



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

Caderno de Saúde Materno-Infantil

Anote os numeros de telefone que podem lhe ajudar durante a gravidez e parto:

Centro de Saúde mais próximo:



Quando for às consultas,
leve sempre consigo este Caderno de Saúde Materno-Infantil.
Não deite este caderno mesmo depois de a criança completar 5 anos
para que você possa presenteá-lo quando ele(a) for adulto para saber quanto
amor ele(a) recebeu na infância.

É proibida a venda deste caderno

Agradecimentos



TOYOTA DE ANGOLA apoia a implementação do
Caderno de Saúde Materno-Infantil em Angola.
A TOYOTA imprimiu 700.000 exemplares.

Edição 3.1T- 2019

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____

de telefone de contato de Emergência: _____

Índice

Mensagem do amor do pai e da mãe para o bebé	3
Para ti, criança amada	4
Informações Básicas da Gestante	5
Antecedentes pessoais	6
Consultas Pré-Natais	7
Vacina Anti-tetânica / Prevenção de Malária	8
Critérios para atenção especial e/ou referência	9
Gravidez	10
Cuidados e Higiene	12
Plano de parto	13
Aleitamento Materno	14
Resumo do Parto e Avaliação do recém-nascido	15
Registo do nascimento	16
Consulta pós-parto por volta de 6 dias após o parto	17
Consultas	18
Cuidados com a criança	26
Alimentação da criança	27
Comportamento esperado da criança	28
Curvas do crescimento meninas e meninos	30
Imunização/Vacinação	34
Registo de outras consultas médicas	35

3
4
5
6
7
8
9
10
12
13
14
15
16
17
18
26
27
28
30
34
35

Apresentação

O presente CADERNO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL (CSMI), elaborado em parceria com a Comissão do Caderno de Saúde Materno Infantil, responsável pela elaboração de um novo instrumento para o acompanhamento da saúde materna infantil em Angola. É um importante instrumento que servirá de orientação aos técnicos de saúde que prestam cuidados a mãe e ao recém-nascido e tirar as dúvidas quanto aos testes e cuidados, inclusive novas directrizes e orientações.

Ficha Técnica

- Dr. Miguel dos Santos de Oliveira, Director Nacional de Saúde Pública
- Dra. Henda Aline de Vasconcelos, Coordenadora do Caderno de Saúde Materno Infantil, Saúde Reprodutiva, Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP);
- Dra. Adelaide de Carvalho, Supervisora Sénior do CSMI
- Dr. João Cunha, MD, Coordenador Adjunto do Caderno de Saúde Materno Infantil, Saúde Infantil, DNSP;
- Dra. Isilda Neves, MD, MSP, Chefe, Departamento de Saúde Pública da Província de Luanda; Supervisora Sénior;
- Enf. Lic. Isabel João Lemos Gomes, Departamento Saúde Reprodutiva, DNSP;
- Lic. Ana Isabel Angelina, Psicóloga, Direcção Provincial de Saúde de Luanda;
- Dr. Cesar Freitas, MD, Médico Pediatra, Secretário para Formação Sociedade Angolana de Pediatria;
- Maria Antónia Nogueira, Enf. Parteira, Departamento Saúde Reprodutiva, DNSP;
- Enf. Filomena de Jesús Costa e Santos, Departamento Saúde Reprodutiva, DNSP;
- Enf. Maria Gabriela Xavier, Departamento Saúde Reprodutiva, DNSP;
- Dra. Afra Baltasar João, Saúde Reprodutiva, Direcção Provincial de Saúde de Luanda;
- Dra. Filomena Pinheiro, Supervisora Saúde Infantil, Direcção Provincial de Saúde de Luanda;
- Enf. Ágata Capingãna, Saúde Reprodutiva, Direcção Municipal Saúde de Luanda;
- Dra. Hortência Trindade, INLS;
- Dra. Maria José Costa, Organização Mundial da Saúde;
- Todos Peritos do Projecto "ProFORSA" e "PROMESSA CSMI" da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA)

Mensagem do amor do pai e da mãe para o bebé



Mensagem



Caro Pai:
Tu deves apoiar a tua mulher para que a gravidez corra sem perigo. Assim, o parto corre bem melhor e a criança terá uma vida mais saudável. Participe activamente de todo o processo!

Para ti, criança amada

Para ti, criança amada e desejada;

Com este Caderno de Saúde Materno Infantil, queremos dar-te boas vindas a esse mundo! Conseguimos ver uma vida de felicidade e alegria que você vai ter pela frente, se depender de nós papás, mamãs e profissionais de saúde, será uma vida perfeita, queremos que saibas o quanto és importante.

Todas as pessoas, a mamã, o papá e os profissionais da saúde desejam que cresças com amor, felicidade, prosperidade e que participes no desenvolvimento do nosso país, Angola.

*Dr. Miguel dos Santos de Oliveira
Director da Direcção Nacional de Saúde Pública
Ministério da Saúde*

Informações Básicas da Gestante

Unidade Sanitária		
Nome da mãe		Nº de registo
Idade	Estado civil	H. Literárias
Nome do pai da criança		Idade do pai:
Responsável pela criança		
Residência		
Ponto de referência		
Em caso de emergência contactar (Nome e telefone)		
Grupo sanguíneo da mãe: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/>		
Grupo sanguíneo do pai : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/>		

Toda a gravidez pode ser perigosa

P/profissional de Saúde:

Ajude a grávida a reconhecer os sinais de alerta, e informe-lhe aonde ela poderá encontrar a assistência clínica adequada em caso de necessidade.

Registo da primeira consulta

Data da última menstruação ____/____/20__

Data provável do parto (DPP) ____/____/20__

O Pré-Natal é a melhor forma de promover a saúde da grávida, do pai e do seu bebé. Este caderno é importante para todas as mães. Porque vai lhe orientar sobre a sua gravidez, o parto, pós parto e o desenvolvimento do seu filho(a). Vá com o seu esposo ou parceiro á próxima consulta de pré-natal para que ele assista, ajude e apoie a sua gravidez.



Antecedentes Pessoais

Hipertensão arterial: Doença Renal: Diabetes: Hepatite:
 Má formação: Problema cardíaco: Infecção urinária: Infertilidade:
 Cirur. pélv. uterina: Doenças da Tireóide: Cancro da mama: Falciformação:
 Cancro de útero: Outros: _____

Sofreu algum tipo de violência? (sexual, espancamento, psicológico, etc.)

Já foi operada alguma vez: Não Sim (nome da doença: _____)

Deficiência Física: Não Sim (_____)

Remédios que está tomando (Que toma habitualmente): _____

Você toma bebidas alcoólicas? Não Sim (_____ copos por dia)

Você fuma? Não Sim (_____ cigarros por dia)

O seu marido tem algum problema de saúde? Não Sim

Caso "Sim", Qual? _____ Falciformação:

O marido toma bebidas alcoólicas? Não Sim (_____ copos por dia)

O marido ou alguém da sua casa fuma? Não Sim (_____ cigarros por dia)

Tem/Teve algumas das seguintes doenças transmissíveis:

VIH/SIDA: Sim _____ anos de idade Não

Tuberculose: Sim _____ anos de idade Não

Rubéola: Sim _____ anos de idade Não Vacinado

Sarampo: Sim _____ anos de idade Não Vacinado

Varicela: Sim _____ anos de idade Não Vacinado

Problemas Ginecológicos:

Corrimento: Prurido: Ferida: Miomas: Outros: Qual?: _____

Antecedentes Ginecológicos:

1ª menstruação: _____ Duração do ciclo menstrual: _____ dias

Uso de métodos contraceptivos: Sim Não Qual método: _____

Tempo de uso: _____

Antecedentes Obstétricos: (preencher com números)

Gestações _____ Partos normais _____ Cesarianas _____

Gestações ectópicas _____ Abortos espontâneos _____ Nascidos vivos _____

Nascidos mortos _____ Filhos vivos actuais _____ Óbitos na 1ª semana _____

Óbitos após 1ª semana _____ Causa de óbito _____

Perguntas sobre o último parto:

Data do último parto: ____/____/____

A criança nasceu morta? Sim Não Se sim, sabe porquê? _____

Foram utilizados fórceps ou ventosas? Sim Não Se sim, sabe porquê? _____

Teve outro problema durante a última gravidez ou no último parto Sim Não

Se sim, qual? _____

A presença de um sinal amarelo é um alerta.

Consulta Pré-Natal

	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita	6ª visita	7ª visita	Outras
Data	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20
Idade gestacional	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas
Altura uterina	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Movimentos fetais	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Peso (Kg)	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
T.Arterial	mmHG	mHG	mmHG	mmHG	mmHG	mmHG	mmHG	mmHG
Edemas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Anemia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Apresentação	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Cef <input type="checkbox"/> Pev <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Freq. Cardíaca Fetal (FCF)	/ Min	/ Min	/ Min	/ Min	/ Min	/ Min	/ Min	/ Min
Ecografia	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20	Sim <input type="checkbox"/> / /20
Aconselhamento e teste VIH	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
TARV	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Suspeita de Tuberculose	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Fansidar (SP)	1ª dose Comp <input type="checkbox"/>	2ª dose Comp <input type="checkbox"/>	3ª dose Comp <input type="checkbox"/>	4ª dose Comp <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Mosquiteiro tratado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sulf. Ferroso e ac. fólico	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>	Comp <input type="checkbox"/>
Desparasitante								
Data da próxima visita	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20
Nome legível do profissional								

Recomendações: Orientar sobre o Planeamento Familiar e estimular a presença do pai na consulta

Vacina Anti-tetânica / Prevenção de Malária

Quando se deve iniciar o esquema da vacina em gestante:

Toda mãe deve considerar as vacinas administradas antes da gravidez actual.

Toda mãe deve receber pelo menos 2 doses de vacina, a primeira dose deve ser tomada na primeira consulta e a última dose deve ser dada antes de 20 dias da data provável do parto.

Doses	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Data	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20
Data da próxima dose	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20

Prevenção de Malária com Fansidar

A grávida deve tomar 4 doses de Fansidar durante a gravidez para prevenir a malária.

A partir da 13ª semana de gestação com intervalos de 1 mês a cada dose e pode ser tomado até o parto.

As doses devem ser tomadas sempre sob observação directa do técnico de saúde e na sala de CPN.



Doses	1ª	2ª	3ª	4ª	Outras
Data	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20	/ /20

Resultados dos exames complementares de diagnóstico

	1ª Exame	2ª Exame
Data	/ /20	/ /20
Grupo Sanguíneo		
Pesquisa de plasmodium		
VDRL		
Falciformação		
Hemograma		
Urina Tipo II		
Glicemia VN:60/90mg/dl		
Proteinúria urinária		
Hepatite B (Ag Hbs)		
Toxoplasmose		
Rubéola		
Citomegalovírus		
Teste de Coombs		
Exsudado vaginal		
Outros exames		

Critérios para atenção especial e/ou referência

(unidade c/maior capacidade técnica)

	Sim	Não
Morte neonatal ou nado morto?		
História de 3 ou mais abortos espontâneos?		
Último parto com peso < 2500g?		
Último parto com peso > 4500g?		
Última gravidez : Internamento por hipertensão? Pré-eclampsia, eclampsia		
Cesariana ou outras cirurgias ginecológicas?		
Diagnóstico ou suspeita de gravidez gemelar?		
Menor de 18 anos de idade?		
Mais de 35 anos de idade?		
Hemorragia vaginal?		
Tumor pélvico?		
Cancro?		
Hipertensão arterial?		
Diabetes?		
VIH?		
VDRL+ e sem médico na unidade?		
Paludismo?		
Anemia grave / Anemia Falciforme?		
Epilepsia?		
Problemas Cardíacos ?		
Problemas Renais ?		
Problema Respiratório?		
Doenças do colágeno (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide, etc..)?		
Outras doenças severas? Se sim qual doença?		

A grávida pode manter o seguimento em CPN normal? Sim Não

É transferida para

Local aconselhável para o Parto: _____

Se tiver uma destas condições acima referidas marque com X na caixa da coluna de Sim, significa que a grávida não deve continuar na consulta de pré-natal normal.

Observações importantes (anotar tratamentos que está a fazer)

Gravidez

Cuidados na gravidez

Durante a gravidez para manter a sua saúde e do seu bebé, a mãe deve repousar e evitar esforços violentos como cortar lenha, acarretar água com grandes recipientes em localidades distantes ou lavar no tanque.



O que deve se evitar na gravidez:

- ▶ Trabalho pesado, carga horária extensa
- ▶ Uso de bebidas alcoólicas
- ▶ Uso de tabaco
- ▶ Uso de drogas
- ▶ Fazer auto medicação (tomar medicamentos sem conselho de técnico de saúde)
- ▶ Stress



Sinais de Perigo

Nos casos seguintes, vá imediatamente ao Centro de saúde/hospital.

- ▶ Perda de sangue ou água pela vagina
- ▶ Dor na barriga
- ▶ Febre
- ▶ Dor de cabeça ou tontura
- ▶ Corrimento vaginal com mau cheiro
- ▶ Inchaço no rosto, mãos e pernas
- ▶ Dificuldade na visão ou respiração
- ▶ Convulsões
- ▶ Falta de movimentos do bebé



Gravidez e parto seguros

Alimentação na gravidez

- ▶ A grávida precisa ter uma alimentação variada, a base de produtos locais.
- ▶ Comer 4-5 vezes por dia.
- ▶ Evitar comer muita gordura, sal, açúcar e coisas picantes.



Boa alimentação

- ▶ **Alimentos que dão energia/força:** funge, batatas, mandioca, massa, arroz, pão, etc;
- ▶ **Alimentos que fazem crescer:** carnes, frango, peixe, mariscos, catatus, ovos, leite, iogurte, feijões, ervilha, etc.
- ▶ **Alimentos que protegem das doenças:** hortícolas e verduras (couve, kizaca, lombi, gimboa, quiabo, cenoura, abóbora, tomate, etc) e frutas (banana, mamão, manga, laranja, etc);
- ▶ **Alimentos que dão mais energia:** óleo de soja, óleo de palma, manteiga, ginguba,

Teste do VIH serve para proteger a mãe, o pai e os filhos

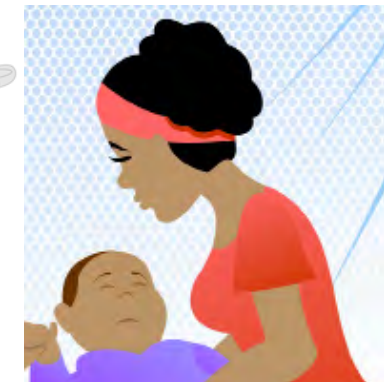
O teste do VIH da mãe e do pai serve para saber se têm o VIH e proteger o seu filho.

Saber o seu estado serológico é importante para prevenir a transmissão do VIH a criança durante a gestação, o parto e aleitamento.



Prevenção de Paludismo/ Malária

Para evitar o paludismo/malária, a mãe grávida e as crianças pequenas devem dormir sempre debaixo do mosquiteiro tratado com inseticida de longa duração.



Cuidados e Higiene

- ▶ Beber água filtrada, fervida ou tratada com lixívia (4 gotas/litro)
- ▶ Lavar bem os utensílios (panelas, pratos, copos, etc) e alimentos.
- ▶ Escovar os dentes depois de cada refeição
- ▶ Tomar banho todos os dias
- ▶ Lavar as mãos antes das refeições e depois de utilizar a casa de banho
- ▶ Manter as latrinas limpas e com tampa
- ▶ Usar roupas confortáveis sem apertar a barriga
- ▶ Se a mãe ou o pai forem VIH positivo tomar os medicamentos todos os dias e nos horários certos



Plano de Parto



A família deve preparar as condições do parto, uma pasta com panos e roupas limpas para cobrir e vestir o bebé e a mãe.

A mãe e o pai devem saber em qual unidade sanitária vai fazer o parto, como ir, que transporte utilizar até o local e a pessoa que lhe vai levar.

Aleitamento Materno

O leite materno é o melhor leite que se pode dar e não se paga.



Preparação para a Amamentação

Todas as mulheres grávidas que tem mamilos (ponta da chucha) pequenos, achatados ou invertidos podem fazer massagens suavemente cada vez que a mãe for tomar banho para que quando a criança nascer consiga mamar sem dificuldades.

Amamentação imediata após parto

Logo após o nascimento o bebé deve ser colocado para contacto pele a pele com a mãe e em seguida a mãe deve amamentar o bebé. O primeiro leite parece um pouco diferente e tem pessoas que falam “Não pode dar o primeiro leite porque está estragado”. Isso não é verdade. O primeiro leite tem coisas muito importantes para criar defesa do corpo do bebé.

Amamentação exclusiva (Só leite da mãe)

Até aos 6 meses o bebé **não precisa** de água, comida nem kissangua, mas exclusivamente o leite da mãe.

No leite materno já se encontra água e todos os nutrientes que o bebé precisa.

Alimentação da mãe que amamenta

- ▶ Beber muitos líquidos, principalmente água tratada, para aumentar a produção de leite
- ▶ Ter uma alimentação variada, a base de produtos locais;
- ▶ Comer 4-5 vezes por dia;
- ▶ Evitar comer muita gordura, sal e açúcar.
- ▶ Amamentar frequentemente, quanto mais a mãe amamenta mais leite ela produz;
- ▶ Dormir bem, para evitar o cansaço e estresse



Resumo do parto

Unidade sanitária: _____
Data ____/____/20____ Hora: _____
Idade Gestacional: _____ semanas
Acompanhamento por Profissional: Sim: Não:
Em casa: Sim: Não:
Feto(s): Único: Múltiplo: Caso Múltiplo, quantos? _____
Caso múltiplo, entregue Caderno de Saúde Materno-Infantil
Primípara ou Múltipara: Primípara: Múltipara:
Duração do trabalho de parto: <6 h: 6~12 h: 12~24 h: >24 h:
Tipo de parto: Eutócito: Distócico:
Apresentação: Cefálica: Pélvica: Outras: _____
Dequitação: Normal: Hemorragia: Placenta retida:
Intervenções: Cesariana: Fórceps: Ventosa: Não houve:
Houve transferência para unidade secundária/terciária na hora do parto e no pós-parto? Sim: Não:
Administração de Vitamina A: Sim: Não:
VIH+: Sim: Não: Caso “Sim”, PTV: Sim: Não:
Caso “Sim”, TARV: Sim: Não: Qual? _____
Caso de morte materna: Sim: Não: Causa? _____
Observação: _____

Avaliação do recém-nascido

Hora: _____ Sexo: Masc. Fem. Peso ao nascer: _____ g.
Comprimento ao nascer: _____ cm. Perímetro cefálico: _____ cm.
Nado vivo: Nado morto: Reanimado: Sim: Não:
Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
Má formação aparente: Sim: Não: Se sim, Qual? _____
Pomada/Gotas oftálmicas?: Sim: Não:
Vacina BCG?: Sim: Não:
Vacina Polio zero?: Sim: Não:
Vacina Hepatite B: Sim: Não:
Criança exposta? Sim: Não: ,
Caso de “exposta”, foi medicada? Sim: Qual? _____ Não:
Teste do pezinho: Feito: (Se não foi feito ainda, encaminhe imediatamente)

Assinatura legível do técnico: _____

Dados do nascimento

Sem registo não há identidade!
Faça registo logo!



Dados do Nascimento	
Nome da criança:	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
Local de nascimento: Cidade/Município/Bairro	
Data de nascimento: ____/____/20____	
Nado vivo: <input type="checkbox"/>	Nado morto: <input type="checkbox"/>
Hospital, Maternidade, Clínica ou Centro:	
Província/Cidade/ Município/Bairro:	

Consulta pós-parto por volta de 6 dias após o parto

• Consulta pós parto da mãe após 6 dias

Data ____/____/20____ Unidade de Saúde: _____

Alguma doença após o parto? Sim: Não:

Se sim qual? _____

Verificar involução uterina: _____

Características dos lóquios: Normal: Abundante: Fétido:

Vacinação anti-tetânica? Sim: Não: Nº de doses: _____

Sinais Vitais: Temperatura: _____ °C TA: _____/_____ mmHg

Informação sobre contraceptivos: Sim: Não:

Em caso de alteração transferir, local: _____

E dê informações a mãe e o pai sobre: Consulta de Planeamento Familiar, Amamentação e Vacinação

• Consultas do bebé 6 dias após parto

A criança está a mamar? Sim: Não: Peso da criança: _____ g

Comprimento : _____ cm. Perímetro cefálico: _____ cm.

Vacina de BCG: Sim: Não: Se Não, vacine hoje

Pólio zero: Sim: Não: Se Não, vacine hoje

Vacina Hepatite B: Sim: Não: Se Não, vacine hoje

Umbigo seco? Sim: Não:

Criança exposta? Sim: Não:

Caso de "exposta", Profilaxia VIH: _____ Dose: _____

Má formação congénita aparente? Sim: Não: Se Sim, encaminhe.

Foi orientada sobre aleitamento materno exclusivo e vacinação para criança:
Sim: Não:


Teste do pezinho: Sim: Não:

Data: ____/____/20____


Assinatura legível do técnico: _____

Consultas


Consulta da Criança no 1º mês

Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		
Peso: ____Kg	Comprimento/Estatura: ____cm	Perímetro cefálico: ____cm
Aleitamento Materno Exclusivo: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Outra alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____	
Teste do Pezinho: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Resultado: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Icterícia: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coloração dos olhos: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Teste do Falciformação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Resultado: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		
Criança exposta: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim", faça profilaxia Qual profilaxia está sendo feito? _____		
O seu bebé movimenta os pés e mãos de ambos os lados? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Mama com vigor? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Ao ouvir um barulho alto movimenta os membros ou chora? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
O umbigo está seco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Qual é a cor das fezes do seu bebé?		
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebé		
Recomendações:		



Consulta da Criança no 2º mês

Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		
Peso: ____Kg	Comprimento/Estatura: ____cm	Perímetro cefálico: ____cm
Aleitamento Materno Exclusivo: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Outra alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____	
Teste do Pezinho: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Resultado: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Icterícia: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coloração dos olhos: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Criança exposta: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim", faça profilaxia Qual profilaxia está sendo feito? _____		
O seu bebé movimenta os pés e mãos de ambos os lados? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Mama com vigor? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Vira a cabeça de ambos os lados? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Sustenta a cabeça ou tenta levantar a cabeça quando é puxado para sentar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Ao ouvir um barulho alto movimenta os membros ou chora? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
De braços tenta levantar a cabeça? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Seu bebé acompanha com os olhos os movimentos ao redor? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebé		
Recomendações: Dar somente leite do peito até 6 meses Vacinas dos 2º meses		

As crianças até 1 ano de idade devem ser levadas à vacina 5 vezes

Consulta da Criança no 3º e 4º mês		
Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		
Peso: ____ Kg	Comprimento/Estatura: ____ cm	Perímetro cefálico: ____ cm
Aleitamento Materno Exclusivo: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Outra alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____	
Articulação da coxa: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sinais de Deslocação	Icterícia: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coloração dos olhos: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Criança exposta: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim", faça profilaxia Qual profilaxia está sendo feito? _____		
A criança sustenta a cabeça?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Há algo irregular nos movimentos ou expressão dos olhos?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Ao chamar, a criança olha ou procura?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Sorri ao ser tocado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Brinca com os dedos de ambas as mãos e leva objetos à boca?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebé		
Recomendações:		

As crianças até 1 ano de idade devem ser levadas à vacina 5 vezes

Consulta da Criança no 6º e 7º mês		
Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		Perímetro Braquial: ____ cm
Peso: ____ Kg	Comprimento/Estatura: ____ cm	Perímetro cefálico: ____ cm
Aleitamento Materno: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Alimenta-se _____ por dia	
Dificuldade na alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____		
Teste do Falciformação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Resultado: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Problema de visão: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Criança exposta: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim", faça profilaxia Qual profilaxia está sendo feito? _____		
	Os pais fazem a higiene dos dentes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Há problemas na gengiva? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Aposte com um X os dentes que a criança tem	
O bebé consegue virar-se sozinho?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
O seu bebé consegue sentar-se sozinho?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
A criança pega brinquedos que estão próximos?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Emite sons quando está a brincar?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
O bebé olha na direção do rádio ou televisão quando ligado?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
O seu bebé já come alimentos sólidos?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Agarra seus pés quando brinca?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebé		
Recomendações: Vacinas dos 6º meses Só no caso de criança exposta com o resultado definitivo, preparar a mãe e o pai para a interrupção do aleitamento materno quando a criança exposta completar 1 ano.		

As crianças de até 1 ano de idade devem ser levadas à vacina 5 vezes



Consulta da Criança no 9º e 10º mês		
Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:	Perímetro Braquial: _____cm	
Peso: _____Kg	Comprimento/Estatura: _____cm	Perímetro cefálico: _____cm
Aleitamento Materno: <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	Alimenta-se _____ por dia	
Dificuldade na alimentação <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Caso "Sim" Qual? _____	
Problema de visão: <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Criança exposta: <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim", faça profilaxia Qual profilaxia está sendo feito? _____		
	Já possui dentes? <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
	Os pais fazem a higiene dos dentes? <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
	Há cáries? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Há problemas na gengiva? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Aponte com um X os dentes que a criança tem		
O seu bebé consegue sentar-se sozinho?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
O seu bebé consegue engatinhar?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Consegue manipular os brinquedos que estão ao seu alcance?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Consegue brincar sozinho?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Está se alimentando com comidas sólidas sem dificuldade?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
O bebé atende sua voz?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
O bebé balbucia palavras?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o bebé		
Recomendações: Vacinas dos 9º meses		

As crianças de até 1 ano de idade devem ser levadas à vacina 5 vezes

Consulta da Criança de 1 ano		
Data ____/____/20____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:	Perímetro Braquial: _____cm	
Peso: _____Kg	Comprimento/Estatura: _____cm	Perímetro cefálico: _____cm
Aleitamento Materno: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Criança exposta? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Alimenta-se _____ por dia	
Se "Sim", suspender o aleitamento materno		
Dificuldade na alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Problema de visão: <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Qual? : _____		
	Os pais fazem a higiene dos dentes? <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
	Há cáries? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Há problemas na gengiva? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
	Aponte com um X os dentes que a criança tem	
Consegue andar sozinho ou apoiando em algum objeto?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Consegue cumprimentar fazendo gestos com as mãos?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
A criança dança ouvindo música?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Compreende palavras como: vem cá, dá só?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
A criança interage com outras crianças e familiares?	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N	
Qual a brincadeira preferida?		
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebé		
Recomendações:		

Não se esqueça de vacinar (reforço de Sarampo e Rubéola) aos 15 meses

Consulta da Criança de 15 meses		
Data: _____/_____/20_____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		Perímetro Braquial: _____cm
Peso: _____kg	Comprimento/Estatura: _____cm	Perímetro cefálico: _____cm
Aleitamento Materno: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Criança exposta? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Se sim, não deve ser amamentada depois de 12 meses Caso sim, já realizou o primeiro teste? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quando? ____/_____/20____		
Dificuldade na alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____ Alimenta-se _____ por dia		Problema de visão: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
 <p>Já possui dentes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Os pais fazem a higiene dos dentes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Há cáries? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Há problemas na gengiva? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Aponte com um X os dentes que a criança tem</p>		
O bebê consegue andar sozinho?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
O bebê sobe e desce escadas?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
A criança alimenta-se com comidas sólidas sem dificuldade?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
O bebê fala?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Compreende ordens simples?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Consegue brincar sozinho?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
A criança brinca com outras crianças?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebê		
Recomendações: Vacina de reforço.		

Consulta da Criança de 18 meses		
Data: _____/_____/20_____	Unidade de Saúde:	Província/Município:
Nome legível do técnico:		Perímetro Braquial: _____cm
Peso: _____Kg	Comprimento/Estatura: _____cm	Perímetro cefálico: _____cm
Aleitamento Materno: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Resultado definitivo do teste da criança exposta? <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. Caso "Positivo", encaminhar para serviço especializado		
Que tipo de alimentação recebe? Alimenta-se _____ por dia		
Dificuldade na alimentação: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____		Problema de visão: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
 <p>Os pais fazem a higiene dos dentes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Há cáries? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Há problemas na gengiva? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</p> <p>Aponte com um X os dentes que a criança tem</p>		
Consegue andar sem apoio?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Fala algumas palavras simples como "mama" ou "tchau"?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Consegue beber água segurando o copo com as próprias mãos?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Os horários das refeições e dos lanches estão mais ou menos preestabelecidos?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Alimenta-se sozinho?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Sente que a criança é bastante sensível à luz ou os seus olhos possuem movimentos estranhos?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Ao chamar a criança por trás, ela vira-se?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
A criança brinca com outras crianças?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Escrevam de forma livre as suas preocupações com o seu bebê		
Recomendações: Vacina de reforço		

Cuidados com a criança

Para manter a saúde da criança, a mãe e o pai têm que tomar os seguintes cuidados:

Manter a higiene corporal da criança

Tratamento da água

Beba somente água tratada com lixívia (4 gotas/1litro) ou fervida



Quando a criança estiver com diarreia, dê o soro caseiro para evitar desidratação.

Preparação do soro caseiro

- 1 - Prepara-se 1 litro de água fervida ou tratada;
- 2- Acrescenta-se 1 colher pequena de sal, 2 colheres grandes de açúcar. Quando tiver com sabor de lágrimas, é sinal que está pronto;
- 3 - Se tiver, acrescente meio limão.



Desparasitar a criança

A criança deve ser desparasitada a partir de 1 ano e depois a cada 6 meses



Alimentação da criança

0 -6 MESES:

AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA (DAR SOMENTE O LEITE DA MÃE)

- ▶ O leite da mãe possui tudo o que a criança precisa para crescer saudável e evitar doenças.
- ▶ Não oferecer papinhas, sumos, água, chá nem kissângua, pois podem causar diarreia.



A PARTIR DOS 6 MESES:

CONTINUAR COM O LEITE DA MÃE E DAR COMIDA VARIADA

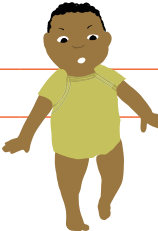

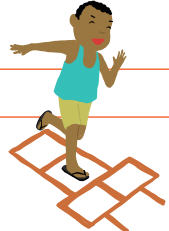

A partir dos 6 meses de idade:

- ▶ Dar papa ou alimentos bem esmagados.
- ▶ Os alimentos devem ser semi-líquidos, moles e enriquecidos com vegetais, frutas, um pouquinho de gordura.
- ▶ Dar leite materno e mais as refeições diárias (2 -3 vezes) .

Aos 9 meses de idade:

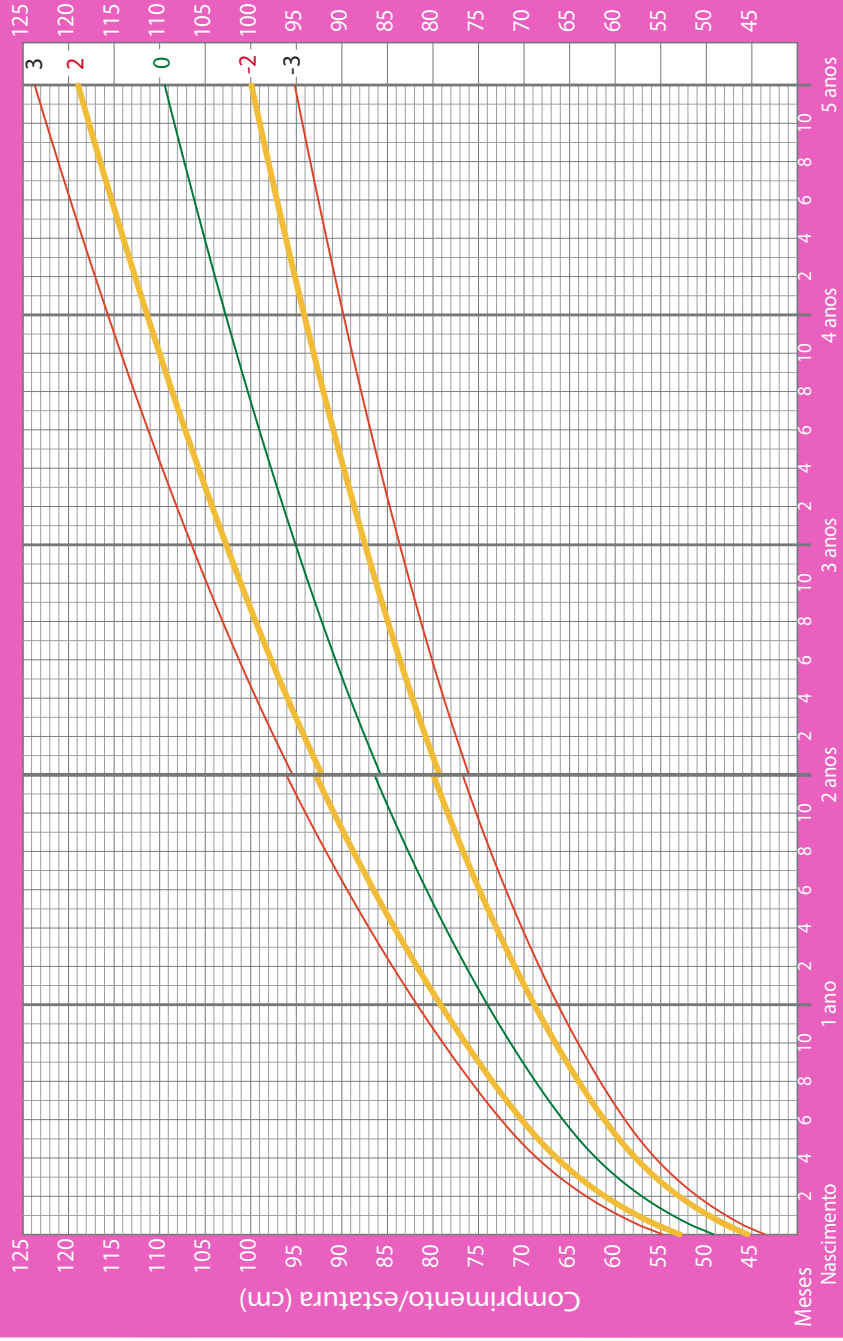
- ▶ Aumentar a consistência dos alimentos aos poucos.
- ▶ Por volta dos 12 meses, a criança já pode comer a mesma alimentação da família – fácil de mastigar.
- ▶ Evitar alimentos fritos e com muito sal.
- ▶ Dar leite materno e mais as refeições diárias (4 -6 vezes).
- ▶ Uma alimentação saudável deve utilizar alimentos de produção local.
- ▶ Usar sempre SAL IODIZADO, em pequenas quantidades.

Comportamento esperado da criança de 2-5 anos e Consultas para acompanhamento do crescimento

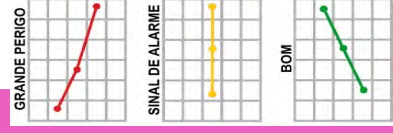
	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano
Data da consulta	___/___/20___ 	___/___/20___ 	___/___/20___ 	___/___/20___ 
Peso	Kg	Kg	Kg	Kg
Comprimento/Estatura	cm	cm	cm	cm
Perímetro Braquial	cm	cm	cm	cm
Desenvolvimento Motor	Anda sozinha <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Corre, salta, soube e desce escadas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tenta escovar os dentes, pentear-se e vestir-se <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Veste-se e despe-se sozinho <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Manipula objectos com as 2 mãos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Desenvolvimento da Fala	Produz frase de 3 ou 4 palavras <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Produz frases compreensíveis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fala fluentemente e pede ajuda <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fala fluentemente e pede ajuda <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Reconhece e lembra-se dos locais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Muito curioso e questionadora <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Partilha com outros <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Descreve uma imagem <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Desenvolvimento Psíquico	Identifica pelo menos 1 imagem <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Imita e participa nas actividades de adultos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Comportamento desafiante e opositor <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Grande preocupação em agradar os adultos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Imita e participa nas actividades de adultos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Brinca sozinho e com outras crianças <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Gosta de brincar com outros <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Reconhece a diferença de sexo <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
	Aceita e recusa as decisões <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Distingue o que certo ou errado <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
	Identifica-se como "eu" <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pede para urinar e defecar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Problema de Visão	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____
Problema de Dentição	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____
Problema de Audição	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Caso "Sim" Qual? _____
Exame Físico				
Nome do Profissional				
Data da próxima consulta	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___

Curva do Crescimento de meninas

30 Comprimento/estatura por idade **MENINAS** Do nascimento aos 5 anos (z-scores)



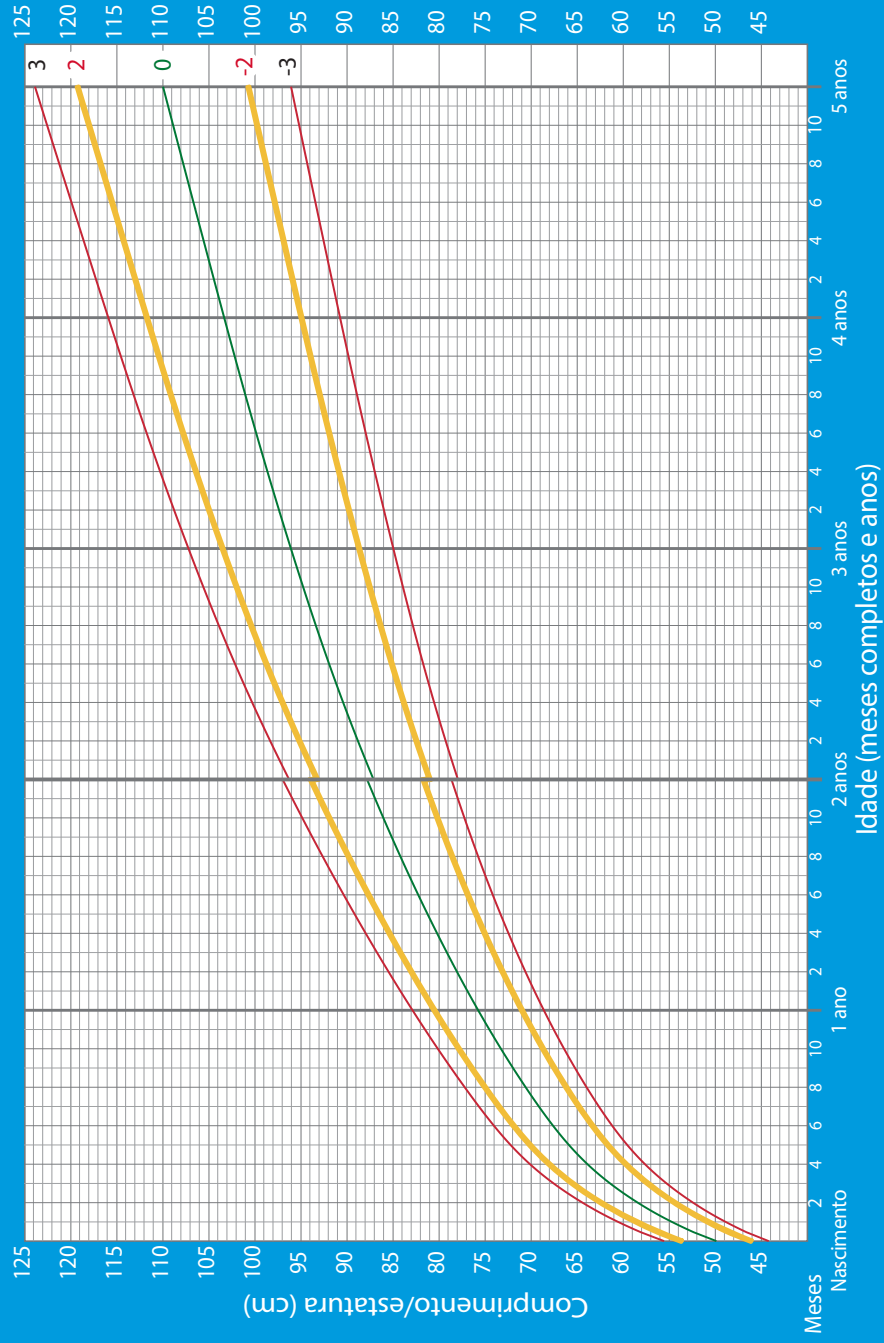
Idade	Nasci-mento	1 mês	2 meses	3-4 meses	6-7 meses	9-10 meses	1 ano	1 ano e 3 meses	1 ano e 6 meses	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Comprimento	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Peso	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /



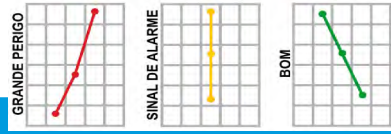
31 Peso por idade **MENINAS** Do nascimento aos 5 anos (z-scores)

Curva do Crescimento de meninos

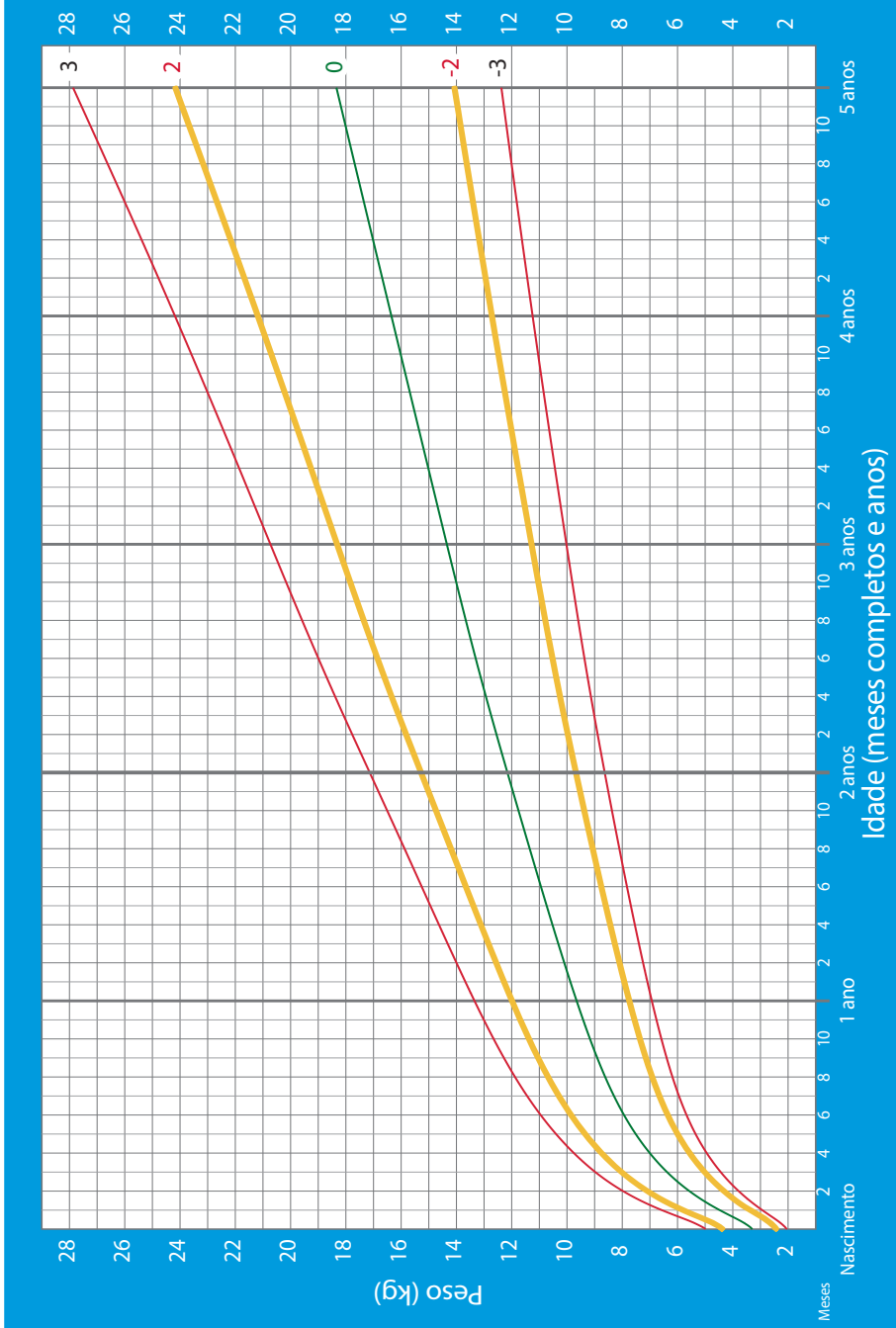
Comprimento/estatura por idade MENINOS Do nascimento aos 5 anos (z-scores)



Idade	Nasci-mento	1 mês	2 meses	3-4 meses	6-7 meses	9-10 meses	1 ano	1 ano e 3 meses	1 ano e 6 meses	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Comprimento	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Peso	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /






















Peso por idade MENINOS Do nascimento aos 5 anos (z-scores)



Imunização/Vacinação

A pessoa vacinada é como uma casa com portas e janelas fechadas e a pessoa não vacinada é como uma casa com portas e janelas abertas. O vento, os mosquitos e as doenças podem entrar.

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DE ROTINA

Ao Nascer	 zero dose Pólio Lote: ___/___/___	 dose única BCG Lote: ___/___/___	 dose a nascença Hepatite B Lote: ___/___/___	ADVERTÊNCIA Não administrar a 1ª dose de Rotavírus após 4 meses de idade nem a 2ª após o 7º mês	
Aos 2 meses	 1ª dose Pólio Lote: ___/___/___	 1ª dose Pentavalente Lote: ___/___/___	 1ª dose Pneumo Lote: ___/___/___		 1ª dose Rotavírus Lote: ___/___/___
Aos 4 meses	 2ª dose Pólio Lote: ___/___/___	 2ª dose Pentavalente Lote: ___/___/___	 2ª dose Pneumo Lote: ___/___/___		 2ª dose Rotavírus Lote: ___/___/___
Aos 6 meses	 3ª dose Pólio Lote: ___/___/___	 3ª dose Pentavalente Lote: ___/___/___	 3ª dose Pneumo Lote: ___/___/___		 1ª dose Vitamina A Lote: ___/___/___
Aos 9 meses	 1ª dose Sarampo/Rubéola Lote: ___/___/___	 dose única Febre Amarela Lote: ___/___/___	 2ª dose Vitamina A Lote: ___/___/___		Aos 15 meses  2ª dose Sarampo/Rubéola Lote: ___/___/___

OUTRAS VACINAS / REFORÇO

VACINA	LOTE	DATA
Pólio (Injetável) aos 4 meses		

VITAMINA A (1-4 anos)

DATA

ALBENDAZOL (1-4 anos)

DATA

ENTREGA DO MOSQUITEIRO

DATA

Registo de outras consultas médicas

Data	Intercorrência	Tratamento	Responsável
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			