



Caro Notificador, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu envio ao Programa de Vigilância. Por favor, responda ao maior número possível de questões. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação clínica. Muito obrigado pela sua colaboração.

Nome do notificador

Telefone ou

email

Actividade/profissão de quem preencheu o formulário:

Data de preenchimento do formulário - -

O Programa de Vigilância está filiado na SCPE - Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (*Dev Med and Child Neurol* 2000;42:816-24), com a qual partilha processos e definições. A informação notificada pode ser obtida por consulta do processo clínico e/ou pela observação directa da criança (*Evans et al, Dev Med Child Neurol* 1989;31:119-27).

DEFINIÇÃO: Paralisia cerebral é um termo abrangente para designar um grupo de situações clínicas; é permanente mas não inalterável; origina uma perturbação do movimento e/ou da postura e da função motora; é devida a uma alteração/lesão/anomalia não progressiva do cérebro imaturo e em desenvolvimento. As crianças que adquirem esta situação clínica até aos cinco anos devem ser incluídas neste registo. Por favor, use os **critérios de decisão** incluídos nas “Instruções para Caracterização da Paralisia Cerebral” (<http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=141>).

A. Residência actual: País Distrito Concelho

B. Iniciais do nome da criança

C. Data de nascimento - - dd-mm-aa D. Sexo: M F

D. Residência da mãe na altura do nascimento da criança:
País Distrito Concelho

E. Principais locais de acompanhamento da Criança (Centro Reabilitação, hospital, etc)

F. Médico assistente: e-mail tel

Se acompanhou alguma **criança nascida a partir de 2001 que tenha falecido antes dos 5 anos de idade** e que considere que tinha paralisia cerebral, poderá notificá-la para o estudo de estimativa de incidência de paralisia cerebral em cada coorte anual de recém-nascidos. Agradecemos que forneça toda a informação possível relativa à gestação, parto, período neonatal e estado clínico e funcional na última observação.

01. Data do óbito -- ou idade em que faleceu anos meses

02. Causa presumível de morte:

DADOS sobre a MÃE, a GESTAÇÃO, o PARTO e o PERÍODO NEONATAL

03. Ano de nascimento da mãe ou idade da mãe à data do parto desconhecido

04. Escolaridade da mãe à data do nascimento anos desconhecido

05. Número de partos anteriores ao nascimento desta criança (nado-vivos ou nado-mortos):
nenhum um dois > dois se >dois, número desconhecido

06. Hospital onde ocorreu o parto desconhecido
(se extra-hospitalar, refira-o)

07. Tipo de parto: vaginal cesariana electiva emergência desconhecido

08. Peso ao nascer (g) desconhecido

09. Idade gestacional Semanas completas desconhecido

10. Número de crianças nascidas neste parto:
uma duas outro número qual? desconhecido

10.a. Se o parto foi múltiplo, qual a ordem do nascimento da criança?
primeira segunda outro número qual? desconhecido

10.b. Algum dos outros gémeos tem/teve PC? sim não desconhecido

11. Qual foi o Índice de Apgar? (pontuação de 0-10) 5 minutos desconhecido

12. A criança esteve em cuidados intensivos durante o período neonatal?
sim passe às perguntas 12.a e 12.b não desconhecido

12.a. Esteve ventilada \geq 24 horas? sim não desconhecido

12.b. Esteve em hipotermia induzida? sim não desconhecido

13. Teve convulsões nas primeiras 72 horas? sim não desconhecido

14. A gestação ocorreu por técnicas de **reprodução medicamente assistida**?

sim passe à pergunta 14.a não passe à pergunta 15 desconhecido passe à pergunta 15

14.a. Refira qual: Indução da ovulação FIV ICSI desconhecida
FIV - fertilização *in vitro*; ICSI - Intra Cytoplasmic Sperm Injection

outra Qual:

ANOMALIAS CONGÉNITAS

Definição SCPE: As anomalias congénitas devem ser registadas tendo como referencia “Smith’s Recognisable Patterns of Human Malformation” (5ª Edição), Kenneth Lyons MD.

15. A criança tem alguma **síndrome e/ou anomalia cromossómica**?

sim passe à pergunta 15.a não passe à pergunta 16 desconhecido passe à pergunta 16

14.a. Se sim especifique

16. A criança tem alguma **malformação cerebral**?

sim passe à pergunta 16.a não passe à pergunta 17 desconhecido passe à pergunta 17

19.a. Se sim especifique

17. A criança tem alguma outra **anomalia congénita (que não malformação cerebral)**?

sim passe à pergunta 17.a não passe à pergunta 18 desconhecido passe à pergunta 18

17.a. Se sim especifique

INFECÇÃO NA GRAVIDEZ

18. Houve infecção do grupo TORCHS durante a gestação? *TORCHS: toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, herpes simplex, sífilis, VIH, varicela, parvovirus (<http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/rede-nacional-de-vigilancia-laboratorial-e-clinica-de-infeco-es-congenitas/>)*

sim passe à pergunta 18.a não passe à pergunta 19 desconhecido passe à pergunta 19

18.a. Refira qual?

19. Houve alguma outra infecção durante a gestação (não incluída no grupo TORCHS)?

sim passe à pergunta 19.a não passe à pergunta 20 desconhecido passe à pergunta 20

19.a. Se sim, especifique:

hepatites paludismo outra Qual?

PERIODO PERI/NEONATAL

20. Considera que a causa mais provável da paralisia cerebral ocorreu entre as 22 semanas de gestação e os primeiros 28 dias após o nascimento?

sim passe à pergunta 20.a não passe à pergunta 21 desconhecido passe à pergunta 21

20.a. sepsis meningite kernicterus paragem cardio-respiratória AVC

perturbações desenvolvimento cerebral no prétermo encefalopatia hipóxico-isquémica

outra Passe à pergunta 20.b

20.b. Se outra refira qual

20.c. Se causa infecciosa, especifique:

PERIODO PÓS-NEONATAL

21. Considera que a causa mais provável da paralisia cerebral ocorreu após os 28 dias de idade?

sim passe à pergunta 21.a não passe à pergunta 22 desconhecido passe à pergunta 22

21.a. sépsis meningite ALTE paragem cardio-respiratória AVC

encefalite pré-afogamento acidente neoplasia do sistema nervoso central

outra Passe à pergunta 21.b

21.b. Se outra refira qual

21.c. Se causa infecciosa, que agente?

21.d. Idade em que ocorreu Idade em meses desconhecida (até aos 60 meses)

NEUROIMAGEM – Ressonância Magnética

22. Tem ressonância magnética pós-neonatal? sim não desconhecido
- 22.a. Tem outros exames neuroimagiológicos? sim não desconhecido

22.b. Se sim, especifique qual:

22.c. Data da ressonância magnética: - - dd-mm-aa desconhecida

Se possível, anexe o relatório da ressonância magnética, sem o nome da criança.

22.d. *Se não for possível anexar o relatório*, transcreva as conclusões do(s) relatório(s) da ressonância magnética; pode também referir algum outro achado evidente mas não registrado na classificação (22.e):

22.e. **Classificação da ressonância magnética em idade pós-neonatal para vigilância epidemiológica da paralisia cerebral na Europa (SCPE)**, baseada no **padrão predominante de lesão que possa provocar o padrão clínico predominante** da paralisia cerebral.

Quando a informação estiver disponível, por favor, classifique as lesões encontradas com a maior precisão possível, assinalando a subclasse e a lateralidade (quando aplicável).

		Direita	Esquerda	Bilateral	Ligeira	Moderada	Grave
A. Malformações: padrões do 1º e do 2º trimestre.....	<input type="checkbox"/>						
A.1. Perturbações de proliferação, migração ou organização (u/b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2. Malformações – outras.....	<input type="checkbox"/>						
B. Lesão predominante da substância branca: padrões precoces do 3º trimestre.....	<input type="checkbox"/>						
B.1. Leucomalácia periventricular (Ligeira, Grave) (u/b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2. Sequelas de HPIV ou de EHP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B.3. Combinação de sequelas de LPV e HPIV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C. Lesão predominante da substância cinzenta: padrões tardios do 3º trimestre.....	<input type="checkbox"/>						
C.1. Gânglios da base/tálamo.....	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2. Lesões para-sagitais.....	<input type="checkbox"/>						
C.3. Enfartes da artéria cerebral média.....	<input type="checkbox"/>						
D. Diversos. (por favor, especifique-os no campo 21.d).....	<input type="checkbox"/>						
E. Normal	<input type="checkbox"/>						
F. Padrões de lesão não classificados por ausência de informação.	<input type="checkbox"/>						

Legenda: EHP - enfarte hemorrágico periventricular; HPIV - hemorragia intra periventricular; LPV - leucomalácia periventricular.

CLASSIFICAÇÃO do TIPO de PARALISIA CEREBRAL

Se necessário, consulte a classificação dos subtipos de paralisia cerebral constante das instruções para “Classificação dos Subtipos de Paralisia Cerebral”. (Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B, Damiano D. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2005;47:571-6.) acessível em <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=141>

23. Assinale o tipo clínico predominante, escolhendo as opções:

- Espástica** bilateral se bilateral, assinale o nº de membros afectados (2 a 4)
unilateral se unilateral assinale se: direita ou esquerda
- Disquinética** se adequado, assinale se distónica ou coreo-atetósica
se unilateral, assinale se direita ou esquerda
- Atáxica**
- Não classificável** → Qual a razão? critérios SCPE ou informação insuficiente

23.a. Tendo assinalado o tipo clínico predominante, considera que **apresenta também** características de:

- Espástica Disquinética Atáxica

AVALIAÇÃO FUNCIONAL da PARALISIA CEREBRAL

24. Sistema de classificação da função motora - GMFCS (entre 4 e 6 anos). Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- I** A criança senta-se sem ajuda numa cadeira. Põe-se de pé sem ajuda e sem apoio. Anda dentro e fora de casa e sobe escadas. Capacidade emergente para correr e saltar.
- II** A criança senta-se numa cadeira com as mãos livres para manipular objectos. Consegue levantar-se do chão ou de uma cadeira, mas necessita de apoio dos membros superiores na mobília. Consegue andar sem apoio e sem auxiliar de marcha em casa e fora de casa só em superfícies lisas e distâncias curtas. Consegue subir escadas com apoio do corrimão, mas não consegue correr nem saltar.
- III** A criança senta-se numa cadeira normal, mas necessita de apoio de tronco para facilitar o uso das mãos. Consegue transferir-se para a cadeira e sair dela agarrando-se a uma superfície estável. Consegue andar com auxiliar de marcha e sobe escadas com ajuda do adulto. Necessita de ser transportada para andar na rua em terreno irregular ou em distâncias grandes.
- IV** A criança senta-se numa cadeira, mas necessita de suporte de tronco para facilitar a função das mãos. Consegue levantar-se e sair e entrar na cadeira com ajuda do adulto ou com apoio dos membros superiores, numa superfície estável. Consegue deslocar-se com ajuda técnica e apoio do adulto apenas em distâncias curtas, mas tem dificuldade em voltar-se e em manter o equilíbrio em superfícies irregulares. Na comunidade tem de ser transportada. Pode ser autónomo conduzindo cadeira de rodas eléctrica.
- V** A criança não consegue manter o controlo da cabeça e do tronco. Restrição em todas as áreas de mobilidade. Necessita de adaptações e tecnologias de apoio. Dependente na mobilidade em cadeira de rodas. Alguns casos conseguem autonomia na mobilidade em cadeira de rodas eléctrica com múltiplas adaptações.

Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russel D, Wood E, Galuppi B. Development and validation of a gross motor function classification system for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1997;39:214-23. O Teste de Função Motora para as idades após os 12 anos pode ser obtido em <http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/FINALGMFCS-ERwebformat-Portuguese.pdf>

24.a. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

- < 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra Qual

AVALIAÇÃO FUNCIONAL da PARALISIA CEREBRAL

25. Motricidade bimanual da criança com paralisia cerebral. Pode ser feita segundo a classificação da Motricidade fina bimanual (Bimanual Fine Motor Function - BMFM) ou o Sistema de Classificação das Capacidades de Manipulação (Manual Ability Classification System - MACS).

25.a. Bimanual Fine Motor Function (BMFM). Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- I** Uma mão manipula sem restrições; a outra mão manipula sem restrições ou tem limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina.
- II** Uma mão manipula sem restrições; a outra mão só tem capacidade de segurar; ou as duas mãos têm limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina.
- III** Uma mão manipula sem restrições; a outra mão não tem capacidade funcional; ou uma mão tem limitações nas capacidades mais diferenciadas da motricidade fina e a outra só tem capacidade de preensão ou pior. A criança necessita de ajuda nas tarefas manuais.
- IV** As duas mãos só têm capacidade de preensão; ou uma mão só com capacidade de preensão e a outra mão só com capacidade de segurar ou pior. A criança necessita de ajuda e/ou equipamento adaptado.
- V** As duas mãos só com capacidade de segurar ou pior. A criança requer assistência total mesmo com adaptações.

Beckung E, Hagberg G. Neuroimpairments activity limitations and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2002;44:309-16.

25.b. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra qual?

25.c. Sistema de Classificação das Capacidades de Manipulação (MACS). Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- 1** Manipula os objectos facilmente e com sucesso. Tem apenas limitações nas tarefas manuais que requerem rapidez e precisão. Contudo qualquer limitação da função manual não restringe a independência nas actividades da vida diária.
- 2** Manipula a maioria dos objectos mas com menor qualidade e/ou velocidade. Algumas actividades podem ser evitadas ou só serem conseguidas com alguma dificuldade; podem ser utilizadas estratégias alternativas, mas a função manual não restringe geralmente a independência nas actividades da vida diária.
- 3** Manipula objectos com dificuldade. Necessita de ajuda para preparar e/ou modificar a actividade. O desempenho é lento e tem sucesso limitado em relação à qualidade e quantidade. As actividades são efectuadas com autonomia, mas só se forem preparadas ou com adaptações.
- 4** Manipula uma selecção de objectos facilmente manipuláveis necessitando de adaptações. Executa parte da actividade com esforço e sucesso limitado. Necessita de apoio contínuo e/ou equipamento adaptado mesmo para a realização parcial da actividade.
- 5** Não manipula objectos e tem limitações graves na realização de qualquer actividade, mesmo muito simples. Requer assistência total.

Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol* 2006;48:7:549-54. http://www.macs.nu/files/MACS_Portuguese_2010.pdf

25.d. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra qual?

26. Classificação do Desempenho na Alimentação (CDA). Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- I** Mastiga e engole sem problemas. Come só, sem ajuda.
- II** Algumas dificuldades na mastigação e deglutição (maior lentidão). Come só, sem adaptações. Necessita de pequena ajuda ocasional e supervisão.
- III** Dificuldades na mastigação e deglutição persistentes com engasgamento ocasional. Necessidade de adaptações, mas com autonomia na alimentação, necessitando apenas de supervisão.
- IV** Dificuldades acentuadas na mastigação e deglutição com impulso da língua e reflexo de morder. Necessita de ser alimentado. Engasgamento ocasional. Tempo de alimentação <1 hora.
- V** Totalmente dependente na alimentação. Engasgamento frequente. Tempo de alimentação >1 hora. Gastrostomia ou sonda naso-gástrica.

Andrada G, Andrada M, Folha T, Virella D, on behalf of the Research Team of National Surveillance of Cerebral Palsy in Portugal. Validation of Assessment Scales for Communication and Oro-Motor Control of Children with Cerebral Palsy. *Proceedings of the 50th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research, 2007.*

26.a. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra qual?

27. Viking Speech Scale (VSS) – Escala Viking da Fala. Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- I** A fala não é afectada pela perturbação motora.
- II** A fala é imprecisa, mas geralmente compreensível por ouvintes não habituais.
- III** A fala não é clara nem geralmente compreensível por ouvintes não habituais e fora do contexto.
- IV** Fala não compreensível.

Pennington L, Virella D, Mjølten T, da Graça Andrada M, Murray J, et al. Development of The Viking Speech Scale to classify the speech of children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil. 2013;34(10):3202-10.*

Se a criança não fala, qualquer que seja a etiologia ou o seu nível cognitivo, assinale nível IV.

27.a. A criança utiliza algum meio aumentativo ou alternativo de comunicação:

sim não desconhecido

27.b. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra qual?

28. Classificação do Controlo da Baba (CCB). Por favor, leia cada um dos seguintes itens e assinale o quadrado relativo ao nível mais aproximado que descreva esta criança.

- I** Nunca se baba.
- II** Baba-se ocasionalmente e com grande esforço.
- III** Baba-se com frequência e com médio ou pouco esforço.
- IV** Baba-se frequentemente, sem qualquer esforço.
- V** Baba-se sempre, em fio, sem qualquer esforço.

Adaptado de Thomas-Stonell N, Greenberg J. Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling. *Dysphagia 1988,3:73-8.*

27.a. Idade em que foi efetuada a avaliação registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos outra qual?

DEFICIÊNCIA VISUAL

29. Tem algum tipo de deficiência visual?

sim passe à pergunta 29.a não passe à pergunta 30 desconhecido passe à pergunta 30

29.a. A criança usa óculos ou outra ajuda técnica para a visão?

sim não desconhecido

29.b Foi feita alguma intervenção oftalmológica? (cirurgia, toxina, laser, Avastin®) sim não desconhecido Qual?

29.c. A criança tem deficiência visual grave? (cegueira ou visão não útil, após correção no olho com melhor visão).

sim não desconhecido

Crítérios do SCPE para “Défice visual grave”: nível de perda visual <6/60 (Escala Snellen) ou <0,1 (Escala Decimal) em ambos os olhos.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

30. Tem algum tipo de deficiência auditiva?

sim passe à pergunta 30.a não passe à pergunta 31 desconhecido passe à pergunta 31

30.a. A criança tem deficiência auditiva grave? (surdez grave ou profunda, sem correção do melhor ouvido).

sim não desconhecido

Crítérios do SCPE para “Deficiência auditiva grave”: nível de perda auditiva >70 db nos dois ouvidos.

DÉFICE COGNITIVO

31. Tem algum tipo de défice cognitivo?

sim não não avaliado desconhecido

32. Forneça uma estimativa do nível de cognitivo assinalando um quadrado a baixo. A avaliação do nível do cognitivo pode ser feito através da resposta comportamental da criança.

Se possível, QI		ou	Avaliação clínica	
Equivalente a CID10 (Códigos F70 a F73)	≥ 70	<input type="checkbox"/>	Sem défice	<input type="checkbox"/>
	50-69	<input type="checkbox"/>	Défice ligeiro	<input type="checkbox"/>
	20-49	<input type="checkbox"/>	Défice moderado/grave	<input type="checkbox"/>
	<20	<input type="checkbox"/>	Défice grave/profundo	<input type="checkbox"/>

32.a. Se disponível, registre o resultado do teste de desenvolvimento mais recente

32.b. Data da avaliação - - dia-mês-ano ou idade em meses

EPILEPSIA/CONVULSÕES (Definição SCPE: duas ou mais convulsões, **excluindo** convulsões febris ou neonatais).

33. A criança tem epilepsia ou teve alguma vez múltiplas crises convulsivas?

sim passe à pergunta 33.a não passe à pergunta 34 desconhecido passe à pergunta 34

33.a. Toma medicação para epilepsia/convulsões?

não monoterapia politerapia desconhecido

33.b Qual a frequência das crises no último ano?

diárias semanais mensais algumas por ano nenhuma

33.c Com que idade é que iniciou epilepsia?

<1 ano 1 ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos >5 anos

OUTROS DADOS CLÍNICOS à data notificação

34. A criança tem luxação da anca (migração $\geq 80\%$)? sim não desconhecido
A criança tem subluxação da anca (migração 30-80%)? sim não desconhecido
Data da última avaliação - - ou idade em anos
35. A criança tem microcefalia? sim não desconhecido
36. Peso , Kg desconhecido
- 36.a. Idade da pesagem: anos meses ou data - -
37. Estatura cm desconhecido
- 37.a. Idade da medição: anos meses ou data - -
38. A criança tem ou tinha gastro ou jejunostomia aos 5 anos? sim não desconhecido
- 38.a. Idade da recolha da informação: anos meses ou data - -
- 38.b Idade da colocação da ostomia: anos meses ou data - -
39. A criança tem ou tinha sonda naso-gástrica aos 5 anos? sim não desconhecido

INTEGRAÇÃO NO SISTEMA DE ENSINO PRÉ-ESCOLAR (mesmo se notificada após os 6 anos)

40. A criança está integrada no sistema de ensino pré-escolar?

- I Inclusão em sala de aula no ensino regular / a tempo completo, sem apoio ou com apoio esporádico de orientação.
- II Inclusão no ensino regular a tempo completo, com apoio técnico no mínimo 1 vez por semana.
- III Inclusão no ensino regular com apoio continuado em unidade específica para crianças com deficiência mas partilhando actividades integradas com as outras crianças.
- IV Frequenta o ensino especial a tempo inteiro.
- V Permanece em domicílio ou instituição.

40.a. Idade à qual se refere a integração registada:

< 4 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos

INTEGRAÇÃO NO SISTEMA DE ENSINO BÁSICO (se aplicável à idade de notificação)

41. A criança está integrada no sistema de ensino básico?

- I Inclusão em sala de aula no ensino regular / a tempo completo, sem apoio ou com apoio esporádico de orientação.
- II Inclusão no ensino regular a tempo completo, com apoio técnico no mínimo 1 vez por semana.
- III Inclusão no ensino regular com apoio continuado em unidade específica para crianças com deficiência mas partilhando actividades integradas com as outras crianças.
- IV Frequenta o ensino especial a tempo inteiro.
- V Permanece em domicílio ou instituição.

41.a. Idade à qual se refere a integração registada:

6 anos 7 anos 8 anos outra qual?

Comentários clínicos ou sobre o contexto familiar/social da criança: Algum facto importante ainda não referido anteriormente.

Comentários e /ou sugestões sobre o Programa de Vigilância ou sobre o formulário.

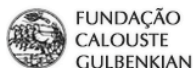
Por favor, **envie** o formulário preenchido para:

- Formulário **digitalizado**: paralisia.cerebral@insa.min-saude.pt
- Formulário **impresso**: PVNPC - Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Avenida Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

O Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral é um consórcio constituído pelas seguintes instituições:



Apoios:



Relatórios disponíveis em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=141>