

Data da próxima visita															
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERÍODO PRÉ – NATAL

Duração da gravidez: _____ semanas

Número de consultas durante a gravidez: _____ Grupo Sanguíneo e RH: _____

Gravidez normal: De risco: (Se sim, referir quais)

Observações: _____

PERÍODO NEONATAL

Local do Parto: Institucional: Domiciliar: Outros:

Tipo de parto: Eutócico: Distócico: Cesariana: Fórceps:

Ventosa: Outro:

Parto múltiplo: Nº nados vivos: _____ Nº nados Mortos: _____

Peso ao nascer: _____ g. Comprimento: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Reanimação: SIM NÃO Grupo Sanguíneo e RH: _____

Profilaxia ocular: SIM NÃO Vitamina K: SIM NÃO

Administração de Vitamina A (Mãe): SIM , data: ___/___/___ NÃO

Aleitamento materno na 1ª hora: SIM NÃO

Contacto pele a pele durante 60 minutos logo após a nascença: SIM NÃO

Observações: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ALERGIAS, REAÇÕES A MEDICAMENTOS, VACINAS E OUTROS PRODUTOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ALEITAMENTO:

Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Aleitamento Materno Misto (AMM), Aleitamento

ORDENHA E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNOINTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Materno Complementado (AMC), Aleitamento Artificial (AA) ou Outros (O)

Idade em meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
AME																								
AMM																								
AMC																								
AA/O																								

Idade em Meses	Alimentos
De 6 a 7M (2 papas de frutas e 1 papa ou puré de comida de panela)	<p>Leite materno ao acordar e sempre que o bebé quiser Lanche de manhã e da tarde – fruta amassada ou raspada (banana, maçã, papaia, pera...) sem adição de açúcar.</p> <p>Almoço – Verduras e legumes bem amassados com garfo (ex: batatas, banana verde, inhame, cenoura, abóbora, vagem, couve, tomate, abobrinha...), + cereais (arroz, massa, etc.) +leguminosas (lentilha, feijões, grão de bico, ervilha) + alimentos de origem animal (frango, peixe, carnes gema de ovo). Não liquidificar nem peneirar os alimentos.</p>

Está indicado para aliviar mamas muito cheias, manter a produção do leite, guardar leite para oferecer ao bebê na ausência da mãe e, também, para doar a um banco de leite em caso de excesso de produção de leite.

Preparo do frasco para guardar o leite:

Faça a sua higiene pessoal antes de ordenhar:

- Utilize um frasco de vidro transparente com tampa de plástico.
- Retire o rótulo e o papel do interior da tampa, lave bem.
- Ferva numa panela a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
- Escorra o frasco sem tocar na tampa de boca virada para baixo.
- Feche bem o frasco sem tocar na parte interna da tampa.
- Guarde em um local seco e seguro até a sua utilização.

Como retirar o leite (ordenha)

- Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da parte escura (aréola).
- Coloque o dedo polegar acima da linha onde termina a aréola e os dedos indicador e médio abaixo da aréola. Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo e despreze as primeiras gotas.
- Aproxime a ponta do polegar com a ponta dos outros dedos, apertando e soltando muitas vezes para o leite sair. Recolhe o leite da mama em um frasco limpo.

Como conservar o leite ordenhado

- O leite ordenhado deve ser guardado imediatamente no frigorífico por 12 horas ou no congelador por 15 dias, coloque a data e a hora.
- Se o frasco não ficar cheio, você pode completá-lo em outra colheita do leite e deixe 2 dedos de folga.
- Congelado, deve ser descongelado na primeira prateleira do frigorífico e utilizado no prazo de até 12 horas.
- Aqueça (sem ferver) em banho-maria apenas a quantidade de leite que o bebê for utilizar. O leite que sobrar deve ser desprezado.

Como oferecer o leite ordenhado ao bebê

- Deve ser oferecido, de preferência, utilizando um copo, xícara ou colher.

De 7 a 12M

(2 papas de frutas e 2 papa/puré de comida de panela)

Leite materno ao acordar e sempre que o bebê quiser

Lanche de manhã e a tarde – fruta amassada ou raspada (banana, maçã, papaia, manga, pêra...), ou papas (farinha de milho, mandioca, integral ou de arroz moído) sem adição de açúcar.

Almoço e jantar – Legumes amassados com garfo/ cortados em pedaços pequenos (ex: batatas banana verde, inhame, cenoura, abóbora, vagem, couve, abobrinha, tomate...), cereais (milho, arroz, massa, etc.), leguminosas (lentilha, feijões, grão de bico, ervilha) e alimentos de origem animal (frango, peixe, carnes, fígado, ovo). Aumentar a consistência e a quantidade dos alimentos, aos poucos até chegar à alimentação da família.

12 M – 2 Anos e mais

Continuar com aleitamento materno até dois anos de idade ou mais.

Alimentação da família de 3 em 3 horas (pequeno almoço, lanche, almoço, lanche, jantar) com– alimentos naturais e saudáveis. Introduzir iogurte, leite e mel de abelha.

DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS SUPLEMENTAÇÃO

1. Oferecer alimentos variados, saudáveis, de acordo com a época e típico da região, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
2. Incluir diariamente alimentos como arroz, milho, batata, mandioca, pães e massas. Dar preferência aos alimentos integrais e naturais.
3. Oferecer legumes e verduras no almoço e jantar, para garantir um prato colorido, saboroso e saudável, e oferecer frutas nas sobremesas e lanches.
4. Oferecer feijão com arroz pelo menos três vezes por semana. Após a refeição, oferecer fruta rico em vitamina C (laranja, limão, goiaba) para prevenir a anemia.
5. Oferecer leite e derivados (queijo e iogurtes) pelo menos três vezes ao dia.
6. Carnes, aves, fígado, moela, peixes ou ovos devem fazer parte do almoço e jantar da criança diariamente. Evitar a oferta de leite e derivados junto com o almoço e jantar.
7. Evitar refrigerantes, sumos industrializados, alimentos com muito açúcar (drops, chupetas, chocolate, bolachas recheadas), alimentos gordurosos, frituras e salgadinhos; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos.
8. Diminuir a quantidade de sal na comida e não utilizar saleiro à mesa. Evitar temperos prontos, enlatados, carnes salgadas, mortadela, fiambre, hambúrguer, salsicha, linguiça, chouriço e outros. Preferir temperos naturais: salsa, coentro, cebolinha verde, alho, cebola, limão e outros.
9. Estimular a criança a beber no mínimo quatro copos de água, de preferência nos intervalos das refeições. Use sempre água tratada ou engarrafada para beber e preparar as refeições.

10. O sono adequado e a atividade física regular (nadar, andar de bicicleta, jogar a bola, pular a corda) também são importantes para manter o peso e uma vida saudável. Evitar que a criança passe mais que duas horas por dia assistindo televisão, jogando videogame ou brincando no computador, tablete e telemóvel.

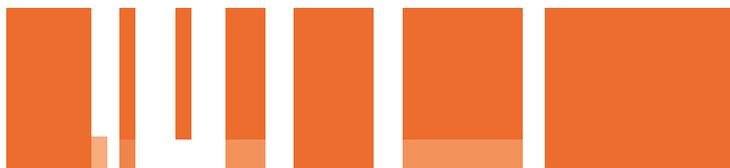
Vitamina A

As crianças de risco (com infeções graves, malnutrição grave, sarampo, varicela, diarreias crónicas, imunodeficiências, entre outras), dos 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A, pois diminui o risco de diarreia e infeções, protege a visão e ajuda no desenvolvimento e crescimento da criança.

Atenção: NÃO DAR nenhuma dose à criança que tiver recebido uma dose HÁ MENOS DE SEIS MESES.

SUPLEMENTAÇÃO - VITAMINA A

SUPLEMENTAÇÃO



SUPLEMENTAÇÃO - FERRO			
Ferro	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____

FORTIFICAÇÃO



Vitamina A (crianças de risco dos 6 aos 59m)	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	_____	Idade: _____	Data: ____/____/____
	Assinatura: _____	_____	Idade: _____
	_____	Assinatura: _____	Idade: _____
	Data: ____/____/____	Assinatura: _____	_____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	_____	Idade: _____	Data: ____/____/____
	Assinatura: _____	_____	Idade: _____
	_____	Assinatura: _____	Idade: _____
	Data: ____/____/____	Assinatura: _____	_____
	Idade: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____
	_____	Idade: _____	Data: ____/____/____
Assinatura: _____	_____	Idade: _____	
_____	Assinatura: _____	Data: ____/____/____	

Ferro

Crianças a partir dos 6 meses e os adolescentes muitas vezes são afetadas pela carência em ferro causando anemia, e estes devem ser **tratados** com ferro.

Vitaferro

As crianças a partir do 6º mês de vida devem ser fortificadas com Vitaferro para a prevenção da anemia.

Para mais informações dirija-se ao serviço de saúde mais próximo da sua residência ou entre no site do Ministério da Saúde e da Segurança Social, onde poderá encontrar mais informações acerca da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó.

CUIDADOS A TER COM A CRIANÇA(Data e Lote)

Peso

VACINAS	Dose extra	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
BCG (contra Tuberculose)		/// _____			
Anti Hepatite B (nas primeiras 12 hr ou < 24 hr)		/// _____			
Anti Hepatite B (após 24 hr)		/// _____			
VPO (Vacina Oral contra Poliomielite ou paralisia infantil)	/// _____	/// _____	/// _____	/// _____	/// _____
VPI (Vacina Injetável contra a Poliomielite ou Paralisia Infantil)		/// _____	/// _____		
Pentavalente (contra Difteria, Tétano, Pertussis, Hemophilus Inf. B, Hepatite B)		/// _____	/// _____	/// _____	/// _____
Tríplice viral (contra a Parotidite, Rubéola, Sarampo)		/// _____	/// _____		
Febre Amarela		/// _____			

Controle mensalmente o peso da sua criança.

Diarreia

- Se amamenta: dar de mamar com mais frequência e durante mais tempo, de dia e de noite.
- Em crianças maiores de 6 meses deve-se continuar a amamentar, aumentar os líquidos e dar:
 - Oralite.
 - Água tratada (com lixívia ou fervida) tanto quanto quiser.
 - Canja, arroz, banana verde, mandioca, inhame, cenoura, abóbora, fruta-pão.
 - Carnes (peito de frango ou peixe) bem cozidas.
 - Maçã natural, banana madura, iogurte natural.

Garantir a conservação e a higiene na manipulação e preparação dos alimentos, fundamentalmente daqueles que se comem crus.

Se a criança apresentar uma das seguintes situações, deve ser levada imediatamente à estrutura de saúde mais próxima:

- Prostração (debilitada, fraca, desfalecida)
- Vômito persistente
- Não mama bem ou não mama
- Não consegue beber
- Febre elevada
- Presença de sangue nas fezes
- Persistência da diarreia por mais de 7 dias

Td (Tétano e difteria)		/ / / /	/ / / /	/ / / /	
HPV (Vacina contra o papiloma vírus)		/ / / /	/ / / /	/ / / /	

OUTRAS VACINAÇÕES

IDADE	VACINAS
Nascerça	BCG; Hepatite B; VPO (Dose extra);
2º Mês	Pentavalente; VPO (1ª Dose);
4º Mês	Pentavalente (2ª dose); VPI (1ª dose); VPO (2ª Dose);
6º Mês	Pentavalente; VPO (3ª dose);
9º Mês	PRS(1ª Dose);
12º Mês	Febre Amarela;
15º Mês	PRS (2ª dose);
18º Mês	Reforço - Pentavalente; VPO;
a 7 anos	Td (1ª dose);
a 14 anos	HPV (1ª e 2ª dose);
a 15 anos	Td (2ª dose);

DE VACINAÇÃO

VACINAS	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

CUIDADOS APÓS A VACINAÇÃO

Se a criança tiver febre nas primeiras 48 horas após a vacinação ou dor no local da injeção, administrar Paracetamol em supositório ou xarope.

Não colocar nenhuma substância no local da injeção pois poderá dar lugar ao aparecimento de uma infecção nessa região.

Se a criança apresentar alguma manifestação adversa grave ou preocupante após a vacinação, dirija-se à estrutura de saúde onde foi vacinada para avaliação, assistência médica e seguimento.

1º Mês: Levanta a cabeça se colocado(a) de barriga.

3º Mês: Segue com os olhos objectos em movimento. É capaz de segurar a cabeça, reage ao som.

4º Mês: Emite sons, sorri espontaneamente.

5º Mês: Olha as mãos, e leva-as à boca, alcança e pega objectos.

6º Mês: É capaz de sentar-se sem apoio, ri com gargalhadas. Gira a cabeça em direcção ao som da voz, emite sons.

9º Mês: Ouve sons de baixa tonalidade, arrasta-se ou gatinha. Tenta apanhar objectos ao seu alcance, bate palmas. "ta, ta, ta". Repete sons

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICOMOTOR

Identificar deficiências para seguimento multidisciplinar e estimulação precoce do desenvolvimento.

AValiação ODONTOLÓGICA

- 10º Mês: Caminha com apoio.
- 12º Mês: Anda sozinha e cai raramente, diz mamã, papá.
- 15º Mês: Caminha e come sozinha, combina pelo menos 2 palavras.
- 18º Mês: É capaz de beber sozinha por um copo. Corre, sobe degraus, entende o "não", responde às pessoas pelo seu nome, tira as meias e os sapatos.
- 21º Mês: Diz o nome próprio, forma frases, brinca isoladamente.
- 2 Anos: Aponta com o dedo algumas partes do corpo. Corre, diz frases de duas ou mais palavras.
- 3 Anos: Pode saltar com os dois pés. Pergunta por quê? Identifica-se pelo seu sexo.
- 4 Anos: É capaz de abotoar a roupa. Desenha, joga à bola.

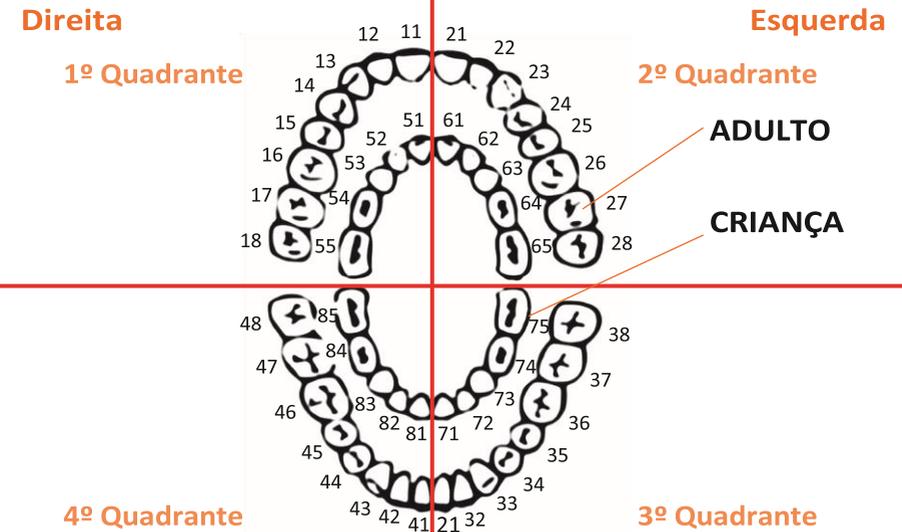
5 Anos: É capaz de reconhecer o nome de 3 cores diferentes. Veste-se sozinha, canta, repete histórias.

(P: Presente - A: Ausente - NV: Não Verificado)

Observações: _____

Saúde e higiene oral:

Antes do nascimento dos primeiros dentes:

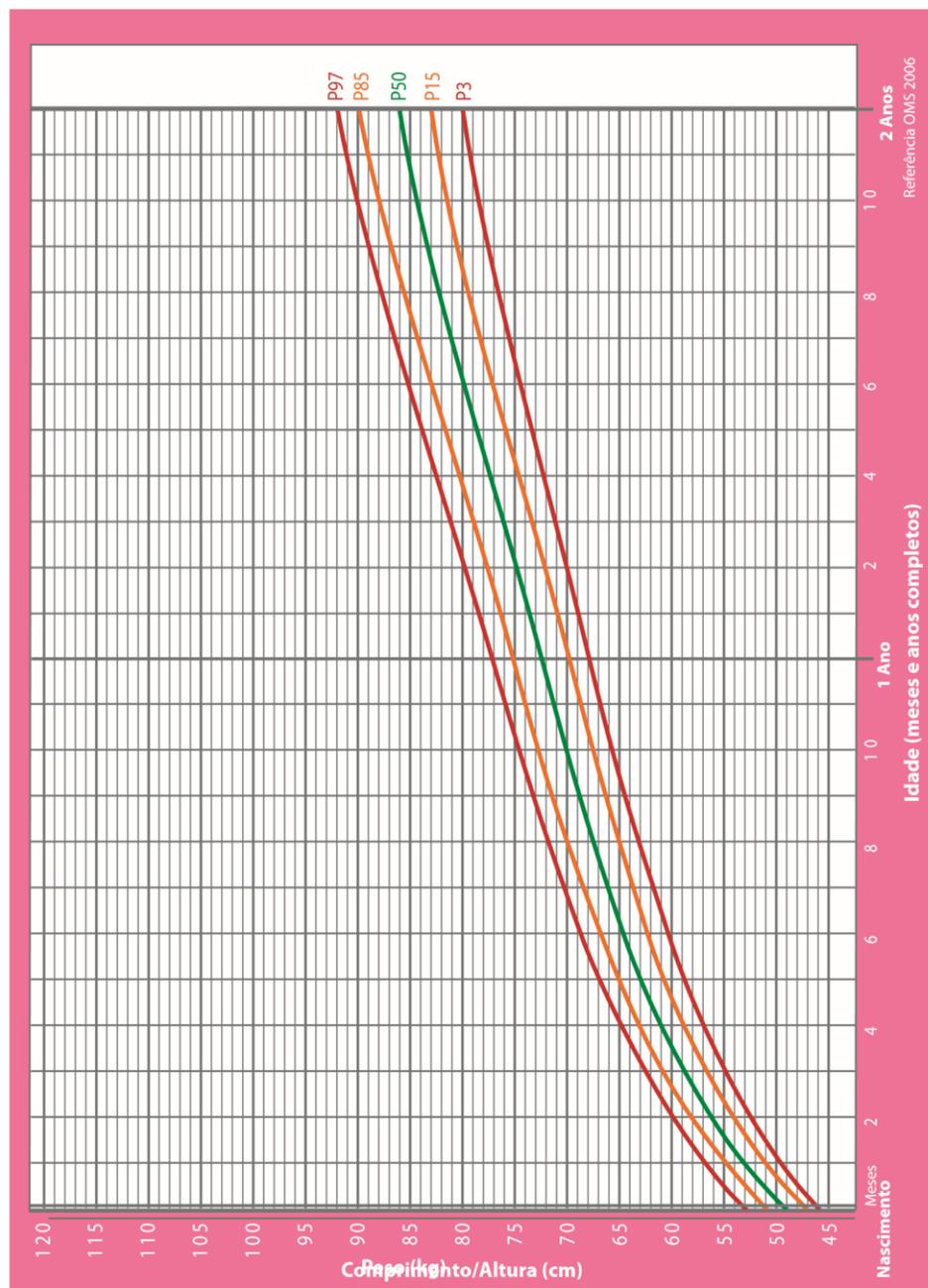


1. Lavagem das mãos do adulto responsável pela higiene bucal do bebê.
2. Depois da amamentação, realizar limpeza da gengiva, bochechas, língua e palato (céu da boca) com gaze ou compressa humedecida com água fervida ou filtrada.

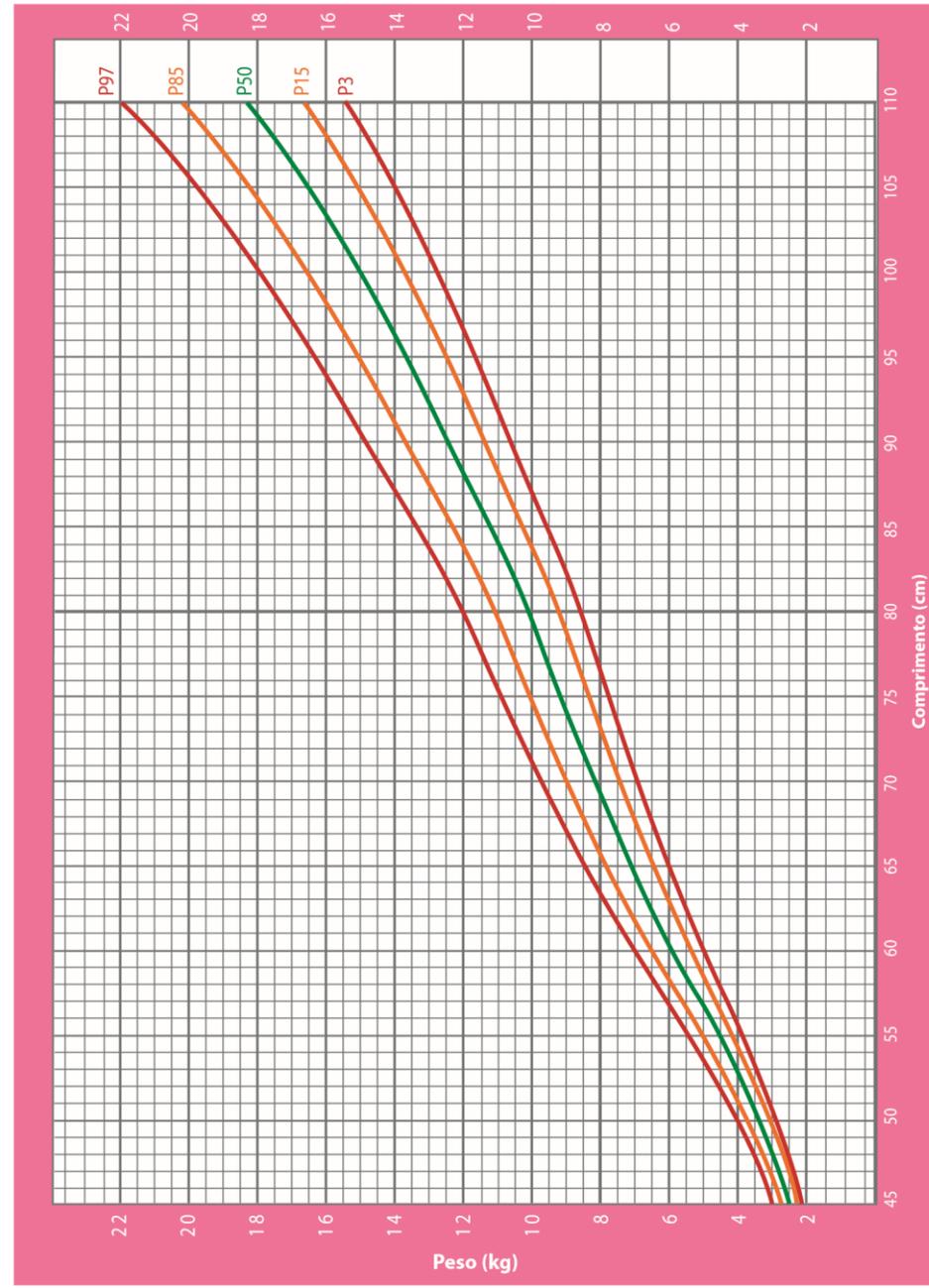
Depois do nascimento dos primeiros dentes:

1. Utilizar uma escova adequada à idade da criança. Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia (de manhã e antes de deitar).
2. Utilizar pasta de dente com flúor de acordo com a idade, colocar uma pequena quantidade do tamanho de um grão de ervilha e ensinar a criança a não engolir.
3. Introduzir o fio dental (após os 5 anos de idade).
4. A amamentação nos primeiros 6 meses é fundamental para proteger a cavidade oral do bebê. A partir dos 6 meses introduzir alimentos saudáveis, frutas, hortaliças e legumes, para promover a autolimpeza dos dentes e a capacidade mastigadora. Evitar adoçantes, sumos com gás, doces ou guloseimas entre as refeições para prevenir as cáries dentárias.
5. Todas as crianças devem visitar o dentista pelo menos duas vezes no ano.

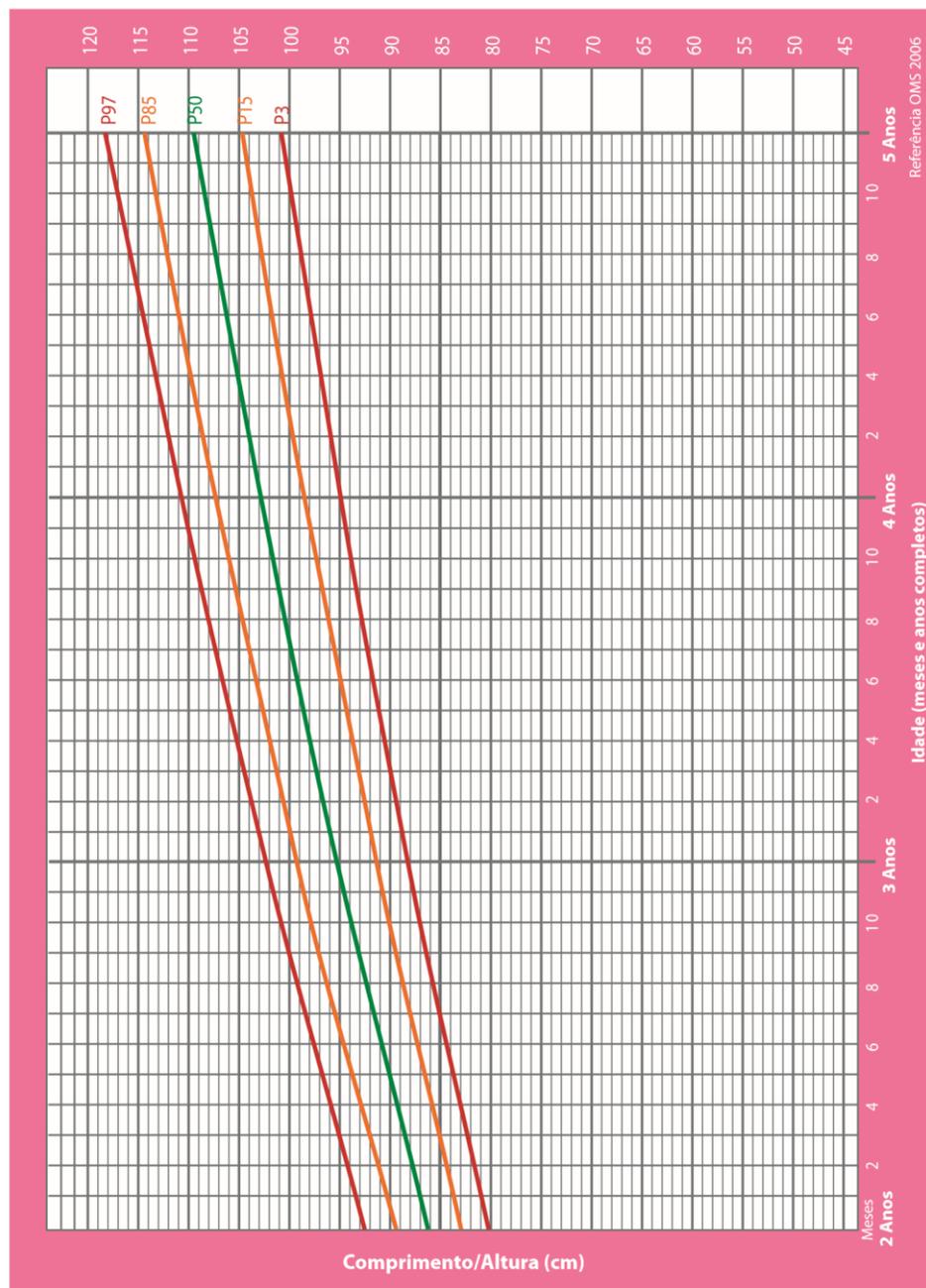
Comprimento para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



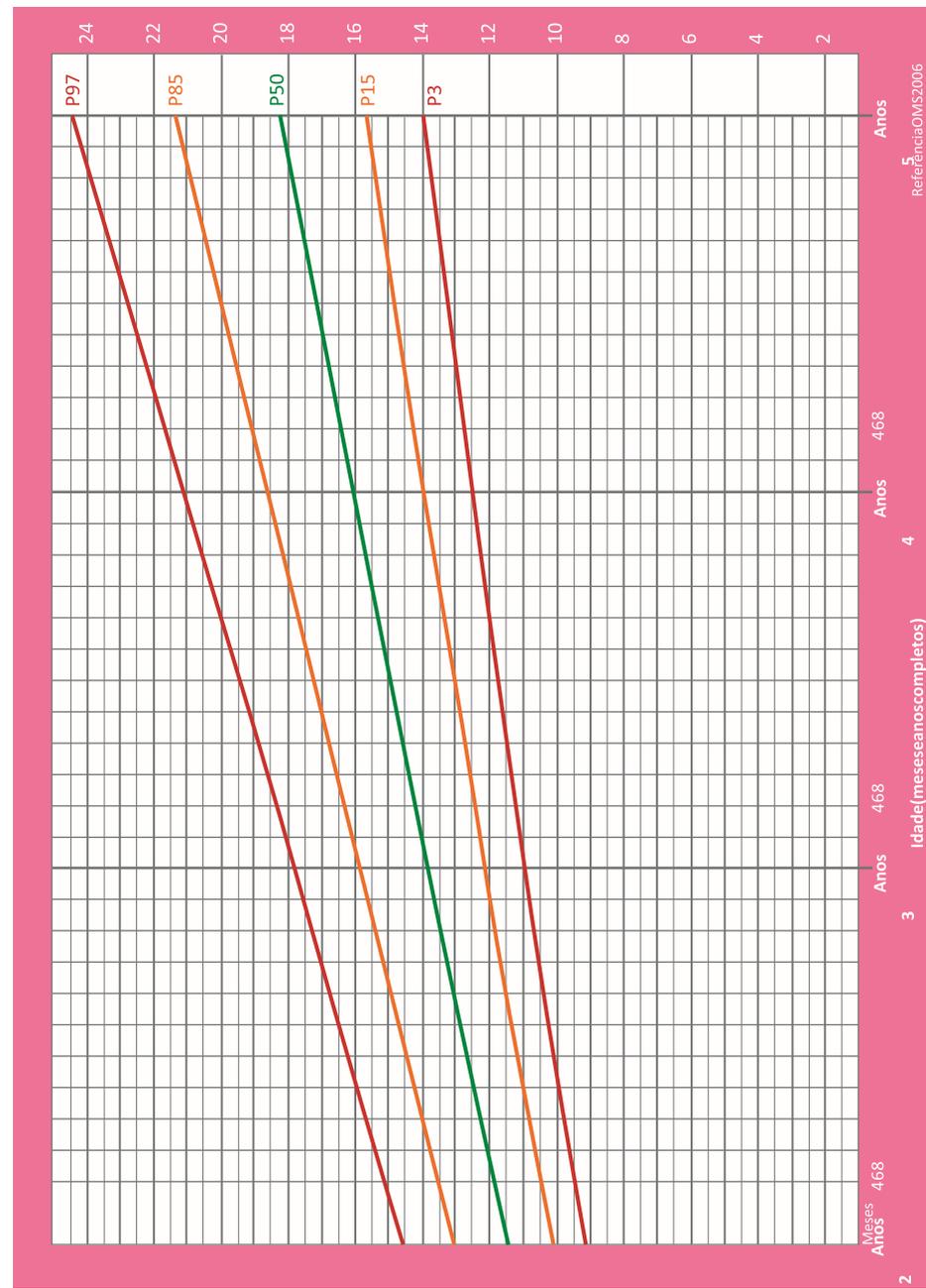
Peso para comprimento em Meninas 0 a 2 anos (Percentil)



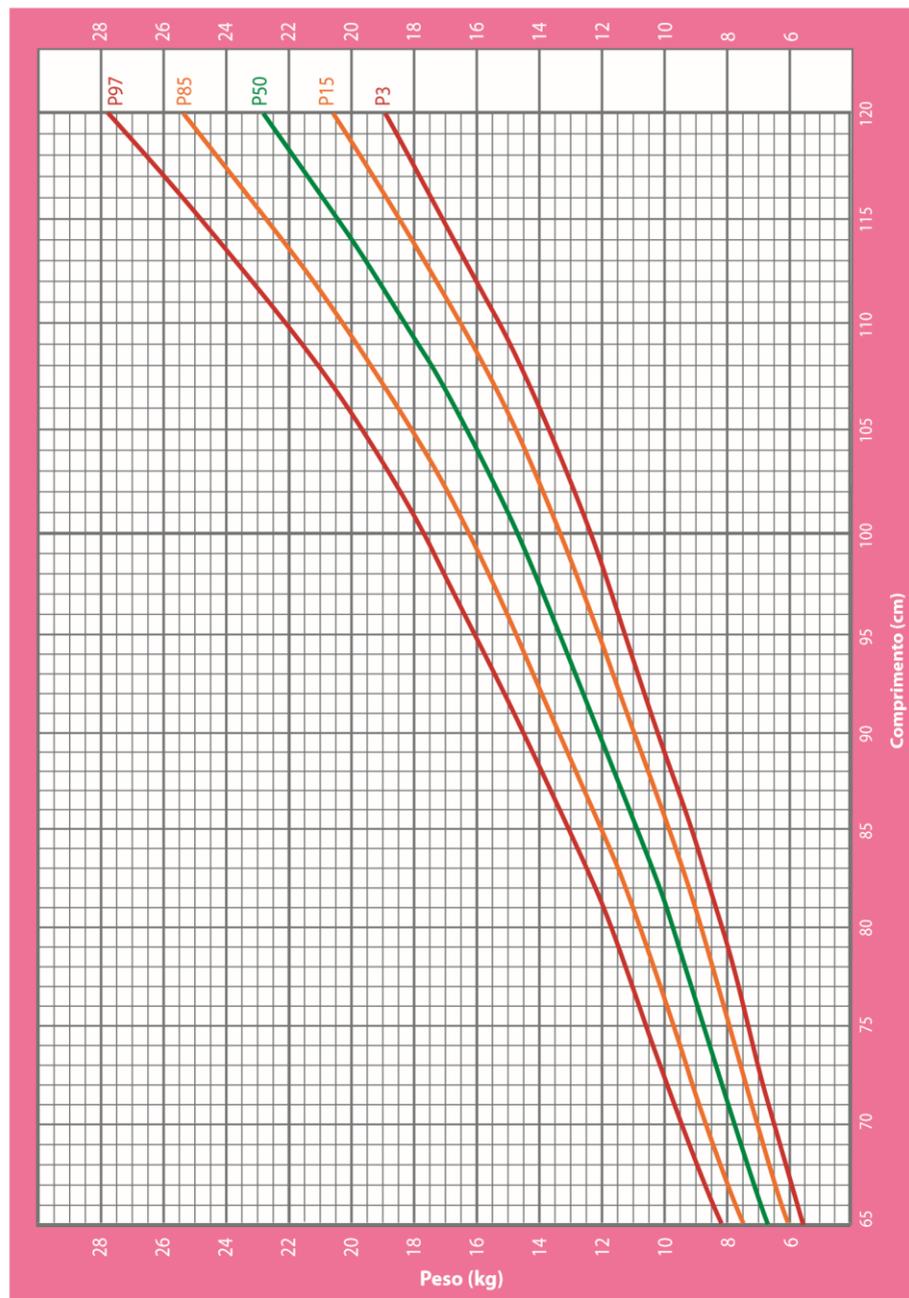
Altura para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



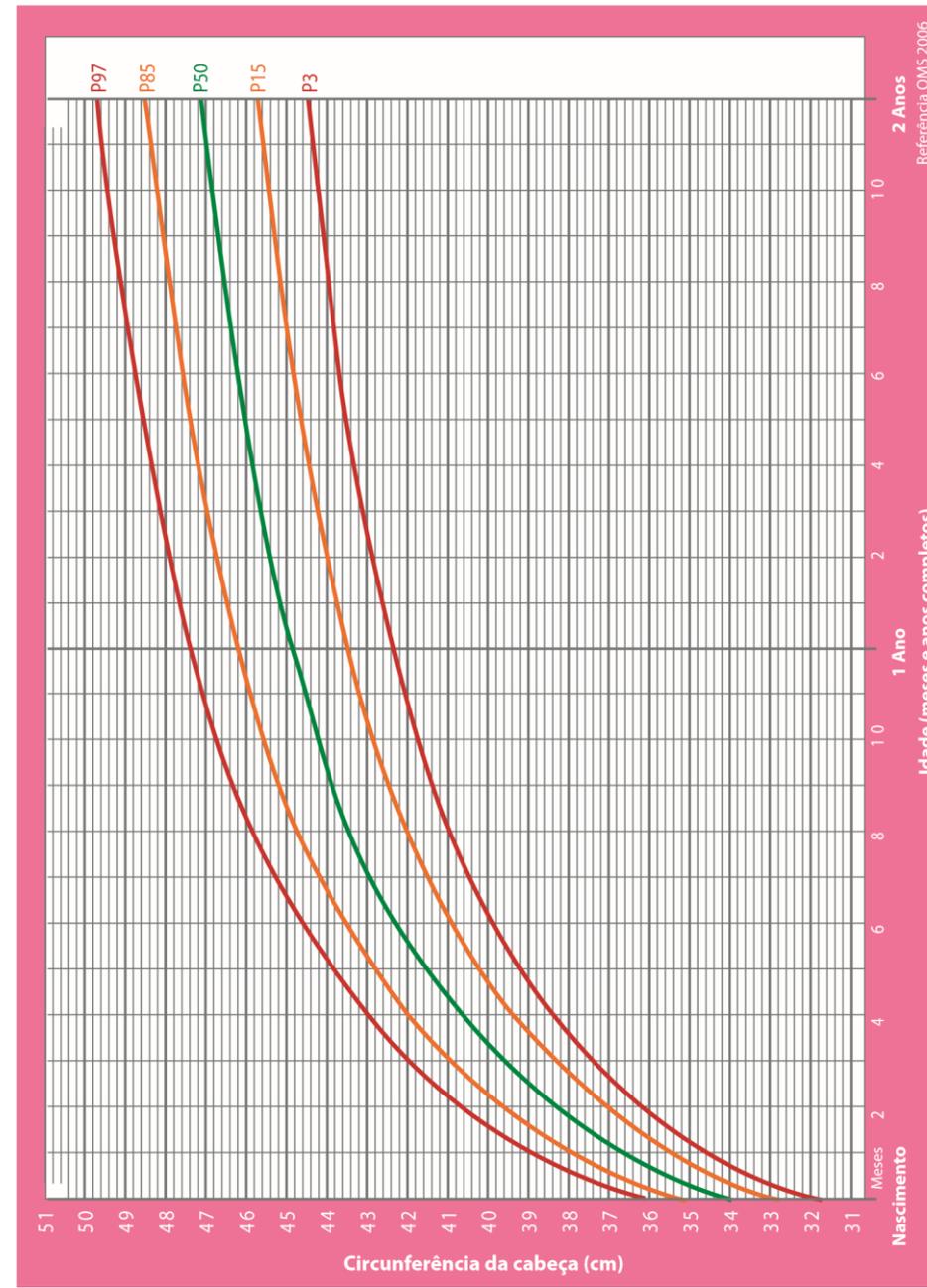
Peso para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



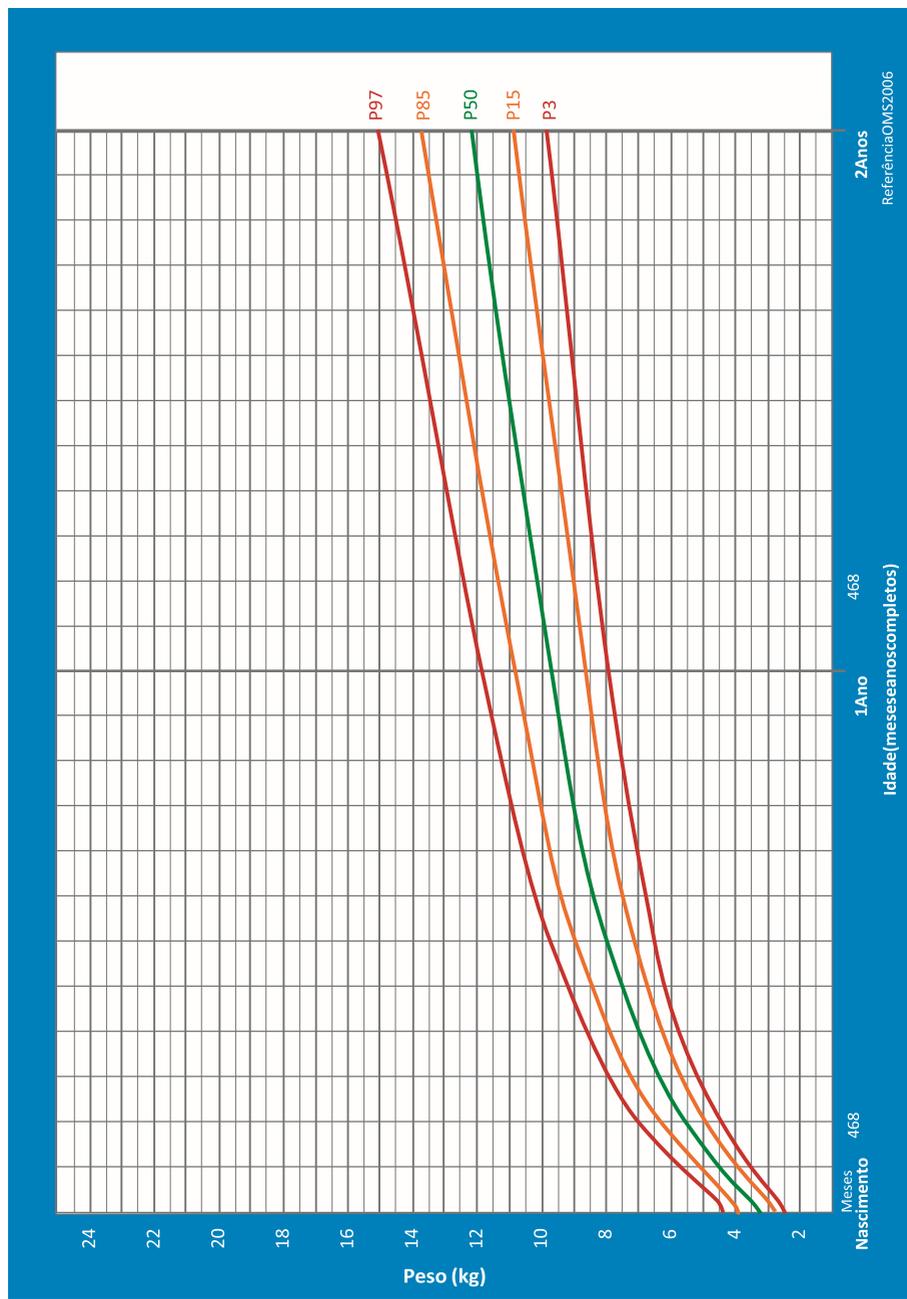
Peso para altura em Meninas 2 a 5 anos (Percentil)



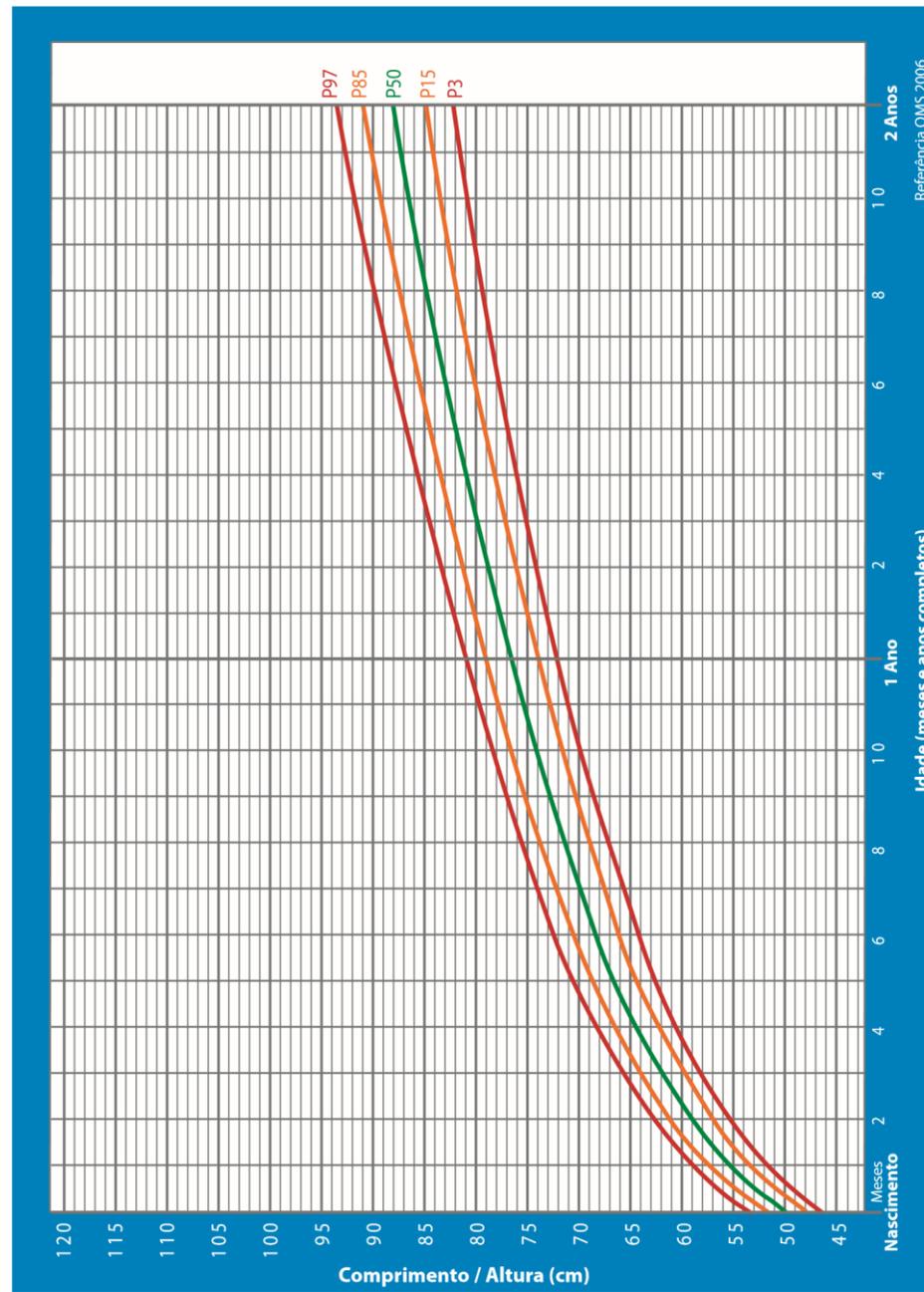
Perímetro cefálico para a idade em Meninas 0-2 Anos (Percentil)



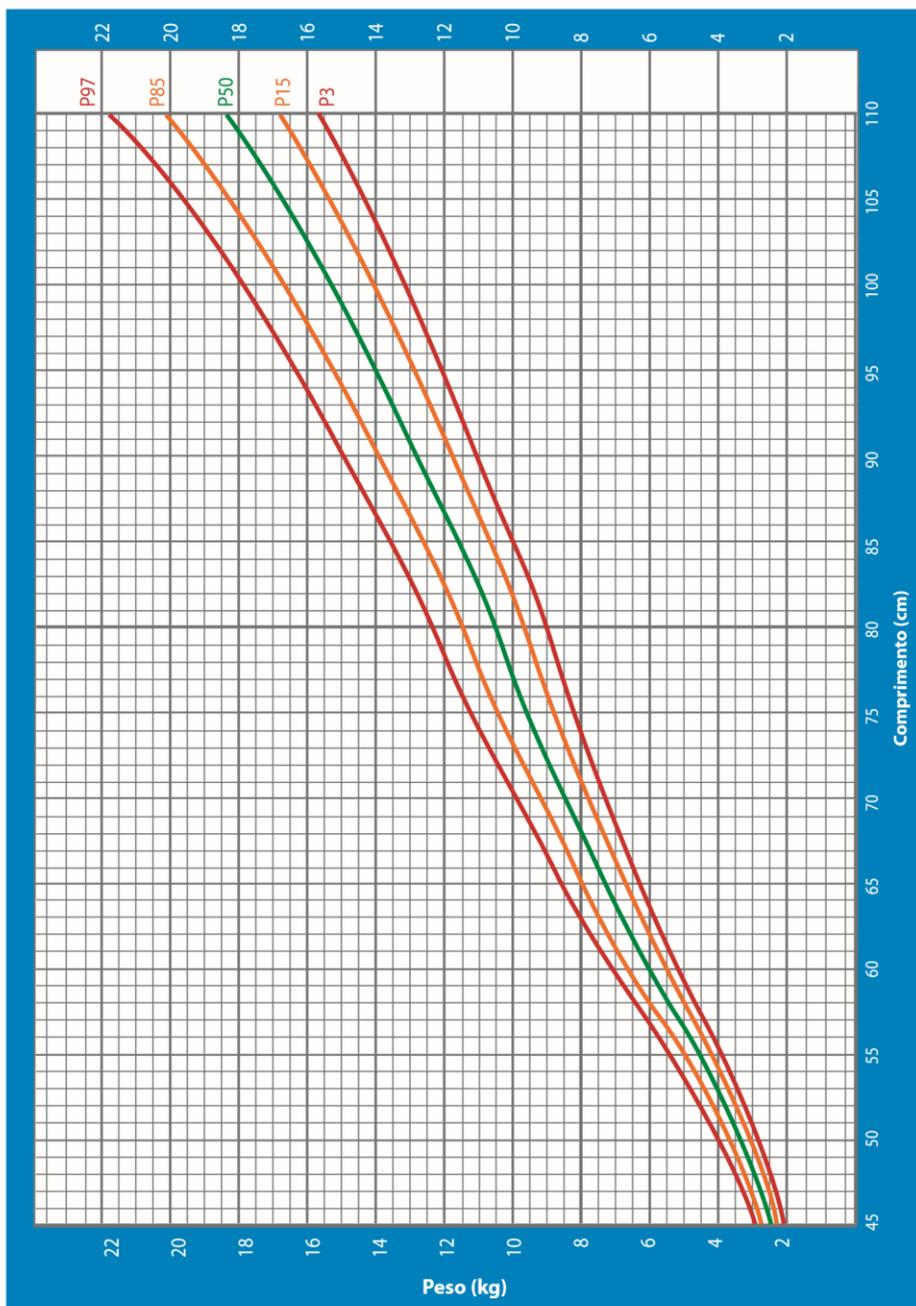
Peso para idade em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



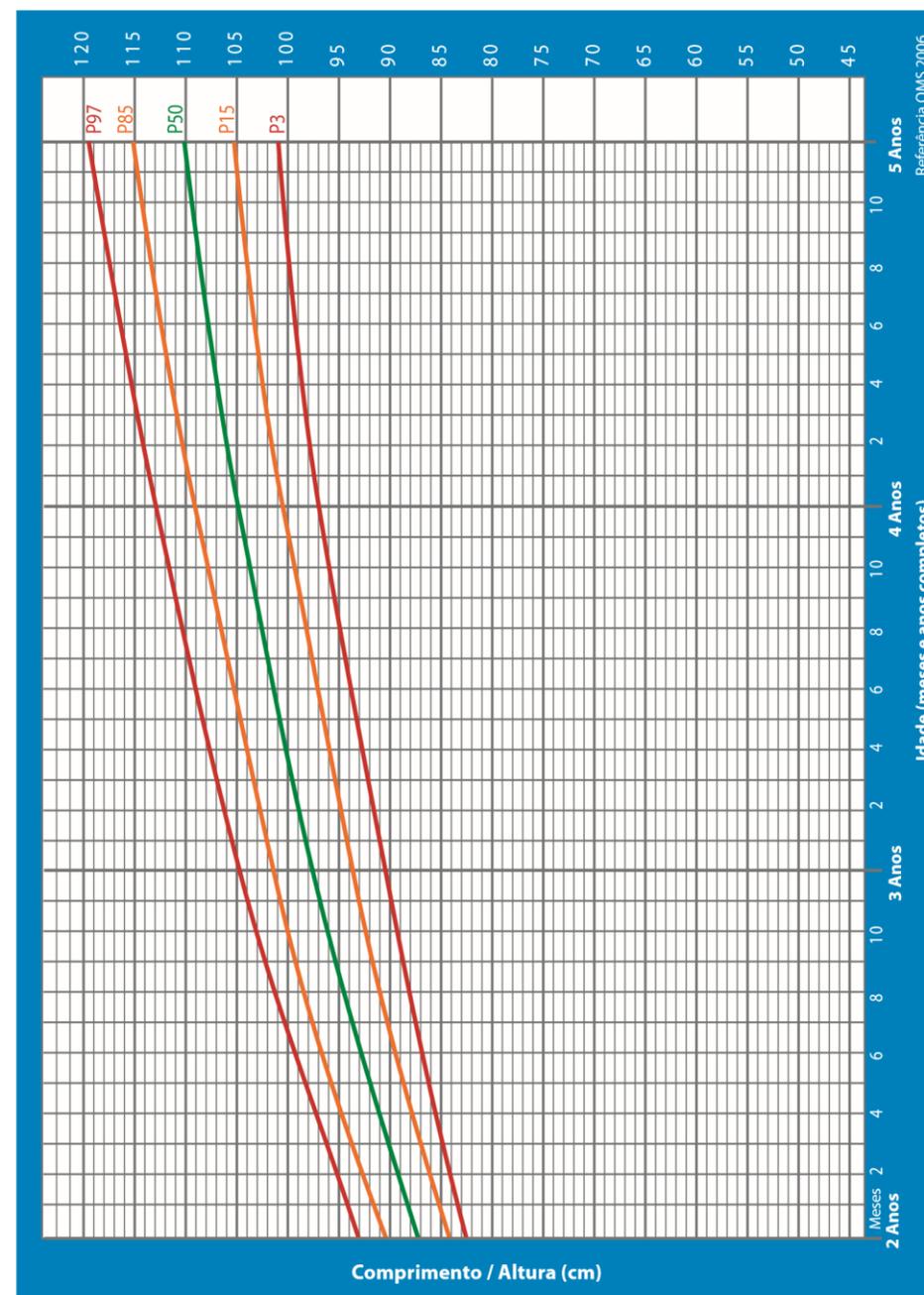
Comprimento para a idade em Meninos 0 a 2 anos (Percentil)



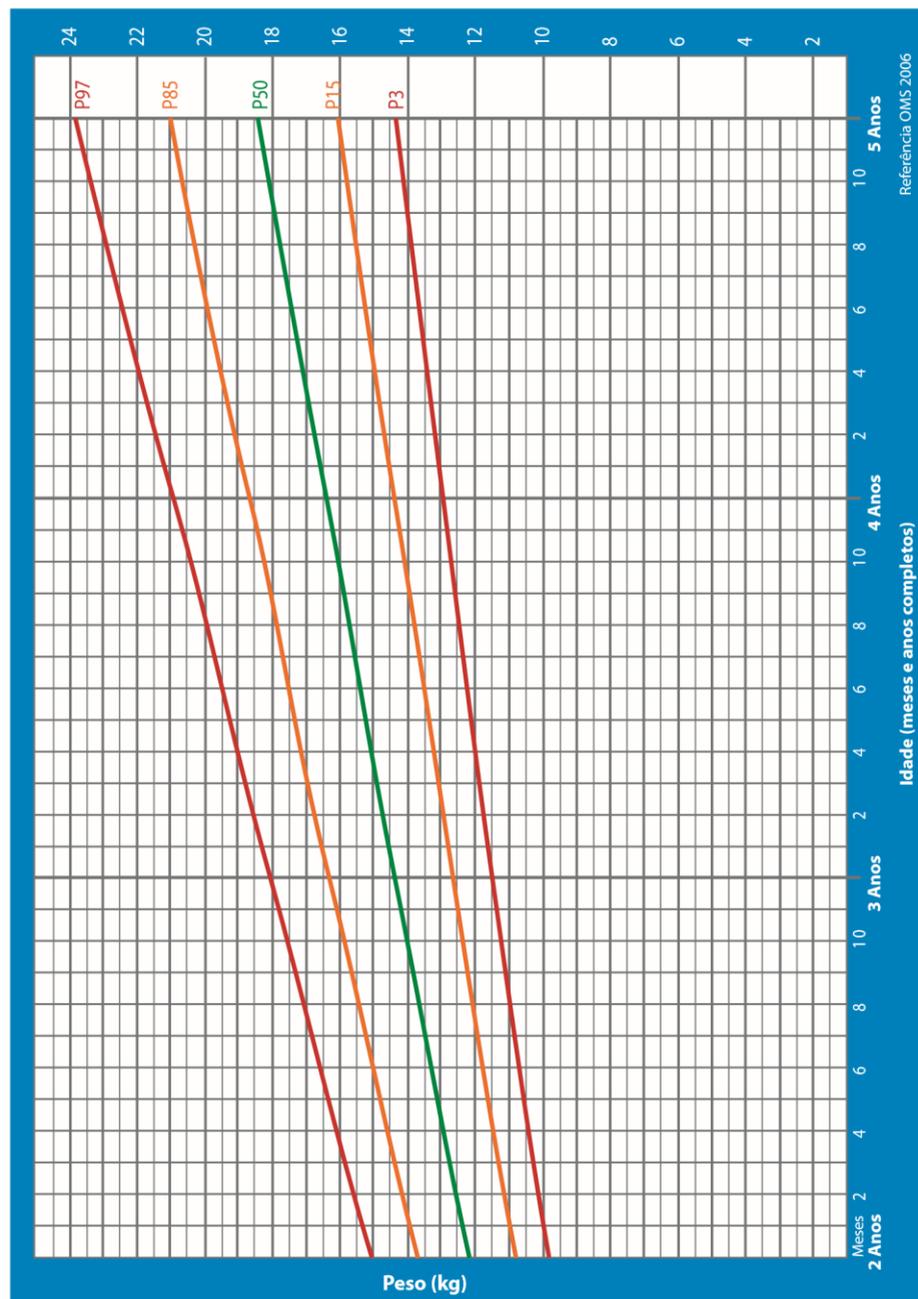
Peso para comprimento em Meninos 0 a 2 anos (Percentil)



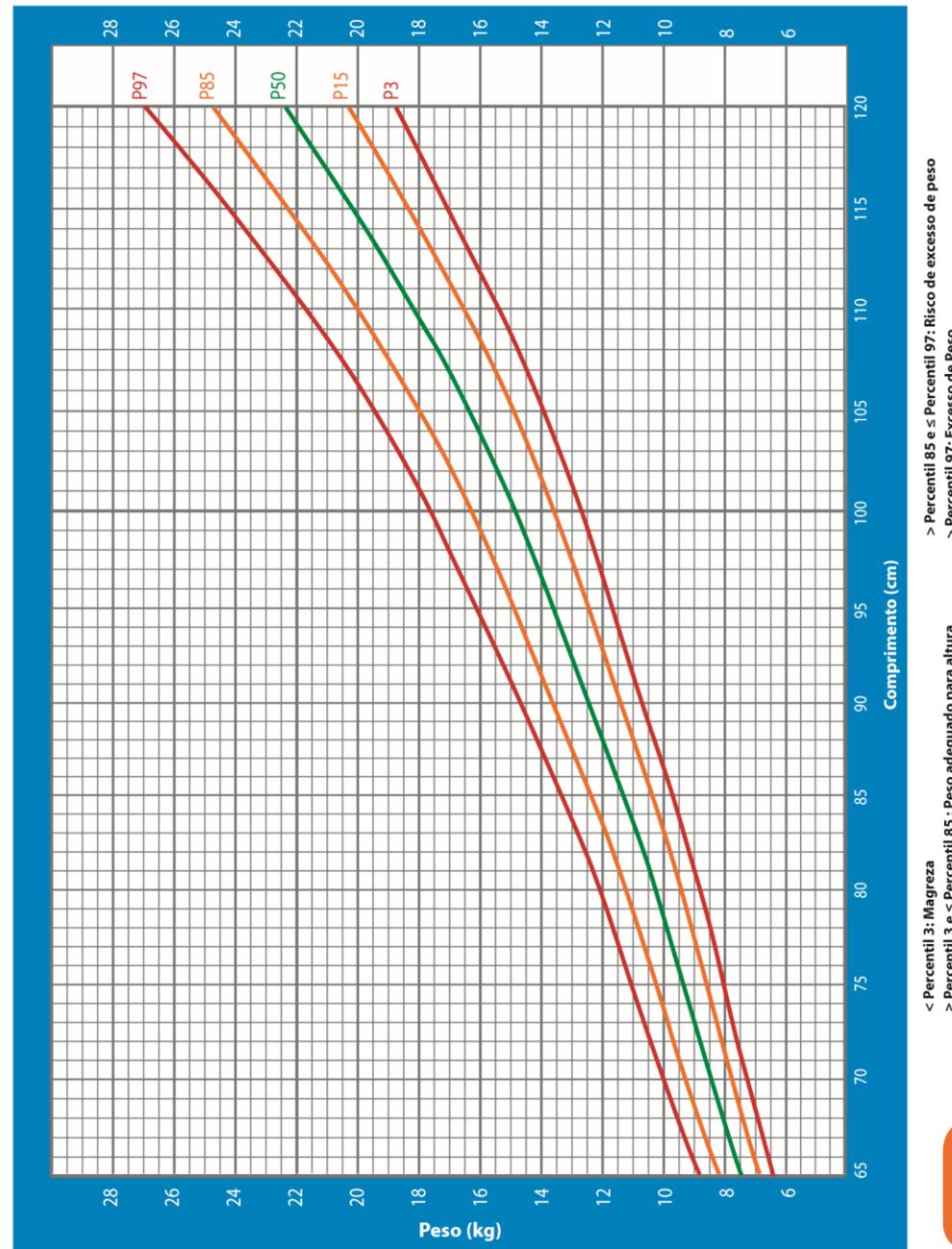
Altura para a idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



Peso para idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



Peso para altura em Meninos 2 a 5 anos (Percentil)



Higiene

Posição de deitar

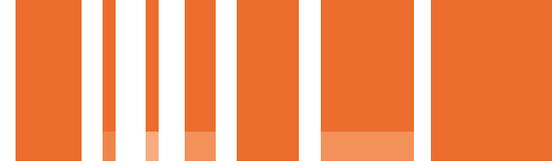
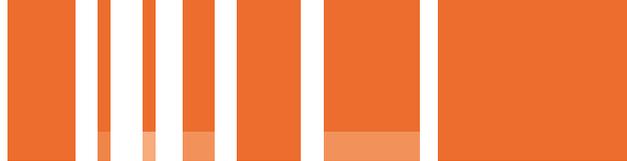
Alimentação (AME)

Hábitos intestinais e cólicas

Acidentes e segurança

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**



_____ **Estrutura:** _____

Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde Vacinação, reacções e complicações Estimulação precoce do desenvolvimento em casa – repetir isto até os 24 meses

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

DATA

ANOTAÇÕES

CONSULTA DO 2º MÊS

Data: ____/____/____

Idade:

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc.
- Tórax (coração) e região dorsal
- Aparelho Respiratório

Desenvolvimento psicomotor (Reflexos) Verificar estado vacinal

Higiene

Posição de deitar

Alimentação (AME)

Hábitos intestinais e cólicas

Acidentes segurança

Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde Vacinação,

Observações:

Abdómen (umbigo) Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus)

reações e complicações

Pele, membros superiores e inferiores

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

DATA

ANOTAÇÕES

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

CONSULTA DO 4º MÊS

_____ **Estrutura:** _____

Data: ____/____/____

Idade: _____

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc.
- Tórax (coração) e região dorsal
- Aparelho Respiratório
-
-
-

- Abdómen (umbigo) Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus)
- Pele, membros superiores e inferiores
- Desenvolvimento psicomotor (Reflexos) Verificar estado vacinal
- Higiene
- Posição de deitar
- Alimentação (AME)
- Hábitos intestinais e cólicas

Observações:

Acidentes segurança

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

_____ **Estrutura:** _____

Temperatura normal e febre Sintomas e sinais
que justificam recorrer aos profissionais de
saúde Vacinação, reações e complicações

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

_____ **Estrutura:** _____

Temperatura normal e febre Sintomas e sinais
que justificam recorrer aos profissionais de
saúde Vacinação, reações e complicações

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

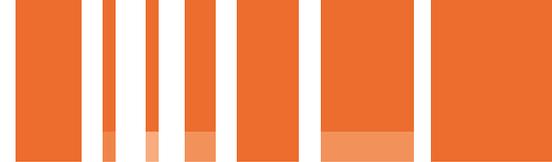
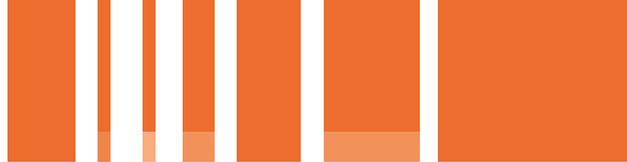
**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**



DATA	ANOTAÇÕES
	_____ Estrutura: _____

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**



_____ Estrutura: _____

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

Estrutura: _____

Pele, membros superiores e inferiores Desparasitação (_/ _/ _) Desenvolvimento psicomotor
(Reflexos)

Observações:

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS

Estrutura: _____

Data: ____/____/____ Idade: _____

- Peso
- Verificar estado vacinal
- Altura
- Higiene
- Perímetro cefálico
- Posição de deitar
-
-
-
-
-
-
-
-

OrofaringeAlimentação (AM)

Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. Hábitos intestinais e cólicas

Tórax (coração) e região dorsalAcidentes segurança

Aparelho RespiratórioTemperatura normal e febre Sintomas Abdómen (umbigo) e sinais que justificam recorrer aos

profissionais de saúde

Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus)Vacinação, reações e complicações

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

Estrutura: _____

Pele, membros superiores e inferiores Desenvolvimento
psicomotor

Observações:

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS

Estrutura: _____

Data: ____/____/____ Idade: _____

- Peso
- Verificar estado vacinal
- Altura
- Higiene
- Perímetro cefálico
- Posição de deitar
-
-
-
-
-
-
-
-

OrofaringeAlimentação (AM)

Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. Hábitos intestinais e cólicas

Tórax (coração) e região dorsalAcidentes segurança

Aparelho RespiratórioTemperatura normal e febre Sintomas Abdómen (umbigo) e sinais que justificam recorrer aos

profissionais de saúde

Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus)Vacinação, reações e complicações

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

Estrutura: _____

Pele, membros superiores e inferiores Desenvolvimento
psicomotor

Observações:

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

Estrutura: _____

Pele, membros superiores e inferiores Desparasitação (_/ _/ _) Desenvolvimento psicomotor

Observações:

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 4 ANOS

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES POR MOTIVO DE DOENÇAS

Data:

Estrutura: _____

___/___/___ Idade: _____

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 5 ANOS

Data:

_____ IMC: _____

P
e
s
o
A
t
u
r
a
p
e
r
i
m
e
t
r
o
c
e
f
á
l
i
c
o
O
r

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 6 ANOS

Data:

Estrutura: _____

s
,
o
l
h
o
s
,
o
r
e
l
h
a
s
,
p
e
s
c
o
ç
o
,
e
t
c
.

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 7 ANOS

Data:

_____ IMC: _____

e
l
h
o
R
e
s
p
i
r
a
t
ó
r
i
o
A
b
d
ó
m
e
n
(
u
m
b
i
g

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 8 ANOS

Data:

Estrutura: _____

e
n
i
t
a
i
s
e
â
n
u
s
)
P
e
l
e
,
m
e
m
b
r
o
s
s
u
p
e

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTA DOS 9 ANOS

Data: _____ IMC: _____

- o Verificar estado vacinal
- P Higiene
- S Posição de deitar
- i Alimentação
- c Hábitos intestinais e cólicas
- m Acidentes segurança
- o Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde Vacinação, reações e complicações
- t
- o Psicodiagnóstico da criança
- r Desparasitação (_ / _ / _)

Observações:

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

Estrutura: _____

Anca e períneo(Região Inguinal,
Genitais e ânus)Vacinação, reações e complicações

Pele, membros superiores e inferiores Psicodiagnóstico da criança

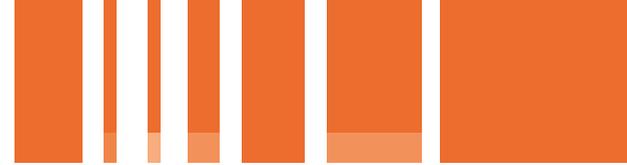
Desenvolvimento psicomotor Desparasitação (_/ _/ _)

Observações:

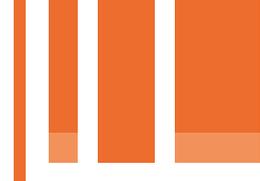
DATA	ANOTAÇÕES
------	-----------

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS



CONSULTA DOS 15 ANOS



3:

_____ IMC: _____

Observações:

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES POR MOTIVO DE DOENÇAS

_____ IMC: _____

___/___/___ Idade: _____ Estrutura:

- Peso
- Higiene
- Estatura
- Visão
- Tensão
- Arterial
- Audição
- Orofaringe
- Pele
- Exame físico completo.
- Desenvolvimento
- Tórax (coração) e região dorsal
- Vacinação
- Aparelho respiratório
- Hábitos de sono,

Temas de Consulta



enurese noturna Bullying
Alimentação adequada Violência Familiar
Hábitos de leitura Educação sexual
Hábitos de exercício físico, ar livre, Saúde Mental atividades de lazer e estímulo intelectual

Observações:

OBS: O técnico de saúde que observar a criança deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS

ADOLESCÊNCIA

Lista de preocupações comuns dos Adolescentes

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida

adulta, definida pela

Problemas pubertários:

Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos caracterizado pelo respetivo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive.

A adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência económica, além da integração em seu grupo social.

A puberdade e a conseqüente entrada na adolescência ocorrem cada vez mais cedo. Traz consigo a necessidade de reavaliação por parte do adolescente, de si e do seu projeto de vida, acarreta uma renegociação da sua relação com a família, face ao seu corpo (agora biologicamente adulto) e a sua relação com os pares, nomeadamente nas suas relações com o sexo oposto.

O desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os múltiplos contextos sociais em que se move e possibilita uma grande diversidade interpessoal incluindo, no âmbito da saúde, uma alteração dos fatores ligados ao risco e à proteção (Lerner, 1998; Frydenberg, 2008).

Os cenários privilegiados da vida social do adolescente (família, escola, grupo de pares, comunidade, lazer), desempenham um papel importante na construção da sua identidade pessoal e social (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, & Ravens-Sieberer, 2012).

Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente;
O atraso ou precocidade de Puberdade; Problemas de peso e altura;

Educação em Saúde sexual e reprodutiva:

Ginecologia e menstruação;
Contraceção;
Teste de gravidez e opção;
Transtorno pré-menstrual (TPM);
Aconselhamento e tratamento diagnóstico de IST / HIV, HPV; Uso da internet e o seu efeito nefasto;

Questões psicossociais:

Desenvolvimento de Relacionamento; Problemas de ajuste, entre outros;

Saúde Mental do (a) Adolescente:

Distúrbios psicológicos: Depressão, descartar sinais de autoagressão;
Ansiedade, bipolaridade, transtorno de personalidade;
Abuso de substâncias, incluindo tabaco, álcool e outras drogas.

Vacinação

Segurança e Prevenção de acidentes e lesões

Condições crônicas como asma, Diabetes, hipertensão, epilepsia, problemas renais;
Cuidados com os olhos, cuidado ENT, cuidados dentários;
Seguimento para a prevenção e proteção da saúde, como, check-up anual da saúde, etc.

Problemas nutricionais:

Alimentação saudável durante a adolescência, prevenção da anemia, malnutrição e obesidade;
Transtornos alimentares (anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Transtorno compulsivo)

DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADOLESCENTES

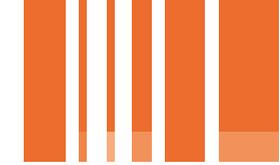


1. Para

manter, perder ou ganhar peso procure a orientação de um nutricionista, evitando transtornos alimentares e outros problemas de saúde.

2. Realizar 5 a 6 refeições ao dia (pequeno almoço, almoço e jantar, além de lanches saudáveis nos intervalos dessas refeições).
3. Evitar salgadinhos, refrigerantes, bolachas recheadas, lanches industrializados, alimentos de preparo instantâneo (ex: sopas de pacote), doces, sorvetes e frituras.
4. Consumir leite e/ou derivados, massas, arroz, carnes ou peixes, frutas, verduras e legumes todos os dias, e feijões pelo menos 3 vezes por semana.
5. Escolher alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer.

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO



6. Evitar a oferta

de leite e derivados (queijo, iogurte, etc.) junto com o almoço e jantar.

7. Praticar atividade física regular, adequada para idade, sob orientação de um profissional.

A avaliação do estado nutricional será realizada através da utilização das variáveis peso, altura, idade e sexo.

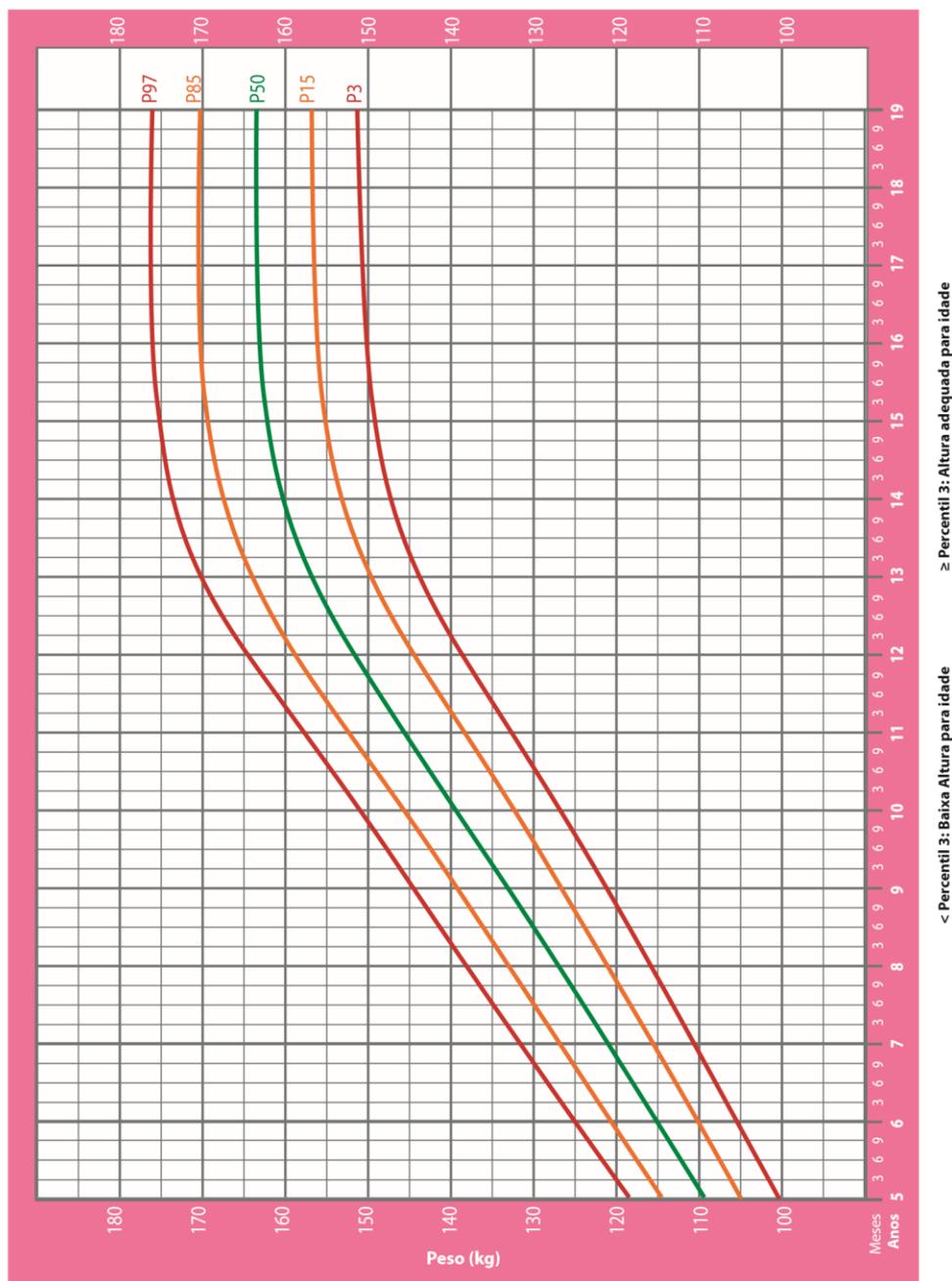
Os indicadores a serem usados são: Peso/ Idade, Altura/Idade e IMC/Idade de acordo com as curvas da OMS (2007).

Como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC).

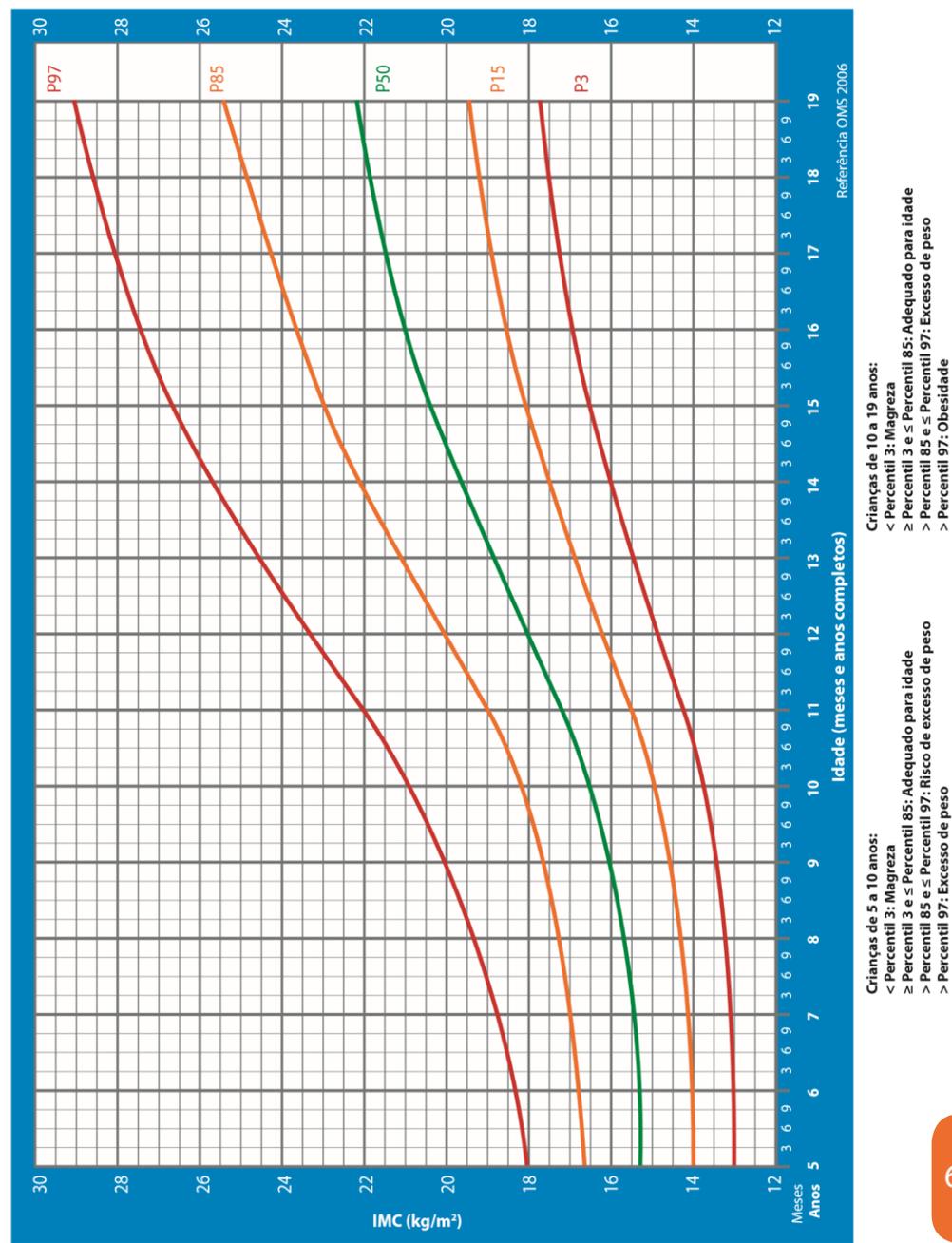
$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2$$

$$\text{Peso} / \text{Altura} \times \text{Altura}$$

Altura para idade em Meninas 5 a 19 Anos (Percentil)



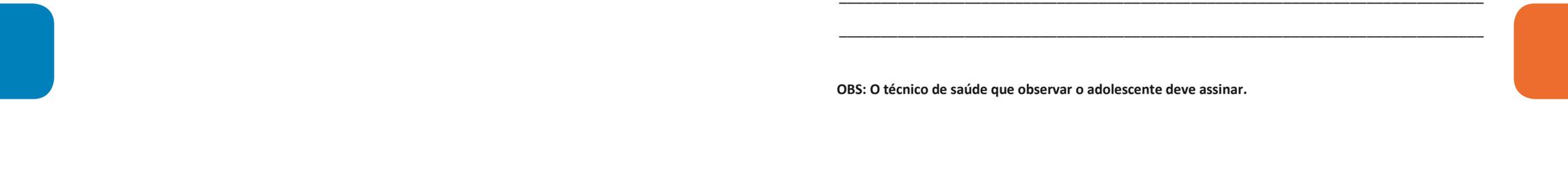
IMC para idade em Meninos 5 a 19 Anos (Percentil)

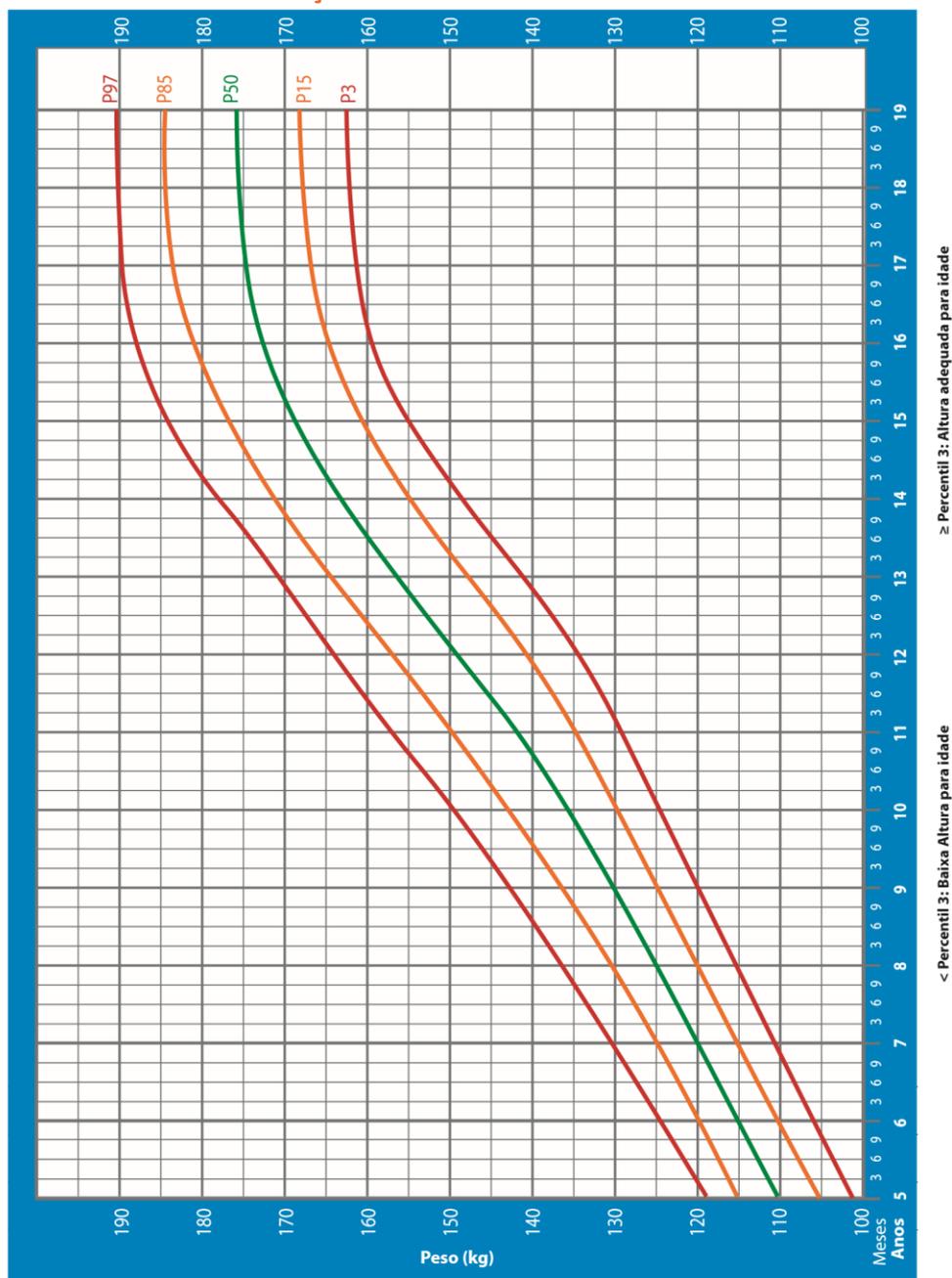




Higiene
Visão
Audição
Pele
Desenvolvimento

OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.





Data: ___/___/___ Idade: ___ Estrutura: _____

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peso | <input type="checkbox"/> Vacinação |
| <input type="checkbox"/> Estatura | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tensão Arterial | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orofaringe | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Exame físico completo.
Tórax (coração) e região dorsal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aparelho respiratório | <input type="checkbox"/> |

Temas de Consulta

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hábitos de sono, enurese noturna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alimentação adequada | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de leitura | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de exercício físico, ar livre,
atividades de lazer e estímulo intelectual | <input type="checkbox"/> |

Observações: _____

OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

Bullying
Violência Familiar
Educação sexual
Desenvolvimento
Pubertário, incluindo
menarca Saúde Mental

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

DATA	ANOTAÇÕES

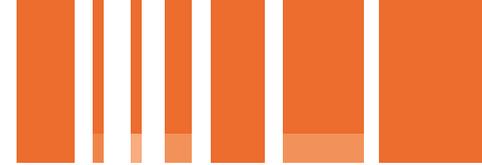
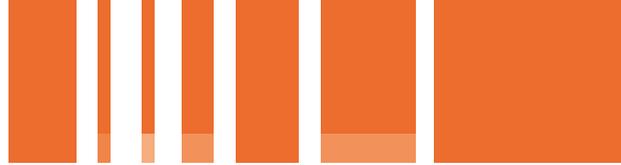
OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

DATA	ANOTAÇÕES

OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS



OBS: O técnico de saúde que observar o adolescente deve assinar.

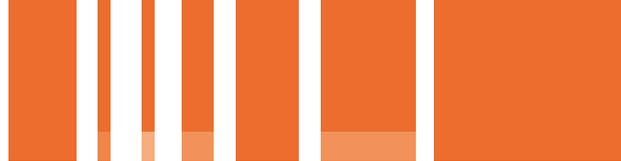


CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS

CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS



**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**



DATA

ANOTAÇÕES

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**
