



# FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NA MAMI E ACOMPANHAMENTO

Informações básicas				
Nome da criança			Data de inscrição	___/___/___
			N.º de Identificação	
Nome do cuidador principal			Data de nascimento	___/___/___
			Sexo	masculino      feminino
Telefone de contacto 1			Telefone de contacto 2	
Endereço	Província:	Distrito:		Aldeia:
Caraterísticas da casa/ pontos de referência				

Número da visita	Adm (0)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Data										
Idade em meses										

Monitorização: <i>Evolução clínica do bebé</i>										
Sinal de perigo										
Edema										
Episódio de doença (S - descrever/N)										
Clinicamente bem e alerta										

Monitorização: <i>Crescimento/estado nutricional</i>										
Peso (kg)										
Variação de peso (g/kg/dia)										
Peso-idade (valor-z)										
Comprimento (cm)										
Peso-comprimento (valor-z)										
Perímetro braquial (mm) - bebé										
Perímetro braquial (mm) - mãe										
*VARIAÇÃO DE PESO: Se não estiver a ganhar o peso adequado, pondere repetir a avaliação e/ou encaminhar para internamento hospitalar. (baixa = <5g/kg/dia; adequada = 5-10g/kg/dia; boa = >10g/kg/dia)										

Monitorização: <i>Alimentação</i>										
Estado de amamentação (Aleitamento materno exclusivo/Misto/Sem aleitamento materno)										
Pelo menos 8-12 refeições em 24h? (S/N)										
Pelo menos 5-6 fraldas molhadas em 24h (urina)? (S/N)										
Pelo menos 2 fraldas sujas em 24h (fezes)? (S/N)										
As mamas e mamilos estão confortáveis? (S/N)										
Sem aleitamento materno ou com alimentação mista: consome fórmula para lactentes segura e apropriada (S/N)										
Existe alguma preocupação relativa à alimentação? (S/N)										

Monitorização: <i>Saúde mental materna</i>										
Como se sente em comparação com a última consulta? (-, 0, +)										
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas? (0, 1, 2, 3)										
Sente-se em baixo, deprimida ou desesperada? (0, 1, 2, 3)										
Pontuação nas perguntas 2 e 3:										
Se a pontuação total nas perguntas 2 e 3 for de 3 ou mais, repita a Avaliação da Saúde Mental Materna da MAMI e encaminhe com base no resultado.										

PRÓXIMA CONSULTA E PRINCIPAIS RESULTADOS										
Nome do examinador										
Resultado da consulta										
Data da próxima consulta										
Códigos do resultado: <b>A</b> =ausente; <b>D</b> =faltoso (ausente durante 3 consultas consecutivas); <b>INP</b> =encaminhamento para internamento hospitalar; <b>AO</b> =deixou de ser elegível aos 6 meses; <b>X</b> =faleceu										

## Resumo da consulta e conselhos dados

(encaminhe para a Avaliação MAMI original para garantir que os principais problemas foram resolvidos; converse também sobre quaisquer novas preocupações)

Data	Medidas e conselhos dados	Data	Medidas e conselhos dados
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	
___/___/___		___/___/___	

## TÓPICOS para debater com TODOS os cuidadores (data considerada e notas)

1. Relaxamento	(TODAS AS CONSULTAS)
2. Choro, sono	
3. Cuidados afetivos	
4. Apoio da família/pai	
5. Planejamento familiar	
6. Alimentação complementar	

## AJA DETERMINE A FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO SUBSEQUENTE (AVALIE EM CADA VISITA):

<b>Reduza a frequência quando se verificam TODOS os aspetos seguintes:</b>	<input type="checkbox"/> Ganho de peso adequado durante pelo menos 2 semanas consecutivas (mais de 5g/kg/dia) <input type="checkbox"/> Problemas clínicos resolvidos (ou em resolução) <input type="checkbox"/> Problemas de alimentação resolvidos (ou em resolução) <input type="checkbox"/> Problemas de saúde/saúde mental materna resolvidos (ou em resolução) <input type="checkbox"/> Mãe/cuidador satisfeito com os progressos	quinzenalmente → mensalmente
<b>Mantenha a frequência corrente quando se verifica QUALQUER UM dos seguintes aspetos:</b>	<input type="checkbox"/> Ganho de peso inadequado (menos de 5g/kg/dia) <input type="checkbox"/> Sinal ou sintoma clínico continuado <input type="checkbox"/> Problemas de alimentação continuados <input type="checkbox"/> Problema de saúde mental materna continuada <input type="checkbox"/> A mãe/cuidador tem preocupações continuadas que exigem apoio/consultas regulares	quinzena → quinzenalmente
<b>Aumente a frequência quando se verifica QUALQUER UM dos seguintes aspetos:</b>	<input type="checkbox"/> Alguma perda de peso (fora do período pós-natal imediato) <input type="checkbox"/> Ganho de peso inadequado ao fim de 3 semanas (menos de 5g/kg/dia)	quinzenalmente → semanalmente
<b>Encaminhe para o hospital ou serviços especializados quando se verifica QUALQUER UM dos seguintes aspetos:</b>	<input type="checkbox"/> Qualquer novo sinal de perigo de GIDI → encaminhamento URGENTE para o hospital <input type="checkbox"/> Perda de peso significativa <input type="checkbox"/> Problema de saúde mental agravado	

## VISITA FINAL: RESULTADO AOS 6 MESES DE IDADE

<b>PASSO 1:</b> Evolução clínica do bebé	<input type="checkbox"/> bebé clinicamente bem	<input type="checkbox"/> qualquer problema clínico novo/continuado	<input type="checkbox"/> qualquer sinal de perigo
<b>PASSO 2:</b> Estado nutricional do bebé e da mãe	<input type="checkbox"/> nenhum sinal de risco nutricional	<input type="checkbox"/> elegível para serviços de nutrição, por ex.: peso-comprimento ou peso-idade baixo: <-2 ou <-3 perímetro braquial baixo: <125 mm ou <115 mm ou edema	-
<b>PASSO 3:</b> Progresso da alimentação do bebé	<input type="checkbox"/> nenhum sinal de problema de alimentação	<input type="checkbox"/> problema de alimentação continuado	-
<b>PASSO 4:</b> Saúde mental materna	<input type="checkbox"/> nenhum problema de saúde mental materna	<input type="checkbox"/> problema de saúde mental materna novo ou continuado (pontuação 10-14)	<input type="checkbox"/> problema de saúde mental materna novo ou continuado (pontuação 15+)
<b>Classifique e encaminhe</b> (se encaminhado, indique para onde)	<b>Se todos os sinais tiverem um círculo,</b> encaminhe para cuidados de saúde de rotina e aconselhamento de IYCF	<b>Se qualquer sinal tiver um círculo,</b> encaminhe para os serviços clínicos/nutricionais/de saúde mental e apoio psicossocial apropriados	<b>Se qualquer sinal tiver um círculo,</b> encaminhe urgentemente para o hospital ou serviços de saúde mental e apoio psicossocial especializados
	Outro – especifique:		