



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MAMI

Informações básicas

Nome da criança (primeiro e último nome)		N.º de Identificação	
		Data da avaliação	
Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino		Idade do bebê: _____ meses _____ semanas	
Nome do cuidador principal		Data de nascimento	
		_____ / _____ / _____	
Fonte do encaminhamento <input type="checkbox"/> triagem na comunidade <input type="checkbox"/> clínica de cuidados prestados em ambulatório <input type="checkbox"/> internamento hospitalar		<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> avó <input type="checkbox"/> outro: _____	
		<input type="checkbox"/> encaminhamento pela própria pessoa <input type="checkbox"/> outro: _____	

PASSO 1 VERIFICAR SINAIS DE PERIGO (bebê)

SINAIS DE PERIGO	Incapaz de mamar/beber?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
	Vomita tudo?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
	Edema depressível bilateral (+, ++ or +++)?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
	A mãe parece desligada da realidade ou em risco de causar danos a si própria ou ao bebê? negligência física visível (mãe ou bebê)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
	Outro(s) sinal(ais) de perigo de GIDI? Especifique:	
AJA	SE HOUVER ALGUM SINAL DE PERIGO → encaminhe URGENTEMENTE para o hospital	

PASSO 2 AVALIAR OS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (bebê)

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Classifique de acordo com a GIDI	Verde	Amarelo	Rosa
	Diarreia	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> ligeira/moderada	<input type="checkbox"/> grave
	Febre	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> ligeira/moderada	<input type="checkbox"/> grave
	Tosse	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> ligeira/moderada	<input type="checkbox"/> grave
	Palidez grave (anemia)	<input type="checkbox"/> nenhuma	-	<input type="checkbox"/> grave
SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Classifique de acordo com a GIDI	Verde	Amarelo	Rosa
	Qualquer outra doença (consulte a GIDI)	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> ligeira/moderada	<input type="checkbox"/> grave
	Especifique a outra doença:			
Problema congênito/deficiência que causa a dificuldade de alimentação (por ex., lábio leporino, ancilloglosse)		<input type="checkbox"/> nenhuma	sim:	

PASSO 3 AVALIAR O CRESCIMENTO (bebê)

Perímetro braquial:	_____ mm	Peso:	_____ kg	Baixo peso à nascença:	_____ kg
Comprimento:	_____ cm	Peso-idade:		Peso-comprimento:	
Classifique o valor-z do peso-idade ou o valor-z do peso-comprimento utilizando as tabelas de crescimento de lactentes.					
Peso-idade <-2,0				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
Peso-comprimento <-2,0				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
Perímetro braquial inferior a 110 mm (bebês < 6 semanas)				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (idade <6 semanas)	
Perímetro braquial inferior a 115 mm (bebês 6 semanas a < 6 meses)				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (idade 6 semanas-6 meses)	
Perda de peso recente ou incapacidade de ganhar peso adequado				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
Outro - especifique:					

PASSO 4 AVALIAR OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO MAMI (bebê e mãe)

Mãe ausente ou morta	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Ausente ou morta	Perímetro braquial da mãe	_____ mm
Baixo peso à nascença (2500 g ou menos)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	O perímetro braquial da mãe é inferior a 230 mm	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Nasceu prematuro	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	O bebê chora excessivamente/tem problemas de sono (comunicado)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Nascimento múltiplo	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Quaisquer outras preocupações (por ex., tuberculose materna, outras doenças, cólicas)?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Mãe adolescente	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Especifique outras preocupações:	
Mãe seropositiva com preocupações	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		

PASSO 5 EFETUAR A TRIAGEM DO RISCO DE ALIMENTAÇÃO (bebê e mãe)			
		BAIXO RISCO DE ALIMENTAÇÃO	POTENCIAL RISCO DE ALIMENTAÇÃO
E a mãe biológica da criança? Em caso negativo, pergunte: Qual é o motivo?		<input type="checkbox"/> mãe biológica	<input type="checkbox"/> mãe morta ou ausente
O bebê é amamentado?		<input type="checkbox"/> amamentado	<input type="checkbox"/> não amamentado
Se o bebê for amamentado: Que outros alimentos ou bebidas o bebê consome?		<input type="checkbox"/> nenhum (somente leite materno)	<input type="checkbox"/> quaisquer outros alimentos ou bebidas
Tem alguma dificuldade em alimentar o bebê?		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
AJA QUALQUER SINAL DE POTENCIAL RISCO DE ALIMENTAÇÃO → realize a avaliação da alimentação			
Práticas de alimentação infantil:		<input type="checkbox"/> amamentado exclusivamente com leite materno	<input type="checkbox"/> alimentação mista <input type="checkbox"/> não amamentado
Risco de alimentação com base na avaliação:		<input type="checkbox"/> baixo risco de alimentação	<input type="checkbox"/> risco moderado de alimentação
Pormenores sobre quaisquer dificuldades de alimentação:			

PASSO 6 EFETUAR A TRIAGEM DA PREOCUPAÇÃO DE SAÚDE MENTAL MATERNA				
Durante as duas últimas semanas, com que frequência se preocupou com os seguintes problemas?	nenhuma	vários dias	mais de metade dos dias	praticamente todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sente-se em baixo, deprimida ou desesperada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Adicione as pontuações às colunas:				
PONTUAÇÃO DA TRIAGEM:				
Pontuação da triagem de 2 ou menos, mas o profissional de saúde está preocupado com a saúde mental da mãe		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim, especifique:	
AJA	PONTUAÇÃO DA TRIAGEM DE 3+ OU PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL DA MÃE → Realize a avaliação da saúde mental			PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO:

RESUMO DA AVALIAÇÃO MAMI			
Passo 1: Algum sinal clínico que exija encaminhamento para o hospital ou serviços especializados?	<input type="checkbox"/> não	-	<input type="checkbox"/> sim
Passo 2: Algum sinal de incapacidade de crescimento do bebê?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	-
Passo 3: Quaisquer outros fatores de risco?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	-
Passo 4: Algum sinal de risco moderado de alimentação?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	-
Passo 5: Pontuação da avaliação de saúde mental materna (se aplicável) Classifique e encaminhe	<input type="checkbox"/> 0-9 e "não" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)	<input type="checkbox"/> 10-14 e "não" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)	<input type="checkbox"/> 15+ e/ou "sim" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)
Classifique e encaminhe	BAIXO RISCO: Se todos os sinais tiverem um círculo, encaminhe para cuidados de saúde de rotina e aconselhamento de IYCF	RISCO MODERADO: Se qualquer sinal tiver um círculo, inscreva nos Cuidados MAMI prestados em ambulatório	ALTO RISCO: Se qualquer sinal tiver um círculo, encaminhe para o hospital ou serviços especializados
Outro – especifique:			
Principais problemas identificados:			
1.			
2.			
3.			
Se os conselhos acima sobre as opções de encaminhamento não forem seguidos, explique o motivo:			