

# IHC: Índice de Hierarquia de Complexidade

Os itens 1, 2, 3 e 4 devem ser preenchidos pelo adolescente:

**1. Dados de registro:**

Instituição:

Série:  Turno:  Data da entrevista:

Nome do jovem:

Gênero:  MASCULINO  FEMININO  Data de nascimento do jovem:

Nome do coordenador:

**2. Termo de concordância do respondente (assinalar com um x):**

Sim, concordo em participar do estudo.  Não concordo em participar do estudo.

Motivo:

**3. Situação familiar:**

Quantas pessoas moram na sua casa?

Quem mora na sua casa? Pai  Irmão/Irmã  Avó  Primo/Prima   
Mãe  Avô  Tio/Tia  Outros

Quem é responsável pela família?

O que o responsável pela família faz para ganhar dinheiro (ocupação)?

Quem trabalha em sua família? Pai  Irmão/Irmã  Avó  Primo/Prima   
Mãe  Avô  Tio/Tia  Outros

Qual a renda mensal da família? R\$

Qual o grau de escolaridade do responsável pela família?  
Analfabeto/ Primário incompleto  Secundário completo/Técnico incompleto  Superior completa   
Primário completo/Secundário Incompleto  Técnico completo/Superior incompleto  Não sei

Sua casa é? Própria  Alugada  Emprestada  Outros  Não sei

Quantos cômodos há na sua casa?  Quantas pessoas dormem na sua cama?

Participa de algum programa assistencial do governo? Sim  Não

Qual?

**4. Bens de consumo:**

Assinale com a quantidade de itens que você possui na sua casa. Considere apenas os aparelhos que funcionam:

Televisão:  1  2  3  4  5

Banheiro dentro de casa:  1  2  3  4  5

Moto própria:  1  2  3  4  5

Modelo/Ano:

Carro próprio:  1  2  3  4  5

Modelo/Ano:

Tanque de lavar roupa:  1  2  3  4  5

Máquina de lavar:  1  2  3  4  5

DVD:  1  2  3  4  5

Geladeira com freezer:  1  2  3  4  5

Ajudante doméstica/faxineira:  1  2  3  4  5

Os itens 5, 6 e 7 devem ser preenchidos pelo Coordenador Regional:

**5. Classificação no Índice de Hierarquia de Complexidade - IHC:**

CD Controle da Doença		CL Controle da Lesão			TE Tratamento Especializado			ORTO		
SN	CDI	SNL	CL S	CLC	CLS/CL C	SNE	NTE	Qual especialidade?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. Percepção do respondente sobre a condição de saúde bucal:**

Você acha que tem cárie nos dentes? Sim  Não

Você sente vergonha dos seus dentes? Nunca  Quase nunca  Algumas vezes  Ocasionalmente  Sempre

Você já foi alguma vez ao dentista? Sim  Não

Se a resposta acima for sim preencher: Posto de saúde  Dentista particular

Possui convênio médico? Sim  Não

Possui convênio odontológico? Sim  Não

**7. Considerações sobre o jovem:**