

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 e UF: _____
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 UF 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 _____

D Informações gerais referentes à mãe do paciente

26. Data de nascimento da mãe do paciente: _____

27. Município e UF 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. Em que idade iniciou o acompanhamento especializado: _____

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

Período pré-natal

Período pós-natal – Quantos dias: _____

Sem informação

Não se aplica

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

Período pré-natal

Período pós-natal – Quantos dias: _____

Sem informação

Não se aplica

F Antecedentes Pessoais Relevantes

32. Já realizou cirurgia para correção da fenda orofacial:

Sim

Não

Sem informação

33. Realizou alguma outra cirurgia(s):

Sim

Não

Sem informação

34. 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	Município / UF	Nome do hospital

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

Sim

Não

Sem informação

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

36. Anemia:

Não

Sim – Descreva:

Sem informação

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



37. Otite de repetição:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

38. Pneumonia de repetição:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

39. Convulsões:

Não

Sem informação

Sim – Descreva:

40. Outros problemas de saúde:

Não

Sim – Descreva:

G Informações sobre desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)

Marcos esperados de DNPM:

- Sorriso - 2 meses
- Firmar a cabeça - 3-4 meses
- Sentar com apoio - 4-5 meses
- Sentar sem apoio - 6-8 meses
- Falar palavras - 8-14 meses
- Andar sem auxílio - 10-14 meses
- Falar frases - 10-24 meses
- Controle dos esfíncteres anal e vesical - a partir de 18 meses

41. Marcos do desenvolvimento:

Tipo de marco	Status do marco	Idade que atingiu (em meses)
Sorriu		
Sustentou a cabeça		
Sentou com apoio		
Sentou sem apoio		
Engatinhou		
Ficou de pé com apoio		
Andou sem apoio		
Falou palavras		
Falou frases		
Controlou esfíncter anal – período diurno		
Controlou esfíncter anal – período noturno		
Controlou esfíncter vesical – período diurno		
Controlou esfíncter vesical – período noturno		

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



42. 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

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

Sim	Não se aplica
Não	Sem informação

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

Sim	Não se aplica
Não	Sem informação
Sem avaliação formal	

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

Inteligência normal	Déficit intelectual estabelecido
Quadro sugestivo de déficit intelectual	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:	

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

48. Esta gravidez foi:

Espontânea	Sem informação
Induzida – Método:	

49. Tabagismo pela mãe:

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

50. Consumo de álcool pela mãe:

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

51. Consumo de drogas ilícitas:

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

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

52. Se afirmativo, especifique o tipo de droga:

Sem informação	Ecstasy
Cocaína	LSD
Crack	Maconha
Outros – Qual:	

53. Diagnóstico de epilepsia:

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

54. Diagnóstico de diabetes:

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

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



55. Diagnóstico de obesidade:

Sim Não Sem informação

56. Diagnóstico de artéria umbilical única:

Sim Não Sem informação

57. Outros diagnósticos:

Não Sem informação

Sim – Descreva:

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

Não Sem informação

Sim – Quais:

59. Grupos de Ocupação: _____

60. Ocupação da mãe: _____

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

62. Outras intercorrências durante a gestação:

Não Sem informação

Sim – Quais:

63. Tentativa de interrupção da gravidez:

Sim – Descreva: _____

Não Sem informação

Informações sobre o parto e nascimento

64. Duração da gestação:

Termo Pós-termo

Pré-termo Sem informação

65. Relação de peso ao nascimento X idade gestacional:

PIG (abaixo do percentil 10) GIG (acima do percentil 90)

AIG (entre percentil 10 e 90) Sem informação

66. Local do parto:

Maternidade Outro

Domicílio Sem informação

67. Tipo de parto:

Cesariano Vaginal

Fórceps Sem informação

68. Intercorrências neonatais:

Sim Não Sem informação

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



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

69. 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: | |

70. Alta da maternidade: _____ dias de vida

Dados Antropométricos ao nascimento

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

- 71.** Peso ao nascimento: _____ g – Percentil: _____
- 72.** Comprimento ao nascimento: _____ cm – Percentil: _____
- 73.** Perímetro Cefálico ao nascimento: _____ cm – Percentil: _____
- 74.** Apgar 1º minuto: _____
- 75.** Apgar 5º minuto: _____
- 76.** Apgar 10º minuto: _____
- 77.** Capurro: _____

78. Gemelaridade:

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

79. Tipo de gemelaridade:

Monozigóticos	Dizigóticos	Sem informação
---------------	-------------	----------------

J Informações sobre a ascendência paterna

80. País de nascimento da avó paterna:

Brasil	Outro: _____
--------	--------------

81. País de nascimento do avô paterno:

Brasil	Outro: _____
--------	--------------

82. 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

K Informações sobre a ascendência materna

83. País de nascimento da avó materna:

Brasil	Outro: _____
--------	--------------

84. País de nascimento do avô materno:

Brasil	Outro: _____
--------	--------------

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



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

Nativa (Indígena+Europeia Latina+Africana)
 Europeia Latina
 Africana
 Europeia não-latina
 Judaica

Oriental
 Árabe
 Indígena
 Outra – Qual: _____
 Sem informação

Antecedentes familiares

86. Consanguinidade entre os genitores:

Sim – Descreva: _____
 Possível Não Sem informação

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

88. 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 (S, N)

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

Sim Não Sem informação

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

Sim Não Sem informação

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

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

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



M 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:

92. Peso atual: _____ g – Percentil: _____

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

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

95. 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							

96. Você teve dificuldade para classificar a fenda devido à manipulação cirúrgica prévia:

Sim

Não

Sem informação

97. Essa dificuldade ocorreu na classificação da fenda de:

Lábio

Palato duro

Álveolo

Palato mole

98. Presença de outros defeitos na região craniofacial:

Sim

Não

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

Crânio e/ou encéfalo:

99. 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)

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA
FENDA OROFACIAL



100. Cabelo e couro cabeludo:

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

Outros defeitos não listados – Descreva:

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)

101. 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)

102. Orelhas:

Anotia (HP:0008772)
Apêndices pós-auriculares (HP:0004451)
Apêndices, seios, cistos, orifícios/pits ou fístula
pré-auriculares (HP:0000383)
Assimetria de tamanho (HP:0010722)
Aurícula acessória (HP:01000687)
Ausência de tragus (HP:0011268)
Formato rudimentar (orelha pequena com
semelhança a brotos embrionários)
(HP:0011267)
Hélix incompleta, espessada ou sobredobrada
(HP:0011039)
Lóbulo duplo (HP:0000363)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Macrotia/orelha alargada (HP:0000400)
Meato auditivo externo estreito (HP:0000402)
Microtia (hipoplasia de orelha) (HP:0008551)
Orelha com prega na helix ou no lóbulo
(HP:0008523)
Orelha de implantação baixa (HP:0000369)
Orelha dismórfica (em couve-flor, pontuda,
achatada no terço superior, etc)
(HP:0000377)
Orelha proeminente (HP:0000412)
Orelha rodada posteriormente (HP:0000358)
Orifícios (pit) pós auriculares (HP:0008523)
Tubérculo de Darwin (HP:0011261)

103. Face (inclui maxila e mandíbula):

Agnatia (HP:0009117)
Assimetria facial (HP:0000324)
Face alongada (HP:0000276)
Fenda ou agenesia de zigomático (HP:0005557)
Hipoplasia de mandíbula (HP:0000347)
Hipoplasia de zigomático (HP:0010669)
Micrognatia significativa com ou sem
glossoptose
Outros defeitos não listados – Descreva:

Outras deformidades congênicas da face e da
mandíbula (HP:0000271)
Paralisia facial (HP:0010628)
Perfil facial achatado (HP:0012368)
Prognatia (HP:0000303)
Retrognatia (HP:0000278)

Olhos:

104. Sobrancelhas, cílios e pálpebras:

Blefarofimose (diminuição da abertura palpebral/fendas palpebrais estreitas (HP:0000581)
Cílios ausentes ou rarefeitos (HP:0000561)
Cílios longos (HP:0000527)
Coloboma de pálpebra (HP:0000625)
Distiquíase (HP:0009743)
Distopia *cantorum* (HP:0000506)
Ectrópio (HP:0000656)
Entrópio (HP:0000621)
Epicanto invertido (HP:0000537)
Outros defeitos não listados – Descreva:

Fenda palpebral oblíqua superior ou inferior (HP:0200006)
Fendas palpebrais pequenas (comprimento abaixo de dois desvios padrões)
Fusão completa de pálpebras (HP:0009755)
Pálpebras *hooded*
Pregas epicânticas (HP:0000286)
Ptose palpebral (HP:0000508)
Sinofrismo ou sobrancelhas rarefeitas (HP:0000534)

105. 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/criptoftalmia (HP:0100887)
Nistagmo (HP:0000639)
Obstrução, estenose ou estreitamento de ducto nasolacrimal (HP:0000614)
Sardas na íris (HP:0200064)

106. 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:

107. 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)

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

Outros defeitos não listados – Descreva:

108. 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)

109. Presença de defeitos em outras regiões anatômicas:

Sim

Não

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

110. 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, fístula 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:

111. Tórax:

Anomalia de Klippel-Feil (HP:0004602)	Hipoplasia/agenesia sacral (HP:0008517)
Anomalia de Sprengel (HP:0000912)	Hipoplasia/aplasia de peitoral maior (HP:0005258)
Bifurcação de costela (HP:0000892)	Mamilo acessório (HP:0002558)
Costela cervical (HP:0000891)	Mamilo invertido (HP:0003186)
Deformidades coluna vertebral (HP:0000925)	Mamilo pequeno, hipoplásico ou ausente (HP:0006709)
Deformidades de esterno (peito escavado ou carinato) (HP:0000766)	Mamilo de implantação baixa (HP:0002562)
Espinha bífida oculta (HP:0003298)	Meningomielocele ou meningocele (HP:0002435)
Espinha bífida (HP:0002414)	Outras anomalias de costela (HP:0000772)
Fóvea (cova) em região sacral ou coccígea (HP:0000960)	Outras anomalias de vértebras (HP:0003468)
Fusão vertebral (exceto Klippel Feil) (HP:0002948)	Processo xifóide bífido (HP:0010309)
Hipertelorismo mamilar (HP:0006610)	Tórax assimétrico (HP:0001555)
Hipoplasia/agenesia de clavículas (HP:0006710)	Tórax em colete, barril, armadura (HP:0001552)
Outros defeitos não listados – Descreva:	

112. Parede abdominal:

Anomalia de umbigo, implantação umbilical baixa ou hérnia umbilical (HP:0001551)	Hérnia inguinal em meninas (quando peso ao nascimento $\geq$ 2500 gramas) (HP:0000023)
Ausência de músculos retos abdominais (HP:0005199)	Hérnia inguinal em meninos (HP:0000023)
Diástase de retos abdominais (HP:0001540)	História de artéria umbilical única (HP:0001195)
Gastrosquise (HP:0001543)	Onfalocele (HP:0001539)
Outros defeitos não listados – Descreva:	

113. Membros (exceto mãos e pés):

Anel de constrição (HP:0009775)	Deformidades em varo (HP:0002970)
Anteversão do fêmur (HP:0002980)	Deformidades em recurvato (HP:0002816)
Arqueamento de braço, antebraço, coxa ou perna (HP: 0002980)	Fóvea (cova) em ombros (HP:0010782)
Artrogripose (HP:0011729)	Hiperextensibilidade das articulações (HP:0001382)
Assimetria entre membros (HP:0100556)	Luxação congênita de quadril (HP:0001374)
Ausência completa ou parcial de membros (HP:0009815)	Subluxação ou clique de quadril (HP:0002827)
Deformidades em valgo (HP:0002857)	Torção de tíbia (HP:0100694)
Outros defeitos não listados – Descreva:	

114. Mãos:

Braquidactilia (mãos) (HP:0001156)
Camptodactilia (mãos) (HP:0100490)
Clinodactilia do 5º 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 4º dedo (mão) (HP:0009280)
Encurtamento do 5º dedo (mão) (HP:0009237)

Outros defeitos não listados – Descreva:

Encurtamento do 4º 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)

115. 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 4º metatarso (HP:0004689)
Espaçamento entre 4º e 5º 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 2º e 3º dedos) (pés) (HP:0010621)
Sindactilia cutânea de 2º e 3º dedos (pés) (HP:0004691)
Sulco plantar profundo (HP:0001869)

116. 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

117. Sistema respiratório:

Agenesia de pulmão (HP:0005944)
Defeitos diafragmáticos (exceto hérnia de hiato) (HP:0000775)
Estridor laríngeo 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



118. 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)

119. Sistema Urinário:

Agenesia renal (HP:0000104)
Agenesia/atresia ou válvula de uretra/alteração
uretral (HP:0000795)
Cisto renal único (HP:0012581)
Cistos renais (HP:0005562)
Hidronefroze com dilatação de pelve ≥ 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:

120. Inspeção visual:

Ambiguidade genital (0000062)

121. 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 > 6 mm)
(HP:0000057)
Fusão vulvar (HP:0000148)
Hipoplasia de grandes lábios (HP:0000059)
Hipoplasia de pequenos lábios (HP:0000064)
Presença de rafe mediana no clitóris

122. 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)
Hipospadia (exceto quando meato estiver na
glande) (HP:0000047)
Hipospadia 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



123. 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 hipertricose
(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)

124. Outros defeitos inespecíficos não listados:

Sim

Não

Descreva:

Exames Complementares

Exames Complementares e Fotografias do Paciente

125. Fotografias:

Sim

Não

126. 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

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

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

128. O paciente apresenta fenda atípica:

Sim

Não

129. O paciente apresenta holoprosencefalia:

Sim

Microforma

Não

130. Há hipótese diagnóstica de Del22q para este paciente:

Sim

Não

131. É possível coletar amostra do trio para extração do DNA:

Sim

Não

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

133. Coleta de material para biorrepositório:

Data da coleta do material	Tipo de material enviado	Destino do material	Indivíduos coletados

TCLE Fenda

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

Sim

Não