



OBSERVAÇÃO FAMILIAR- VISITA DOMICILIAR - ANIMADOR COMUNITÁRIO

ANO: _____

Nome do Animador Comunitário: _____

Nº da família inscrita/Identificação: _____ Nome do(a) Responsável: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

MARQUE A RESPOSTA COM UM X, DE ACORDO COM SUA OBSERVAÇÃO. Caso necessário, escreva uma observação, em Obs:

ITEM	Primeiro semestre (de Janeiro a Junho)			Segundo semestre (de Julho a Dezembro)		
	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
1.Tem alimentos variados?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
2.Se alimentam três vezes ao dia?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
3.Crianças estão abaixo ou acima do peso?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
4.Crianças ficam muito ou pouco doentes?	Muito	Pouco	Obs:	Muito	Pouco	Obs:
5.Crianças dormem bem a noite toda?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
6.Cada um tem uma cama? Tem quartos?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
7.A família tem hábitos de higiene saudáveis? (escovar dentes, sem piolhos...)	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
10. Tem água potável na casa?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
11.De onde vem a água?						
12.A moradia é própria?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
13.As condições de moradia são adequadas?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
16.Existe saneamento básico?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
17. Tem banheiro na casa?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
18.Onde descartam o Lixo?						
19. A casa tem eletricidade?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
20.A família participa de atividades em comunidade?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
21.Relacionamento entre os familiares é afetivo e respeitoso?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
22.Tem relato ou sinais de violência doméstica?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
23.Crianças ficam sozinhas, sem um adulto responsável em algum momento?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs:
24.Alguém na família usa drogas?	Sim	Não	Obs:	Sim	Não	Obs: