

FICHA C - FICHA DA CRIANÇA - MENINO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DA CRIANÇA - MENINO



MENINO

LEGENDA

Tipo de Aleitamento (AL)		Atraso Desenvolvimento (AD)	
E - Aleitamento exclusivo		S - Sim	N - Não
P - LM + Água/Chá/Suco		Diarréia (DIA)	
A - LM + Outro Leite/Alimento		1 - Não	
D - Desmame completo		2 - Sim e não usou TRO	
		3 - Sim e usou TRO	
Vacinas em Dia (VD)		Infecção Resp. Aguda (IRA)	
S - Sim	N - Não	S - Sim	N - Não
Estado Nutricional (EN)		Hospitalização (HS)	
1 - < P01	2 - P01 - <P3	S - Sim	
3 - P3 - < P10	4 - P10 - P97	N - Não	
5 - > P97			

Nome do Agente/Cadastrador

N° CNS

Equipe

Microárea

Família

Nome da Criança

CPF */ DNV **

Data de nascimento

Local de nascimento

Nome da Mãe

CPF / DNV

Nome da Pai

CPF

Endereço

Tipo de Parto

Normal Fórceps Cesárea

Comprimento (cm)

Per. Cefálico (cm)

Peso ao Nascer (g)

Apgar 5'

Data do Teste do Pezinho

Observações

		1º ANO						2º ANO						3º ANO											
		Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS
01										13								25							
02										14								26							
03										15								27							
04										16								28							
05										17								29							
06										18								30							
07										19								31							
08										20								32							
09										21								33							
10										22								34							
11										23								35							
12										24								36							
		4º ANO						5º ANO						6º ANO											
		Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS	Peso (g)	AL	VD	EN	AD	DIA	IRA	HS
37										49								61							
38										50								62							
39										51								63							
40										52								64							
41										53								65							
42										54								66							
43										55								67							
44										56								68							
45										57								69							
46										58								70							
47										59								71							
48										60								72							

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

GRÁFICO PESO/IDADE

Observe a
Linha da
Criança

Bom

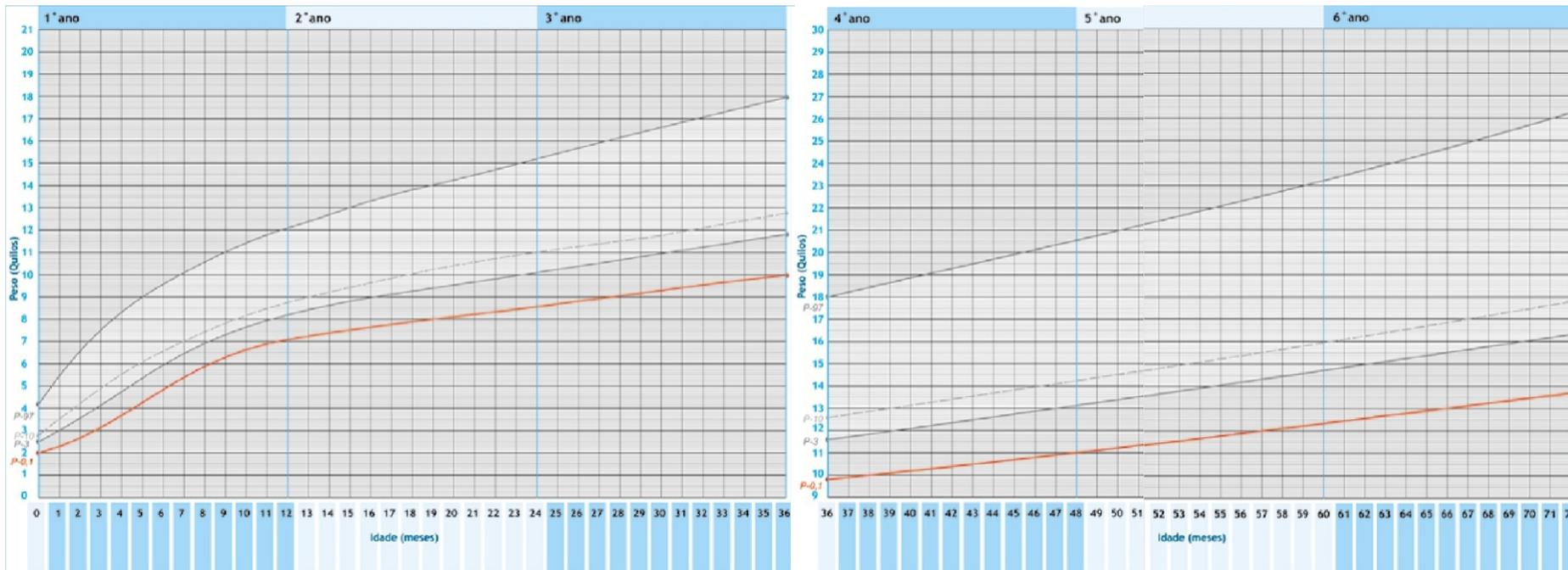
Linha
Subindo

Perigo

Linha
Reta

**Grande
Perigo**

Linha
Descendo



ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

AO NASCER	6 MESES
BCG - Dose Única Anti-Hepatite B - Dose Inicial	Pentavalente - 3ª Dose Poliomielite - 3ª Dose (com VIP)
2 MESES	12 MESES
Pentavalente - 1ª Dose Poliomielite - 1ª Dose (com VIP) Pneumo 10 - 1ª Dose Rotavírus - 1ª Dose	Meningo C - Reforço Pneumo 10 - Reforço Triplíce Viral - 1ª Dose
3 MESES	15 MESES
Meningo C - 1ª Dose	DTP - 1º reforço Hepatite A - Dose única Poliomielite - 1º Reforço (com VOP) Tetra Viral*- 2ª Dose <small>*com 1 dose de Triplíce Viral</small>
4 MESES	4 ANOS
Pentavalente - 2ª Dose Poliomielite - 2ª Dose (com VIP) Pneumo 10 - 2ª Dose Rotavírus - 2ª Dose	DTP - 2º reforço Poliomielite - 2º Reforço (com VOP)
5 MESES	9 ANOS
Meningo C - 2ª Dose	HPV Quadrivalente - 2 doses (0-6m)

ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

APÓS O NASCIMENTO	5 A 6 MESES	19 MESES A 2 ANOS
 O bebê deve começar a mamar logo após o nascimento. Amamentar logo após o nascimento é muito importante para a saúde do bebê e da mãe contribuindo para o vínculo entre mãe e filho. O bebê gosta de ouvir a mãe falar e cantar-lar enquanto cuida dele. Ele já consegue demonstrar sinais de prazer e desconforto.	 O bebê já vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.	 A criança já corre e/ou sobe degraus baixos.
1 A 2 MESES	7 A 9 MESES	2 A 3 ANOS
 O bebê já responde ao sorriso.	 O bebê já fica sentado sem apoio.	 A criança já diz seu nome e nomeia objetos como sendo seus.
3 A 4 MESES	10 A 12 MESES	3 A 4 ANOS
 O bebê já fica de bruços, levanta a cabeça e ombros.	 O bebê engatinha ou anda com apoio.	 A criança veste-se com o adulto.
5 A 6 MESES	13 A 18 MESES	4 A 6 ANOS
 O bebê já vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.	 A criança já anda sozinha.	 A criança já conta ou inventa pequenas histórias.