



FICHA DE REFERENCIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA

Nome: _____
 Data Nasc: ____/____/____ Género: Masculino Feminino NISS _____
 Residência: _____ C.P. _____ - _____

LOCAL ONDE SE ENCONTRA A CRIANÇA:

Domicílio: Ama: Creche J.I.: Outro: Qual _____

Familiar Responsável - (Grau de parentesco) _____ Nome: _____



T.M.: _____

Mail: _____

MOTIVOS DA REFERENCIAÇÃO : MARQUE UMA X EM CADA CONDIÇÃO IDENTIFICADA

1. ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES OU ESTRUTURAS DO CORPO	2. RISCO GRAVE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO	SERVIÇOS ENVOLVIDOS DE:
<p>1.1. Atrasos de Desenvolvimento s/etiologia conhecida</p> <p>Abrangendo uma ou mais áreas validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito:</p> <p><input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Linguagem e Comunicação <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Social e Adaptativa</p> <p>1.2. Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas</p> <p>Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, <u>entre outras</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil) <input type="checkbox"/> Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neuro-fibromatose) <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos) <input type="checkbox"/> Doença metabólica (p. ex. mucopolisacaridoses, glicogenoses) <input type="checkbox"/> Déficite sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite) <input type="checkbox"/> Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica) <input type="checkbox"/> Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo) <input type="checkbox"/> Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.</p>	<p>2.1. Crianças Expostas a Factores de Risco Biológico</p> <p>Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, <u>entre outros</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; <input type="checkbox"/> Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); <input type="checkbox"/> Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); <input type="checkbox"/> Prematuridade < 33 semanas de gestação; <input type="checkbox"/> Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg); <input type="checkbox"/> Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação; <input type="checkbox"/> Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais). <input type="checkbox"/> Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões) <input type="checkbox"/> Hemorragia intraventricular <input type="checkbox"/> Infeções congénitas (Grupo TORCH) <input type="checkbox"/> Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite) <input type="checkbox"/> Traumatismos cranianos graves <input type="checkbox"/> Otite média crónica com risco de déficite auditivo</p>	<p>1. ACÇÃO SOCIAL</p> <p>Serviço Local : TR - _____ RSI/Instituição/TR - _____ Processo Tribunal <input type="checkbox"/> PPP <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Outro TR - _____ Instituição c/acordos S.S. - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ Ama / Nome: _____ TR: _____</p> <p>2. CPCJ</p> <p>Qual : _____ TR : _____</p> <p>3. IPSS / INSTITUIÇÕES</p> <p>Qual : _____ Tipo de Resposta: <input type="checkbox"/> Creche Familiar <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> J.I. <input type="checkbox"/> Apoios Específicos Qual : _____</p> <p>4. SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO</p> <p>J.I: _____ Tem Educação Especial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TR: _____</p> <p>5. SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>Hospital: _____ Responsáveis: _____</p>
<p>2.2. Crianças Expostas a Factores de Risco Ambiental</p>		
Factores de Risco Parentais	Factores de Risco Contextual	

<input type="checkbox"/> Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas <input type="checkbox"/> Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) * <input type="checkbox"/> Doença do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Doença física incapacitante ou limitativa <input type="checkbox"/> Escolaridade <4º ano (ensino básico de acordo com a idade) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Penha, T. (2000) Tipologia de maus-tratos</i> 	<input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social) <input type="checkbox"/> Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) <input type="checkbox"/> Preocupações acentuadas , expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança	_____ Entidade Saúde Local _____ _____ Médico de Referência: _____ _____ Outros Técnicos: _____ _____ Contactos (☎,TM,Mail): _____ _____ _____
Os pais foram informados desta referênciação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Os pais foram orientados para o serviço de I.P. da sua área (ELI) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data Preenchimento: _____ Data de entrada na ELI: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO REFERENCIADOR: Nome: _____ Serviço: _____ Contactos: (morada, telefone, email) _____ ☎ _____ Mail: _____		

Traduzido e adaptado pela Eq I.P do ISS, IP/CDL – SATPR (TNM/MGP)