

**Q U E S T I O N Á R I O**

Para ser aplicado aos pais (ou responsáveis) das crianças que realizaram o TESTE DO REFLEXO VERMELHO

Hospital: _____	Cidade: _____
-----------------	---------------

**---- Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) ----**

<b>OLHO DIREITO:</b> <input type="checkbox"/> reflexo normal <input type="checkbox"/> reflexo alterado <input type="checkbox"/> reflexo duvidoso	<b>OLHO ESQUERDO :</b> <input type="checkbox"/> reflexo normal <input type="checkbox"/> reflexo alterado <input type="checkbox"/> reflexo duvidoso
---	---

**---- Dados da mãe ----**

Nome da Mãe: _____		Idade: _____ anos
Etnia da mãe: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> indeterminada	Naturalidade: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> concubinato	Local de procedência: _____	
Instrução: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> superior	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> analfabeta
Na família alguém já nasceu com catarata?: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não   se SIM, qual o parentesco com a mãe? _____		

**---- Dados do pai ----**

Instrução: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> superior	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto	<input type="checkbox"/> analfabeta
--	---	-------------------------------------

**---- Dados psicossociais ----**

Habitação ____ (nº) cômodos	é rebocada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	é forrada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	tem banheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	tem esgoto sanitário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	recebe água da CAGECE? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
tipo de piso na residência: <input type="checkbox"/> cerâmica <input type="checkbox"/> cimento <input type="checkbox"/> terra batida <input type="checkbox"/> outros _____	qual o destino do lixo? <input type="checkbox"/> coleta pública _____ (nº de vezes/semana) <input type="checkbox"/> queima <input type="checkbox"/> terreno baldio <input type="checkbox"/> outros _____				
renda familiar: <input type="checkbox"/> <1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários <input type="checkbox"/> > 3 salários			quem contribui com a renda na família? <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> outros _____		

**---- Antecedentes Peri- e Pré-natais ----**

a mãe fez pré-natal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não se SIM, quantas consultas? _____	a mãe tomou vacina contra rubéola? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	a mãe teve rubéola na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Local do parto: <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> hospital	
nº gestações? _____ nº partos? _____ nº abortos _____	nº nascidos vivos _____ nº natimortos _____	duração da gestação: <input type="checkbox"/> à termo <input type="checkbox"/> pré-termo	tipo de parto: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cesáreo	teve complicação no parto? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____
a criança usou incubadora de oxigênio? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não quanto tempo? _____	a mãe usou medicamentos na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____	teve sangramento vaginal na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual período? _____		
a mãe teve infecção na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____	fumou na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	ingeriu álcool na gravidez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	tem consangüinidade parental? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

**---- Dados da criança ----**

Idade gestacional (mês): _____	Peso ao nascimento: _____	Apgar: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
apresentou malformação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	teve sofrimento fetal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	teve infecção ao nascer: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

Para enviar o questionário:

Pela internet: [www.testedoolhinho.ufc.br](http://www.testedoolhinho.ufc.br)

Por fone / fax: 0\*\*85 3366 8203 ou 85 3366 8333

Pelo correio: Destinatário: PET-Medicina - Rua Coronel Nunes de Melo 1127 – Rodolfo Teófilo – Fortaleza – CE – 60.430-270