

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



Código PCFB: _____ Número CNS: _____

A Informações gerais referentes ao paciente

1. Nome do paciente: _____
2. CPF do paciente: _____
3. Data do nascimento: _____
4. É filho adotivo?:
Sim _____ Não _____
5. Sexo legal:
Masculino _____ Feminino _____ Não definido _____
6. Município e Estado de nascimento: _____
7. Escolaridade Paciente:
Não Alfabetizado _____ Ensino Médio Completo _____
Alfabetizado _____ Ensino Superior Incompleto _____
Ensino Fundamental Incompleto _____ Ensino Superior Completo _____
Ensino Fundamental Completo _____ Não se aplica _____
Ensino Médio Incompleto _____ Sem informação _____
8. Nome da Mãe: _____
9. Nome do Pai: _____
10. Renda Familiar: _____ em salários mínimos
11. Hospital: _____
12. Serviço: _____
13. Número de registro no Hospital ou Serviço: _____
14. Data da consulta: _____
15. Preenchido por: _____

B Contato com o paciente/família

16. Endereço completo: _____
17. Cidade: _____
18. CEP: _____
19. Telefone Residencial: _____
20. Telefone Celular: _____
21. Telefone Comercial: _____
22. E-mail: _____

C Informações gerais referentes ao pai do paciente

23. Data de nascimento do pai do paciente: _____
24. Município e Estado de nascimento do pai do paciente: _____
25. Escolaridade do pai do paciente:
Não Alfabetizado _____ Ensino Médio Completo _____
Alfabetizado _____ Ensino Superior Incompleto _____
Ensino Fundamental Incompleto _____ Ensino Superior Completo _____
Ensino Fundamental Completo _____ Não se aplica _____
Ensino Médio Incompleto _____ Sem informação _____

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL

FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA FENDA OROFACIAL



D Informações gerais referentes à mãe do paciente

26. Data de nascimento da mãe do paciente: _____

27. Município e Estado de nascimento da mãe do paciente: _____

28. Escolaridade da mãe do paciente:

Não Alfabetizado

Alfabetizado

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

Não se aplica

Sem informação

E Informações sobre o diagnóstico da fenda orofacial

29. Época da suspeita ou do diagnóstico da fenda labial:

Período pré-natal

Sem informação

Período pós-natal – Quantos dias: _____

Não se aplica

30. Época da suspeita ou do diagnóstico da fenda do palato:

Período pré-natal

Sem informação

Período pós-natal – Quantos dias: _____

Não se aplica

F Antecedentes Pessoais Relevantes

31. Já realizou cirurgia para correção da fenda orofacial:

Sim

Não

Sem informação

32. Realizou alguma outra cirurgia(s):

Sim

Não

Sem informação

33. Se o paciente já realizou cirurgia(s), relacionadas ou não a fenda orofacial, preencha o quadro abaixo, complementando a informação a cada consulta subsequente:

Data da cirurgia	Idade do paciente	Especificação do procedimento	Nome do hospital	Município/UF

34. Problemas de saúde no período entre nascimento e a presente data, não relacionados aos procedimentos cirúrgicos de correção da fenda orofacial:

Sim

Sem informação

Não

Se houve problemas de saúde não relacionados aos procedimentos cirúrgicos de correção da fenda orofacial, por favor, especifique-os:

35. Anemia:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



36. Otite de repetição:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

37. Pneumonia de repetição:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

38. Convulsões:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

39. Outros problemas de saúde:

Não

Sim – Descreva:

G Informações sobre desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)

40. O paciente já firmou o pescoço (esperado entre 3-4 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

41. O paciente já senta sem apoio (esperado entre 6-8 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

42. O paciente já anda sem apoio (esperado entre 11-14 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

43. O paciente já fala palavras (esperado entre 10-15 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

44. O paciente já controla a evacuação (esperado a partir de 18 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

45. O paciente já controla a micção diurna (esperado a partir de 18 meses):

Sim – Quando: _____

Não

Não se aplica

46. Realização de terapias de apoio:

Sim

Não se aplica

Não

Sem informação

47. Tipo(s) de terapia de apoio:

Fonoaudiologia

Fisioterapia

Terapia Ocupacional

Outra – Descreva:

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



48. Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):

Normal	Atraso motor e de comportamento
Atraso apenas na linguagem	Atraso de linguagem e comportamento
Atraso apenas motor	Atraso motor, linguagem e comportamento
Atraso apenas de comportamento	Não se aplica
Atraso motor e de linguagem	Sem informação

49. Dificuldade de aprendizagem (a partir dos 10 anos):

Sim	Não se aplica
Não	Sem informação

50. Deficiência intelectual (mediante a avaliação formal do perfil cognitivo) (a partir dos 7 anos):

Sim	Não se aplica
Não	Sem informação
Sem avaliação formal	

H Impressão do examinador sobre a função intelectual

51. Durante esta consulta, você avalia que o paciente tem:

Inteligência normal	Déficit intelectual estabelecido
Quadro sugestivo de déficit intelectual	Não se aplica

I Informações sobre história obstétrica materna, história médica e medicamentosa da mãe no período de 3 meses antes até o final da gravidez do paciente

52. Esta gravidez foi:

Espontânea	Sem informação
Induzida – Método: _____	

53. Tabagismo pela mãe:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

54. Consumo de álcool pela mãe:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

55. Consumo de drogas ilícitas:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

56. Se afirmativo, especifique o tipo de droga:

Sem informação	Ecstasy
Cocaína	LSD
Crack	Maconha
Outros – Qual: _____	

57. Diagnóstico de epilepsia:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

58. Diagnóstico de diabetes:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

59. Diagnóstico de obesidade:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

60. Diagnóstico de artéria umbilical única:

Sim	Não	Sem informação
-----	-----	----------------

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



61. Outros diagnósticos:

Não Sem informação
Sim – Descreva:

62. Exposições da mãe a outras substâncias (inclusive medicamentos) durante a gestação:

Não Sem informação
Sim – Quais:

63. Grupos de Ocupação: _____

64. Ocupação da mãe: _____

65. Exposição ocupacional da mãe a agentes químicos ou solventes:

66. Outras intercorrências durante a gestação:

Não Sem informação
Sim – Quais:

67. Tentativa de interrupção da gravidez:

Sim – Descreva: _____
Não Sem informação

J Informações sobre o parto e nascimento

68. Duração da gestação:

Termo Pós-termo
Pré-termo Sem informação

69. Local do parto:

Maternidade Outro
Domicílio Sem informação

70. Tipo de parto:

Cesariano Vaginal
Fórceps Sem informação

71. Intercorrências neonatais:

Sim Não Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

72. Se afirmativo, assinale qual/quais:

Convulsões Infecção
Desconforto respiratório Intubação e ventilação mecânica
Hipocalcemia Parada cardio-respiratória
Hipoglicemia Sucção débil
Hipotonia Vômitos
Icterícia
Outras – Quais:

Dados Antropométricos ao nascimento

Para os percentis: encontrar o intervalo adequado com base no valor exato calculado pelo WHO Anthro ou WHO AnthroPlus:

73. Alta da maternidade: ____ dias de vida

74. Peso ao nascimento: _____ g – Percentil: _____

75. Comprimento ao nascimento: _____ cm – Percentil: _____

76. Perímetro Cefálico ao nascimento: _____ cm – Percentil: _____

77. Apgar 1º minuto: _____

78. Apgar 5º minuto: _____

79. Apgar 10º minuto: _____

80. Capurro: _____

81. Gemelaridade:

Sim

Não

Sem informação

K Informações sobre a ascendência paterna

82. País de nascimento da avó paterna:

Brasil

Outro: _____

83. País de nascimento do avô paterno:

Brasil

Outro: _____

84. Ascendência étnica do pai do paciente. Assinale todas as alternativas mencionadas durante a consulta:

Nativa (Indígena+Europeia Latina+Africana)

Oriental

Europeia Latina

Árabe

Africana

Indígena

Europeia não-latina

Outra – Qual: _____

Judaica

Sem informação

L Informações sobre a ascendência materna

85. País de nascimento da avó materna:

Brasil

Outro: _____

86. País de nascimento do avô materno:

Brasil

Outro: _____

87. Ascendência étnica da mãe do paciente. Assinale todas as alternativas mencionadas durante a consulta:

Nativa (Indígena+Europeia Latina+Africana)

Oriental

Europeia Latina

Árabe

Africana

Indígena

Europeia não-latina

Outra – Qual: _____

Judaica

Sem informação

M Antecedentes familiares

88. Consanguinidade entre os genitores:

Sim – Descreva: _____

Possível

Não

Sem informação

89. Número total de gravidezes incluindo o paciente, nativos, natimortos e abortos (Lembre-se que gêmeos correspondem a 1 gravidez): _____

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



90. Se há pelo menos uma gravidez, por favor, preencha o quadro abaixo:

Ordem de nascimento ou nº do indivíduo no heredograma	Status (nativo, natimorto, aborto)	Gemelaridade (S, N)	Sexo (M, F)	Nome	Presença de Fenda Orofacial (S, N)	Caso registrado no PCFB (S, N)	Presença de outros defeitos graves (S, N)

91. Caso(s) de fendas orofaciais em algum outro parente:

Sim

Sem informação

Não

92. Outras alterações de palato em outros parentes (exceto Fenda):

Sim

Sem informação

Não

93. Se há casos de fendas orofaciais em qualquer parente (inclusive irmãos) do paciente, por favor, preencha o quadro abaixo:

Nº do indivíduo no heredograma	Nome	Parentesco	Tipo de fenda (utilize CID10)	Defeitos congênitos (S, N)	Examinado por você? (S, N)	Paciente registrado no PCFB (S, N)	Sexo do Parente (M, F)

N Exame Físico

Dados Antropométricos Atuais

Para os percentis: encontrar o intervalo adequado com base no valor exato calculado pelo WHO Anthro ou WHO AnthroPlus. Para percentil de PC de crianças MAIORES de 5 anos usar o gráfico Smith:

94. Peso atual: _____ g – Percentil: _____

95. Comprimento/estatura atual: _____ cm – Percentil: _____

96. Perímetro Cefálico atual: _____ cm – Percentil: _____

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



97. Preencha o quadro para descrição anatômica da fenda labial, labiopalatal ou palatal:

	Lado direito			Região mediana	Lado esquerdo		
F. Simonart							
Lábio							
Alvéolo							
Palato duro							
Palato mole							

98. Identifique a presença de defeitos da mesma natureza que acometam o mesmo órgão, sistema ou parte do corpo (assinale TODOS os presentes):

- | | |
|--|--|
| Não apresenta defeito desse tipo | Microatresias intestinais múltiplas |
| Anoftalmia/Microftalmia | Defeitos das vias ópticas/Defeitos da retina |
| Anotia/Microtia | Sindactilia/Defeito de redução de membros correspondentes |
| Agenesia renal/Displasia renal | Fenda labial atípica ou Fenda facial oblíqua/Fenda palatal atípica |
| Atresia esofágica/Fistula tráqueo-esofágica | Defeito de redução de diferentes membros |
| Anencefalia/Encefalocele/Espinha bífida | |
| Defeitos cardíacos múltiplos | |
| Estenose ou atresia uretral ou ureteral/Aplasia ou displasia renal | |

99. Identifique a presença de defeitos que são componentes de uma sequência embriopatogênica ou têm defeitos primários em comum (assinale TODOS os presentes):

- Não apresenta defeito desse tipo
- Espinha bífida/Pé torto/Hidrocefalia
- Micrognatia/Glossoptose/Fenda palatal (Sequência de Pierre Robin)
- Aplasia ou displasia renal/Hipoplasia pulmonar/Compressão facial/Deformidades de membros (Sequência de Potter)
- Holoprosencefalia/Arrinencefalia/Ciclopia/Fenda de linha média/Anoftalmia ou microftalmia
- Atresia vaginal/Útero rudimentar/Aplasia ou displasia renal
- Sirenomelia/Membro inferior único/Aplasia ou displasia renal/Ausência de genitália externa/Ânus imperfurado/hipoplasia pulmonar
- Aplasia ou hipoplasia de timo/Defeitos cardíacos conotruncais/Anomalias da orelha (Sequência Di George)
- Obstrução uretral/Hidronefrose/Deficiência da musculatura abdominal ("Prune Belly")
- Onfalocele ou gastrosquise/Má-rotação intestinal/microatresia intestinal
- Extrofia de cloaca/Ânus imperfurado/Defeito vertebral lombossacral/Meningomielocele/Onfalocele
- Displasia septo-óptica/Ausência de *septum pellucidum*/Hipoplasia do nervo óptico/Defeito hipotalâmico
- Defeito de lateralidade/Defeito cardíaco congênito/ *Situs inversus* ou ambíguo/Asplenia ou polisplenia
- Regressão caudal/Hipoplasia ou aplasia sacral/Defeito de redução ou deformidades do membro inferior

100. Presença de outros defeitos na região craniofacial:

- Sim Não

Se há outros defeitos na região craniofacial, por favor, assinale abaixo:

Crânio e/ou encéfalo:

101. Crânio:

Assimetria sem sinostose (HP:0002678)
Bossa frontal (HP:0002007)
Craniossinostose (HP:0001363)
Cristas supraorbitárias proeminentes ou
hipoplásticas
Deformidades do crânio sem sinostose
(HP:0000929)
Diâmetro bifrontal diminuído (HP:0004422)
Dolicocefalia (HP:0000268)
Fontanela acessória (HP:0012367)
Fontanelas amplas (HP:0000239)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Fontanelas pequenas (HP:0005486)
Macrocefalia (sem hidrocefalia) (HP:0000256)
Microcefalia (HP:0000252)
Occipital plano (HP:0005469)
Occipital proeminente (HP:0000269)
Osteófito occipital
(HP:0012294)
Plagiocefalia sem sinostose (HP:0001357)
Sutura metópica aberta até o Bregma
(HP:0005556)

102. Cabelo e couro cabeludo:

Alopecia totalis (HP:0007418)
Alterações de pigmentação de cabelos
(HP:0009887)
Cabelos com baixa implantação na nuca
(HP:0002162)

Cabelos com padrão anômalo, cabelos
dirigidos para cima ou anomalias de
redemoinho (HP:0011361)
Cabelos ressecados, quebradiços, grossos
ou esparsos (HP:0010719)
Defeitos de couro cabeludo (HP:0001965)

Outros defeitos não listados – Descreva:

103. Encéfalo:

Agenesia de corpo caloso (HP:0001274)
Anencefalia (HP:0002323)
Anomalia de Arnold-Chiari (HP:0002308)
Anomalia de Dandy Walker (HP:0001305)
Anomalias de *septum pellucidum*
(HP:0007375)
Aplasia/hipoplasia de cerebelo (HP:0007360)
Defeitos de formação e migração neuronal
(HP:0002269)
Disgenesia de corpo caloso (HP:0006996)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Encefaloceles (HP:0002084)
Hidrocefalia (exceto secundária a
hemorragia intraventricular)
(HP:0000238)
Hidrocefalia secundária a hemorragia
intraventricular (HP:0000238)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



104. Orelhas:

- | | |
|---|--|
| Anotia (HP:0008772) | Macrotia/orelha alargada (HP:0000400) |
| Apêndices pós-auriculares (HP:0004451) | Meato auditivo externo estreito (HP:0000402) |
| Apêndices, seios, cistos, orifícios/pits ou fistula pré-auriculares (HP:0000383) | Microtia (hipoplasia de orelha) (HP:0008551) |
| Assimetria de tamanho (HP:0010722) | Orelha com prega na helix ou no lóbulo (HP:0008523) |
| Aurícula acessória (HP:01000687) | Orelha de implantação baixa (HP:0000369) |
| Ausência de tragus (HP:0011268) | Orelha dismórfica (em couve-flor, pontuda, achatada no terço superior, etc) (HP:0000377) |
| Formato rudimentar (orelha pequena com semelhança a brotos embrionários) (HP:0011267) | Orelha proeminente (HP:0000412) |
| Hélix incompleta, espessada ou sobredobrada (HP:0011039) | Orelha rodada posteriormente (HP:0000358) |
| Lóbulo duplo (HP:0000363) | Orifícios (pit) pós auriculares (HP:0008523) |
| Outros defeitos não listados – Descreva: | Tubérculo de Darwin (HP:0011261) |

105. Face (inclui maxila e mandíbula):

- | | |
|--|--|
| Agnatia (HP:0009117) | Micrognatia significativa com ou sem glossoptose |
| Assimetria facial (HP:0000324) | Outras deformidades congênicas da face e da mandíbula (HP:0000271) |
| Face alongada (HP:0000276) | Paralisia facial (HP:0010628) |
| Fenda ou agenesia de zigomático (HP:0005557) | Perfil facial achatado (HP:0012368) |
| Hipoplasia de mandíbula (HP:0000347) | Prognatia (HP:0000303) |
| Hipoplasia de zigomático (HP:0010669) | Retrognatia (HP:0000278) |
| Outros defeitos não listados – Descreva: | |

Olhos:

106. Sobrancelhas, cílios e pálpebras:

- | | |
|---|---|
| Blefarofimose (diminuição da abertura palpebral/fendas palpebrais estreitas) (HP:0000581) | Fenda palpebral oblíqua superior ou inferior (HP:0200006) |
| Cílios ausentes ou rarefeitos (HP:0000561) | Fendas palpebrais pequenas (comprimento abaixo de dois desvios padrões) |
| Cílios longos (HP:0000527) | Fusão completa de pálpebras (HP:0009755) |
| Coloboma de pálpebra (HP:0000625) | Pálpebras <i>hooded</i> |
| Distiquíase (HP:0009743) | Pregas epicânticas (HP:0000286) |
| Distopia <i>cantorum</i> (HP:0000506) | Ptose palpebral (HP:0000508) |
| Ectrópio (HP:0000656) | Sinofrismo ou sobrancelhas rarefeitas (HP:0000534) |
| Entrópio (HP:0000621) | |
| Epicanto invertido (HP:0000537) | |
| Outros defeitos não listados – Descreva: | |

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



107. Globo ocular:

Aniridia (HP:0000526)
Anomalia de pigmentação da íris
(HP:0008034)
Cisto dermóide epibulbar (HP:0200040)
Coloboma ocular (HP:0000589)
Esclerótica azulada (HP:0000592)
Estrabismo (esotropia e exotropia)
(HP:0000486)
Exoftalmia (HP:0000520)
Hipertelorismo (mensurado) com indicação
cirúrgica (HP:0000316)
Hipertelorismo (mensurado) sem indicação
cirúrgica (HP:0000316)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Hipotelorismo (mensurado) com indicação
cirúrgica (HP:0000601)
Hipotelorismo (mensurado) sem indicação
cirúrgica (HP:0000601)
Manchas de Brushfield (HP:0001088)
Microftalmia/anoftalmia/cripotoftalmia
(HP:0100887)
Nistagmo (HP:0000639)
Obstrução, estenose ou estreitamento de
ducto nasolacrimal (HP:0000614)
Sardas na íris (HP:0200064)

108. Nariz:

Asas nasais hipoplásicas ou com
incisuras/hipoplasia alar (HP:0009924)
Atresia de coanas (HP:0000453)
Columela curta ou longa (HP:0009929)
Desvio de septo nasal (HP:0004411)
Narinas antevertidas (HP:0000463)
Narinas pequenas (HP:0009933)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Nariz bulboso (HP:0000414)
Nariz tubular
Ponta nasal bífida discreta (HP:0011803)
Ponta nasal bífida significativa (HP:0011803)
Ponte nasal baixa ou larga (HP:0000431)
Ponte nasal proeminente (HP:0000426)
Raiz nasal alta (HP:0000426)

Região oral:

109. Região perioral e lábios:

Boca grande (macrostomia) (HP:0000154)
Boca pequena (microstomia) (HP:0000160)
Filtrum apagado (HP:0000319)
Fosseta, depressão ou orifício/pit labial
(HP:0100267)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Fosseta, depressão ou orifício/pit em
comissuras bucais (HP:0002710)
Freios labiais aberrantes (HP:0000191)
Lábios espessos (HP:0012471)
Lábios finos (HP:0000233)
Macroqueilia

110. Cavidade oral:

Anodontia (HP:0000674)
Anomalias do número de dentes (exceto
anodontia) (HP:0006483)
Anquiloglossia (língua em gravata)
(HP:0010296)
Ausência de freio lingual
Borda alveolar alargada (HP:0000187)
Dentes malformados (HP:0011061)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Dentes neonatais (HP:0000695)
Hipoplasia de esmalte (HP:0006297)
Língua grande (macroglossia) (HP:0000158)
Língua pequena (microglossia) (HP:0000171)
Palato alto e arqueado (HP:0000218)
Palato com fenda submucosa (HP:0000176)
Úvula bífida (HP:0000193)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



111. Presença de defeitos em outras regiões anatômicas:

Sim

Não

Se há defeitos encontrados em qualquer outra região anatômica, por favor, assinale abaixo:

112. Pescoço:

Ausência de timo (HP:0005359)

Higroma cístico (HP:0000476)

Pele redundante (HP:0005989)

Pescoço curto (HP:0000470)

Prega nugal/Pterígio (HP:0000465)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Seio, fistula ou cisto de arco branquial
(HP:0009794)

Hipertrofia do timo e outros distúrbios tímicos
(exceto ausência) (HP:0000777)

Torcicolo (HP:0005988)

Sistema Musculoesquelético e parede abdominal:

113. Tórax:

Anomalia de Klippel-Feil (HP:0004602)

Anomalia de Sprengel (HP:0000912)

Bifurcação de costela (HP:0000892)

Costela cervical (HP:0000891)

Deformidades coluna vertebral (HP:0000925)

Deformidades de esterno (peito escavado ou
carinato) (HP:0000766)

Espinha bifida oculta (HP:0003298)

Espinha bifida (HP:0002414)

Fóvea (cova) em região sacral ou coccígea
(HP:0000960)

Fusão vertebral (exceto Klippel Feil)
(HP:0002948)

Hipertelorismo mamilar (HP:0006610)

Hipoplasia/agenesia de clavículas
(HP:0006710)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Hipoplasia/agenesia sacral (HP:0008517)

Hipoplasia/aplasia de peitoral maior
(HP:0005258)

Mamilo acessório (HP:0002558)

Mamilo invertido (HP:0003186)

Mamilo pequeno, hipoplásico ou ausente
(HP:0006709)

Mamilo de implantação baixa (HP:0002562)

Meningomielocele ou meningocele
(HP:0002435)

Outras anomalias de costela (HP:0000772)

Outras anomalias de vértebras (HP:0003468)

Processo xifóide bífido (HP:0010309)

Tórax assimétrico (HP:0001555)

Tórax em colete, barril, armadura
(HP:0001552)

114. Parede abdominal:

Anomalia de umbigo, implantação umbilical
baixa ou hérnia umbilical (HP:0001551)

Ausência de músculos retos abdominais
(HP:0005199)

Diástase de retos abdominais (HP:0001540)

Gastrosquise (HP:0001543)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Hérnia inguinal em meninas (quando peso
ao nascimento \geq 2500 gramas)
(HP:0000023)

Hérnia inguinal em meninos (HP:0000023)

História de artéria umbilical única
(HP:0001195)

Onfalocele (HP:0001539)

115. Membros (exceto mãos e pés):

Anel de constrição (HP:0009775)
Anteversão do fêmur (HP:0002980)
Arqueamento de braço, antebraço, coxa ou perna (HP: 0002980)
Artrogripose (HP:0011729)
Assimetria entre membros (HP:0100556)
Ausência completa ou parcial de membros (HP:0009815)
Deformidades em valgo (HP:0002857)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Deformidades em varo (HP:0002970)
Deformidades em recurvato (HP:0002816)
Fóvea (cova) em ombros (HP:0010782)
Hiperextensibilidade das articulações (HP:0001382)
Luxação congênita de quadril (HP:0001374)
Subluxação ou clique de quadril (HP:0002827)
Torção de tibia (HP:0100694)

116. Mãos:

Braquidactilia (mãos) (HP:0001156)
Camptodactilia (mãos) (HP:0100490)
Clinodactilia do 5° dedo (mão) (HP:0004220)
Dedos afilados (mãos) (HP:0001238)
Dedos alongados (mãos) (HP:0100807)
Dedos encurtados (mãos) (HP:0009381)
Defeitos transversos terminais (exceto ectrodactilia) (mãos) (HP:0005927)
Desvio ou sobreposição de dedos (mãos) (HP:0004097)
Ectrodactilia (mãos) (HP:0001171)
Encurtamento do 4° dedo (mão) (HP:0009280)
Encurtamento do 5° dedo (mão) (HP:0009237)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Encurtamento do 4° metacarpo (HP:0010042)
Oligodactilia (redução do número de dedos) (mãos) (HP:0001180)
Polegar alargado ou trifalângico (HP:0009602)
Polidactilia pós-axial articulada (mãos) (HP:0001162)
Polidactilia pós-axial mínima em Afro-Americanos (mãos) (HP:0005676)
Polidactilia pré-axial (mãos) (HP:0001177)
Prega palmar única (HP:0000954)
Pregas palmares/interfalangeanas extras ou ausentes (HP:0006143)
Sindactilia cutânea com +/- sinostose (mãos) (HP:0010554)

117. Pés:

Aumento de espaço entre o hálux e segundo dedo do pé (HP:0001852)
Braquidactilia (pés) (HP:0001156)
Calcâneo proeminente (HP:0012428)
Camptodactilia (pés) (HP:0001836)
Clinodactilia (pés) (HP:0003795)
Dedos afilados (pés) (HP:0011308)
Dedos alongados (pés) (HP:0010511)
Dedos encurtados (pés) (HP:0001831)
Defeitos transversos terminais (exceto ectrodactilia) (pés) (HP:0006494)
Desvio ou sobreposição dos dedos (pés) (HP:0100498)
Ectrodactilia (pés) (HP:0001839)
Encurtamento do 4° metatarso (HP:0004689)
Espaçamento entre 4° e 5° dedos (pés) (HP:0008094)
Excesso de pregas plantares (HP:0008113)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Hálux curto, alargado, valgo ou varo (HP:0001844)
Metatarso varo ou aduto (HP:0001840)
Oligodactilia (redução do número de dedos) (pés) (HP:0001849)
Pé em cadeira de balanço, cavo, valgo ou torto redutível (HP:0005656)
Pé torto não redutível (HP:0001883)
Polidactilia pós-axial articulada (pés) (HP:0100259)
Polidactilia pré-axial (pés) (HP:0001841)
Sindactilia cutânea com +/- sinostose (exceto sindactilia cutânea de 2° e 3° dedos) (pés) (HP:0010621)
Sindactilia cutânea de 2° e 3° dedos (pés) (HP:0004691)
Sulco plantar profundo (HP:0001869)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



118. Sistema Cardiovascular:

Anel vascular (HP:0010775)
Arco aórtico à direita (HP:0012020)
Arco aórtico cervical (HP:0011588)
Artérias colaterais aórtico-pulmonares mais calibrosas
Coarctação de aorta (HP:0001680)
Defeitos do septo atrioventricular (HP:0006695)
Defeitos do septo interatrial (CIA) (HP:0001631)
Defeitos do septo interventricular (CIV) (HP:0001629)
Defeito de septo interventricular com atresia pulmonar
Dextrocardia (HP:0001651)
Drenagem anômala de veias pulmonares (HP:0005160)
Dupla via de saída de ventrículo direito (HP:0001719)
Estenose de valva aórtica (HP:0001650)
Estenose de valva mitral (HP:0001718)
Estenose de valva pulmonar (HP:0001642)
Estenose periférica de artéria pulmonar (HP:0004969)
Forame oval pérvio (quando peso ao nascimento \geq 2500g ou idade gestacional \geq 37 semanas) (HP:0001655)
Hemangioma em face ou pescoço (HP:0001028)
Hemangioma grande (diâmetro \geq 10 cm), múltiplo ou cavernoso (HP:0001028)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Hipertrofia ventricular (HP:0001714)
Insuficiência de valva aórtica (HP:0001659)
Insuficiência de valva mitral (HP:0001653)
Insuficiência de valva pulmonar (HP:0010444)
Insuficiência de valva tricúspide (HP:0005180)
Interrupção do arco aórtico (HP:0011611)
Linfangioma (HP:0100764)
Miocardiopatia (HP:0001638)
Persistência do canal arterial (PCA) (quando peso ao nascimento \geq 2500g ou idade gestacional \geq 37 semanas) (HP:0001643)
Regurgitação de valva aórtica discreta (HP:0001659)
Regurgitação de valva mitral discreta (HP:0001653)
Tetralogia de Fallot Clássica (HP:0001636)
Tetralogia de Fallot com estenose pulmonar (HP:0011679)
Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar (HP:0012516)
Tetralogia de Fallot não especificado
Transposição de grandes vasos (HP:0001669)
Truncus arteriosus (HP:0001660)
Valva aorta bicúspide (HP:0001647)
Valva aorta espessada
Valva pulmonar espessada

119. Sistema respiratório:

Agenesia de pulmão (HP:0005944)
Defeitos diafragmáticos (exceto hérnia de hiato) (HP:0000775)
Estridor laringeo congênito (HP:0004886)
Hérnia de hiato (HP:0002036)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Hipoplasia pulmonar (exceto em prematuros) (HP:0002089)
Laringomalácia (HP:0001601)
Traqueomalácia (HP:0002779)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



120. Sistema Gastrointestinal:

Ânus imperfurado (HP:0002023)

Apêndices anais

Ascite congênita (HP:0001791)

Atresia de esôfago (HP:0002032)

Atresia de vias e/ou ductos biliares
(HP:0005912)

Divertículo de Meckel (HP:0002245)

Esplenomegalias e/ou hepatomegalia
(HP:0001433)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Estenose de piloro (HP:0002021)

Estenose/atresia anal/outras alterações de
ânus (exceto ânus imperfurado)
(HP:0004378)

Estenose/atresia intestinal (HP:0011100)

Fissuras anais (HP:0012390)

Fístula traqueoesofágica (HP:0002575)

Megacolon ou Hirschsprung (HP:0002251)

121. Sistema Urinário:

Agênese renal (HP:0000104)

Agênese/atresia ou válvula de
uretra/alteração uretral (HP:0000795)

Cisto renal único (HP:0012581)

Cistos renais (HP:0005562)

Hidronefrose com dilatação de pelve \geq 10
mm (HP:0000126)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Hiperplasia renal (HP:0000105)

Refluxo vésico-ureteral (HP:0000076)

Rim ectópico (HP:0000086)

Rim em ferradura (HP:0000085)

Úraco patente ou com cisto (HP:0010478)

Genitais:

122. Inspeção visual:

Ambiguidade genital (0000062)

123. Genitália feminina:

Aderência de pequenos lábios (HP:0000063)

Anomalia de fusão uterina (HP:0000130)

Anomalia de Rokitansky

Apêndices vaginais ou himenais

Cisto de vagina, vulva ou canal de Nuck

Outros defeitos não listados – Descreva:

Clitoromegalia (mensurado $>$ 6mm)
(HP:0000057)

Fusão vulvar (HP:0000148)

Hipoplasia de grandes lábios (HP:0000059)

Hipoplasia de pequenos lábios (HP:0000064)

Presença de rafe mediana no clitóris

124. Genitália masculina:

Anorquia/microrquidia (mensurada)
(HP:0010468)

Ausência de prepúcio ou prepúcio excessivo
ou redundante (HP:0100587)

Ausência de rafe mediana no pênis

Cordee (HP:0000041)

Criptorquidia (quando peso ao nascimento
 \geq 2500g) (HP:0000028)

Criptorquidia não especificada (HP:0000028)

Criptorquidia persistente após 2 anos de
idade (HP:0000028)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Escroto em cachecol/transposição
penoescrotal (HP:0100600)

Fimose (HP:0001741)

Hidrocele (HP:0000034)

Hipoplasia de testículo (HP:0008734)

Hipoplasia escrotal (HP:0000046)

Hipospádia (exceto quando meato estiver na
glande) (HP:0000047)

Hipospádia de glande (HP:0000807)

Micropênis (mensurado) (HP:0000054)

Pênis pequeno (exceto micropênis
mensurado) (HP:0008736)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



125. Pele e anexos:

Apêndices ou cistos cutâneos (HP:0010609)

Cutis marmorata (HP:0000965)

Dermatoglifos incomuns (HP:0007560)

Hipoplasia ungueal (HP:0008386)

Ictiose (HP:0008064)

Lanugo excessivo ou persistente ou hipertricosose (HP:0011362)

Manchas vinho-do-porto/*Nevus flammeus* (HP:0001052)

Manchas café-com-leite (HP:0000957)

Manchas despigmentadas ou hiperpigmentadas (HP:0007441)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Manchas mongólicas (HP:0011369)

Nevus pigmentados (HP:0000995)

Pele hiperextensível (HP:0000974)

Unha ausente (HP:0001798)

Unha com duplicação (exceto polegar) (HP:0010793)

Unha do polegar com duplicação (HP:0010793)

Unhas largas, hipoplásicas, hipertróficas, espessadas, hiperconvexas ou com sulco longitudinal (HP:0001597)

126. Outros defeitos inespecíficos não listados:

Sim

Não

Descreva:

Exames Complementares e Fotografias do Paciente

127. Fotografias:

Sim

Não

128. Preencha o quadro com os exames complementares do paciente:

Exame Complementar	Obs do Exame Complementar	Data da solicitação exame	Resultado do Exame Complementar	Data do Resultado

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



Hipótese Diagnóstica

129. Preencha o quadro com as hipóteses diagnósticas do paciente:

Data da HD	Hipótese Diagnóstica	CID da Fenda Orofacial	Status do Diagnóstico (Suspeito, Em investigação, Concluído)	Data do Status

130. Há hipótese diagnóstica de Del22q para este paciente:

Sim

Não

131. Qual o médico responsável em seu serviço por comunicar o resultado da investigação laboratorial para o paciente: _____

132. Envio de material para exames genéticos:

Data do envio do material	Tipo de material enviado	Quantidade de tubos enviados	Destino do material	Status do material no destino	Data de chegada ao destino

TCLE Fenda

133. O TCLE do paciente já foi devidamente preenchido e assinado?

Sim

Não