

# Identificação

Record ID (REDCap) (\*)

---

Responsável pelo preenchimento no REDCap (\*)

---

Data do preenchimento no REDCap (\*)

---

Responsável pelo preenchimento em papel (\*)

---

Data do preenchimento em papel (\*)

---

**Este formulário deverá ser preenchido somente 1 vez por paciente.**

**Campos com (\*) são de preenchimento obrigatório.**

**Campos com (+) podem ter mais de uma opção assinalada.**

**Para casos em que não haja informação disponível sobre uma das perguntas obrigatórias, preencha com "Informação Não Informada (N/I).**

## Identificação

Nº Prontuário/ID Interno (\*)

(\* O identificador é utilizado para verificar a duplicidade de registros dentro do centro e para cruzamento posterior com o documento fonte)

CPF

---

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

---

Nome (\*)

---

Nome da mãe (\*)

---

Data de nascimento (\*)

---

Idade (em anos) (\*)

---

---

Raça/Cor da pele (\*)

- Branca  
 Preta  
 Parda  
 Amarela  
 Indígena

---

Gênero (\*)

- Masculino  
 Feminino  
 Outro

---

Caso outro, informe o gênero (\*)

---

---

Peso ao nascer

(Indique o valor em GRAMAS (g) separados por ponto (.). Exemplo: 3.400)

---

Prematuridade? (\*)

- Sim  
 Não

---

Se Prematuridade for Sim, informe o tempo de prematuridade (\*)

(Insira o valor em semanas)

---

Região de nascimento (\*)

- Sul  
 Sudeste  
 Centro-oeste  
 Norte  
 Nordeste  
 Exterior

---

Cidade/Estado de Nascimento (\*)

(Escreva o nome da cidade de nascimento seguido de / e a sigla do estado)

---

Caso o nascimento seja no Exterior, informe o país de nascimento (\*)

---

---

Região de residência (\*)

- Sul  
 Sudeste  
 Centro-oeste  
 Norte  
 Nordeste  
 Exterior

---

Cidade/Estado de residência (\*)

(Escreva o nome da cidade de residência seguido de / e a sigla do estado)

---

Caso a residência seja no Exterior, informe o país de residência (\*)

---

---

Endereço completo (rua, nº, complemento)

---

---

CEP

---

(SOMENTE NÚMEROS)