

IDENTIFICAÇÃO E INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: _____

SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ HORA: _____

REGISTO NO CARTÓRIO: Nº DO REGISTO: _____ DATA: ____/____/____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

ENDEREÇO DA FAMÍLIA: _____

TELEFONE: _____

ESTRUTURA DE SAÚDE: _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____ DATA DA 1ª CONSULTA: ____/____/____

IRMÃOS

Ano/nascimento	Sexo	Observação	Ano/nascimento	Sexo	Observação

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 ☐

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 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																								

ORDENHA E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

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.

Como oferecer o leite ordenhado ao bebê

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

INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Idade em Meses	Alimentos
De 6 a 7M (2 papas de frutas e 1 papa ou puré de comida de panela)	Leite materno ao acordar e sempre que o bebê quiser Lanche de manhã e da tarde – fruta amassada ou raspada (banana, maçã, papaia, pera...) sem adição de açúcar. 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.
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

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.

SUPLEMENTAÇÃO

Vitamina A

As crianças de risco (com infecções graves, malnutrição grave, sarampo, varicela, diarreias crônicas, imunodeficiências, entre outras), dos 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A, pois diminui o risco de diarreia e infecções, 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	
Vitamina A (crianças de risco dos 6 aos 59m)	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: _____

SUPLEMENTAÇÃO

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.

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: _____

FORTIFICAÇÃO

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.

VITAFERRO	1º Pacote	2º Pacote	3º Pacote	4º Pacote	5º Pacote	6º Pacote
1º Ano	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
2º Ano	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
3º Ano	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
4º Ano	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
5º Ano	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____	Idade: _____
	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

CUIDADOS A TER COM A CRIANÇA

Peso

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

REGISTO DAS VACINAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL (Data e Lote)

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

OUTRAS VACINAÇÕES

[illegible]

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

IDADE	VACINAS
Nascença	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;
5 a 7 anos	Td (1ª dose);
10 a 14 anos	HPV (1ª e 2ª dose);
13 a 15 anos	Td (2ª dose);

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.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICOMOTOR

Identificar deficiências para seguimento multidisciplinar e estimulação precoce do desenvolvimento.

	P	A	NV
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. Repete sons "ta, ta, ta".	☐	☐	☐
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)

AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

Direita

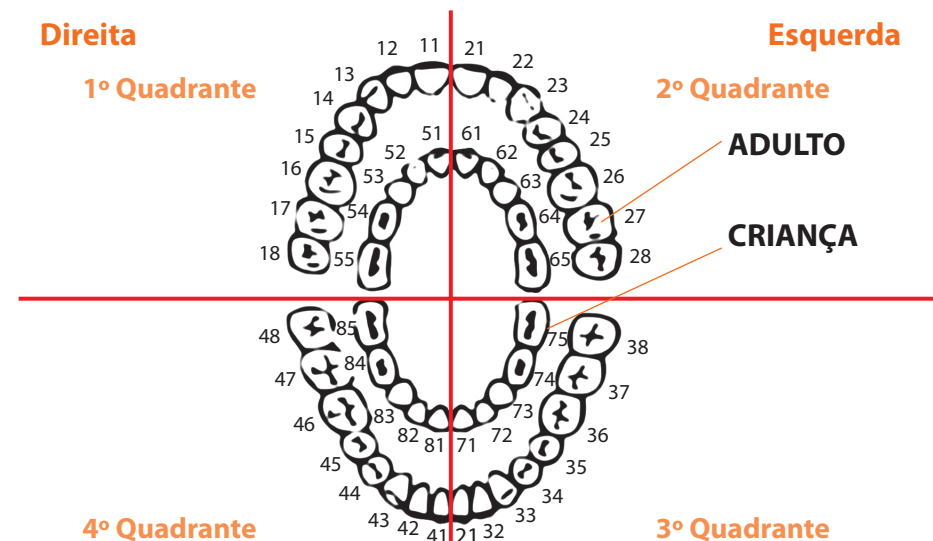
1º Quadrante

Esquerda

2º Quadrante

ADULTO

CRIANÇA



Observações: _____

Saúde e higiene oral:

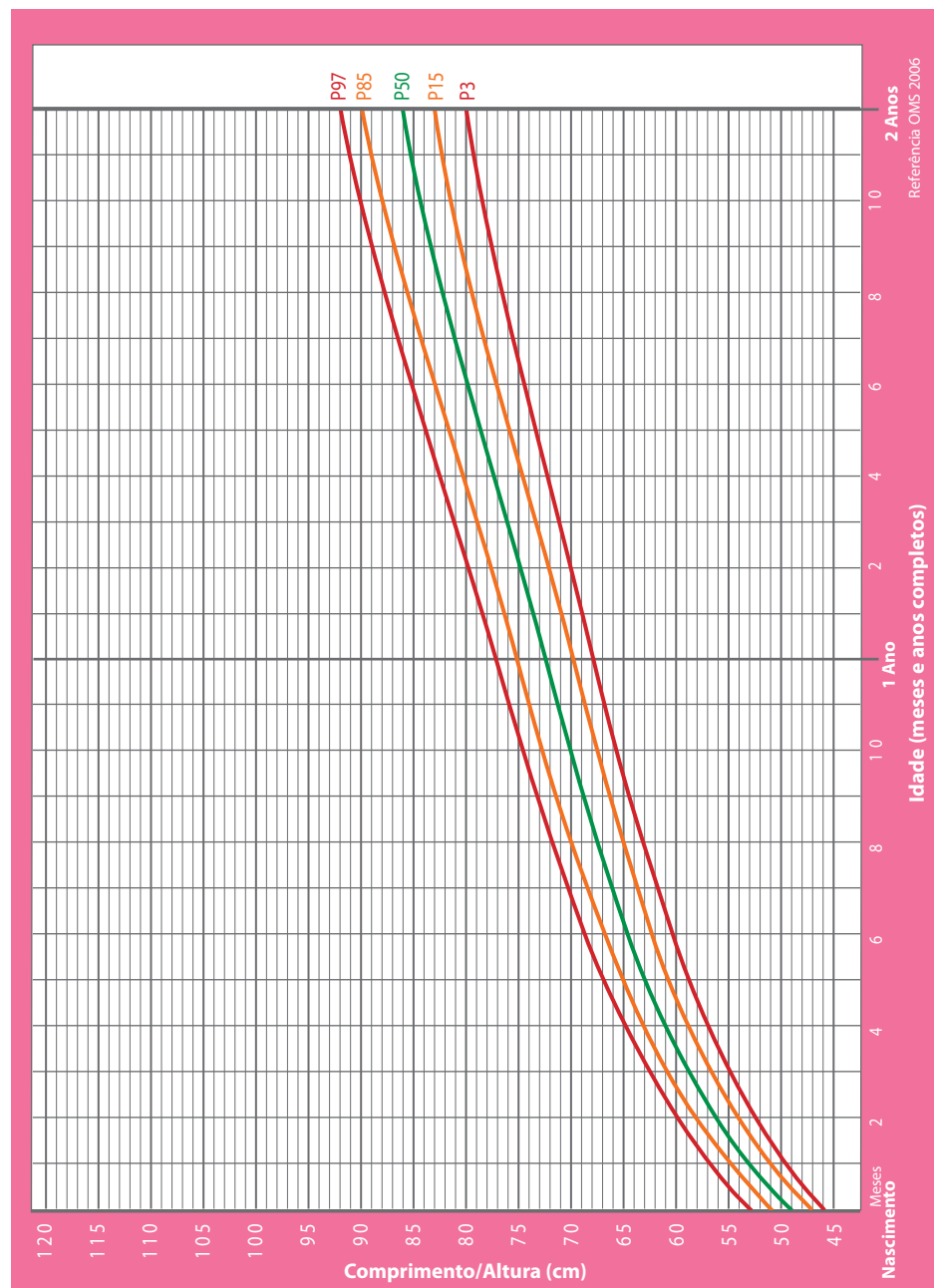
Antes do nascimento dos primeiros dentes:

1. Lavagem das mãos do adulto responsável pela higiene bucal do bebé.
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 bebé. A partir dos 6 meses introduzir alimentos saudáveis, frutas, hortaliças e legumes, para promover a autolimpieza 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.

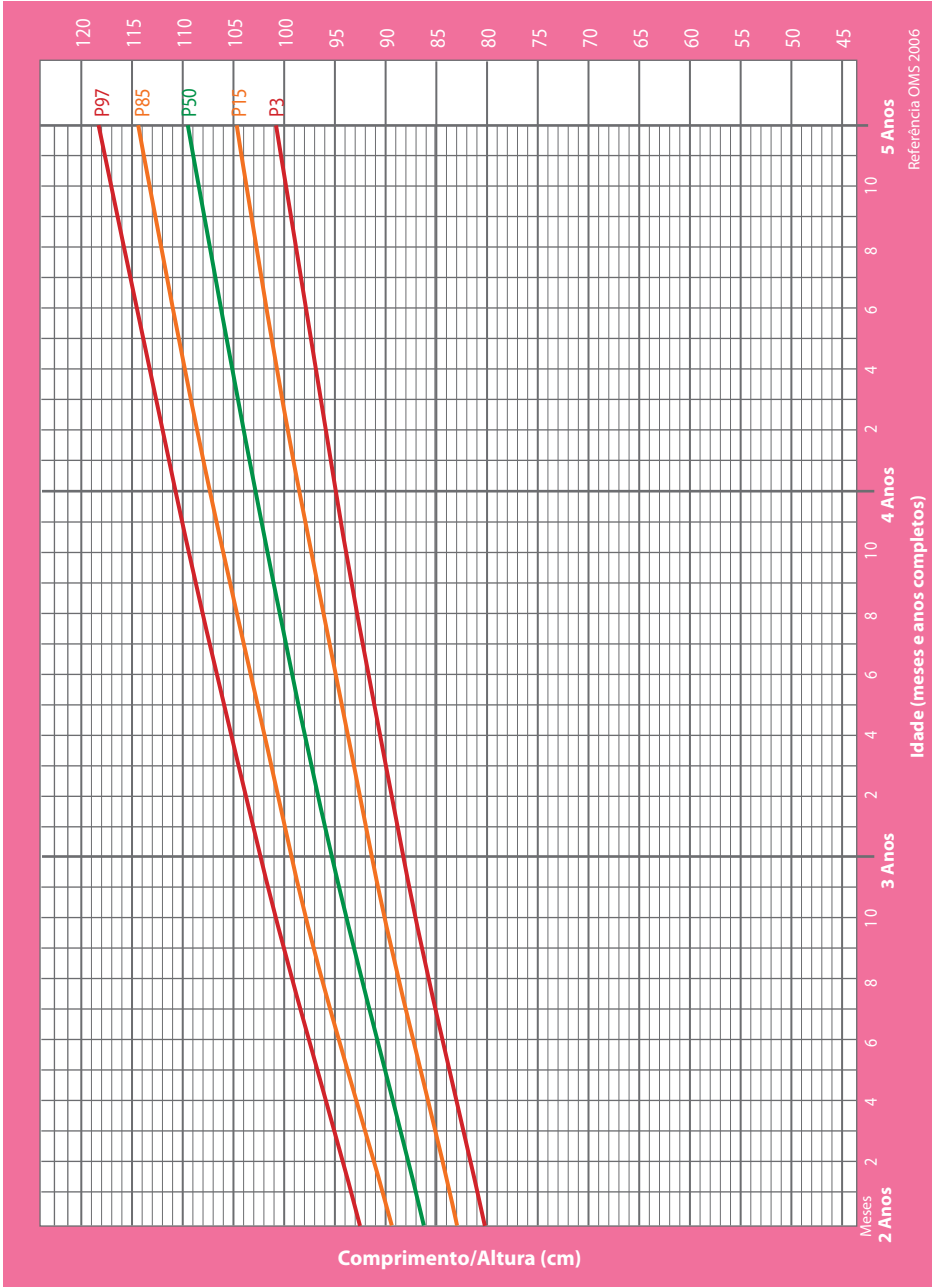
Comprimento para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



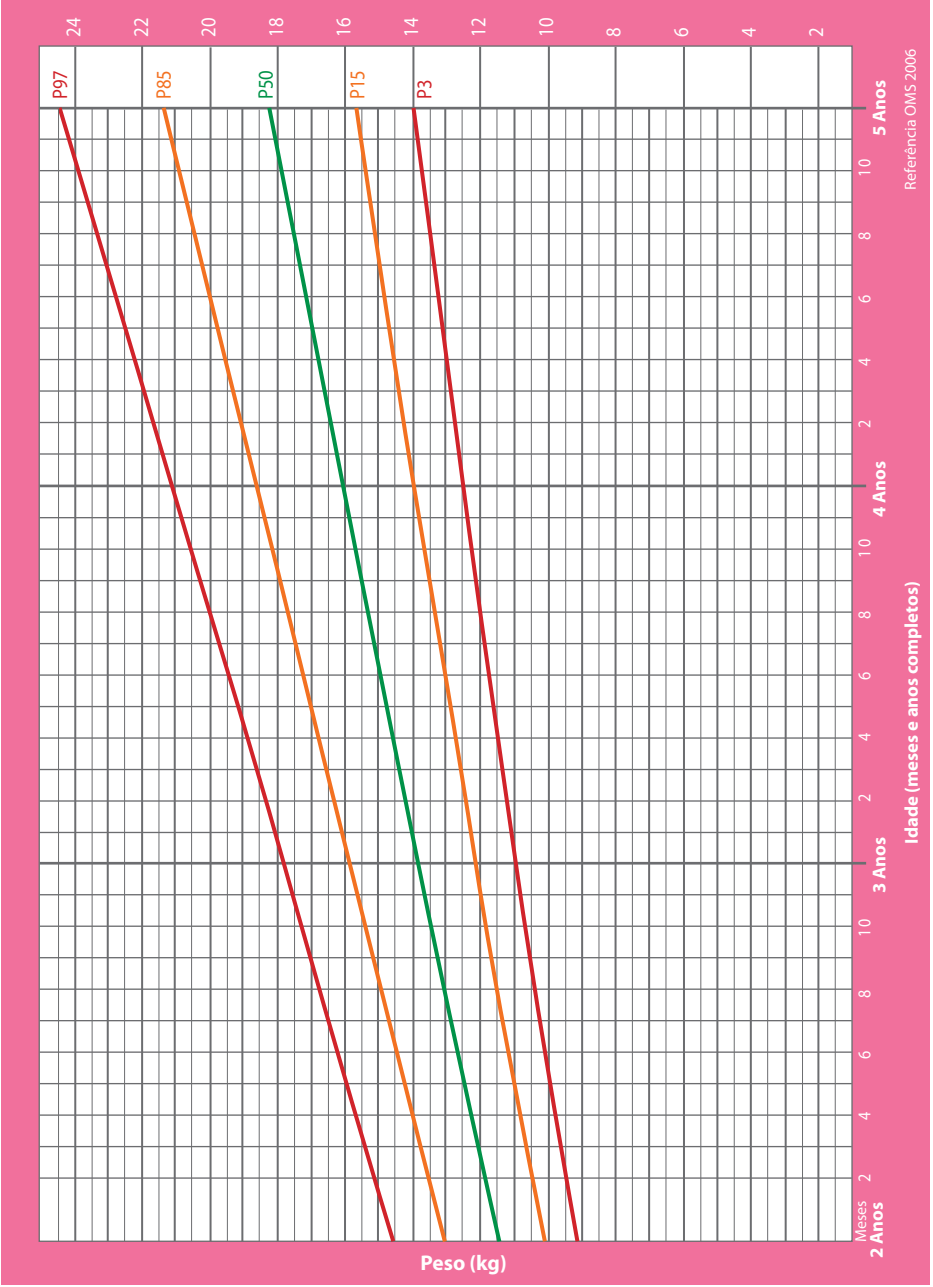
Peso para comprimento em Meninas 0 a 2 anos (Percentil)



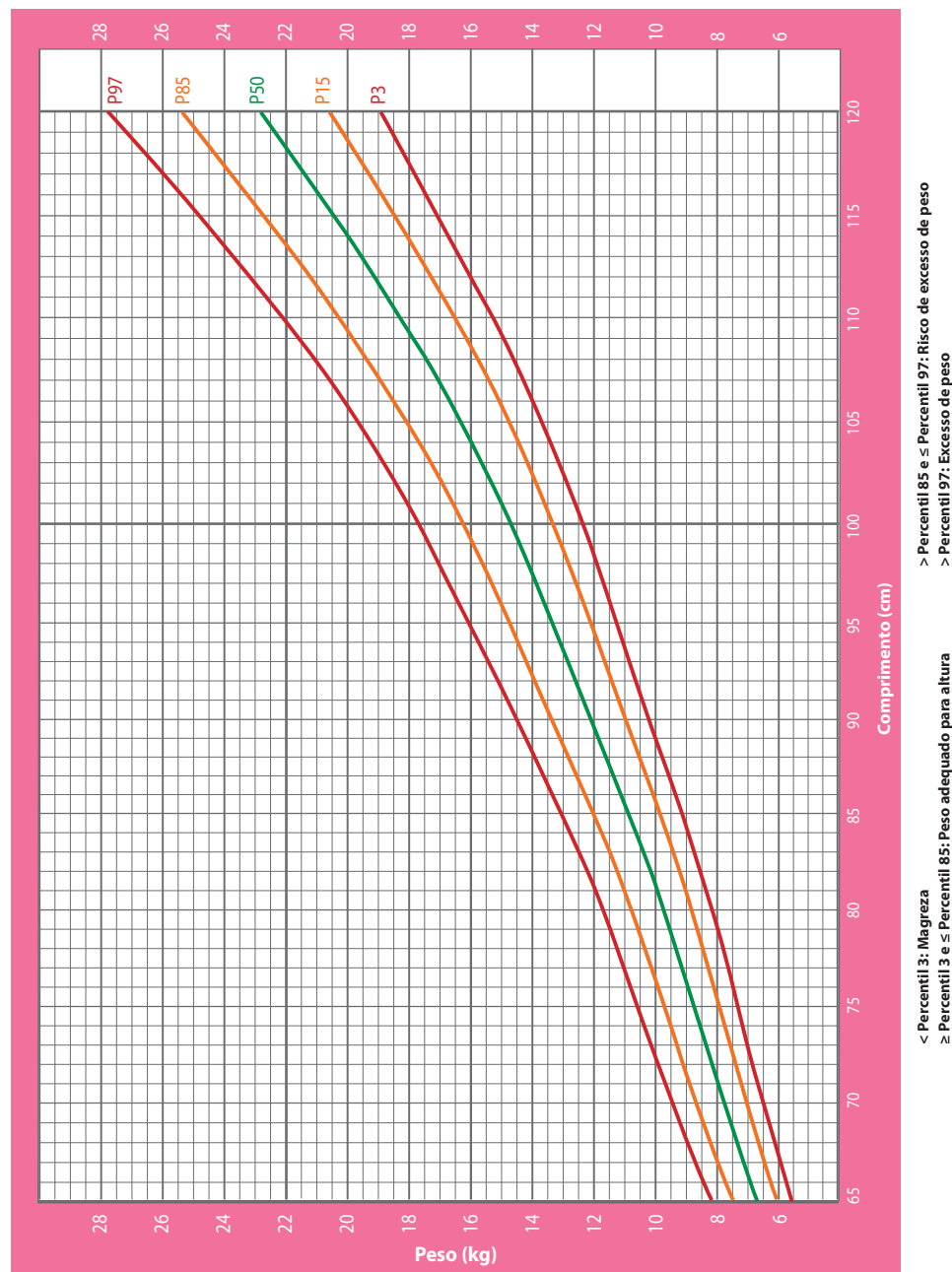
Altura para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



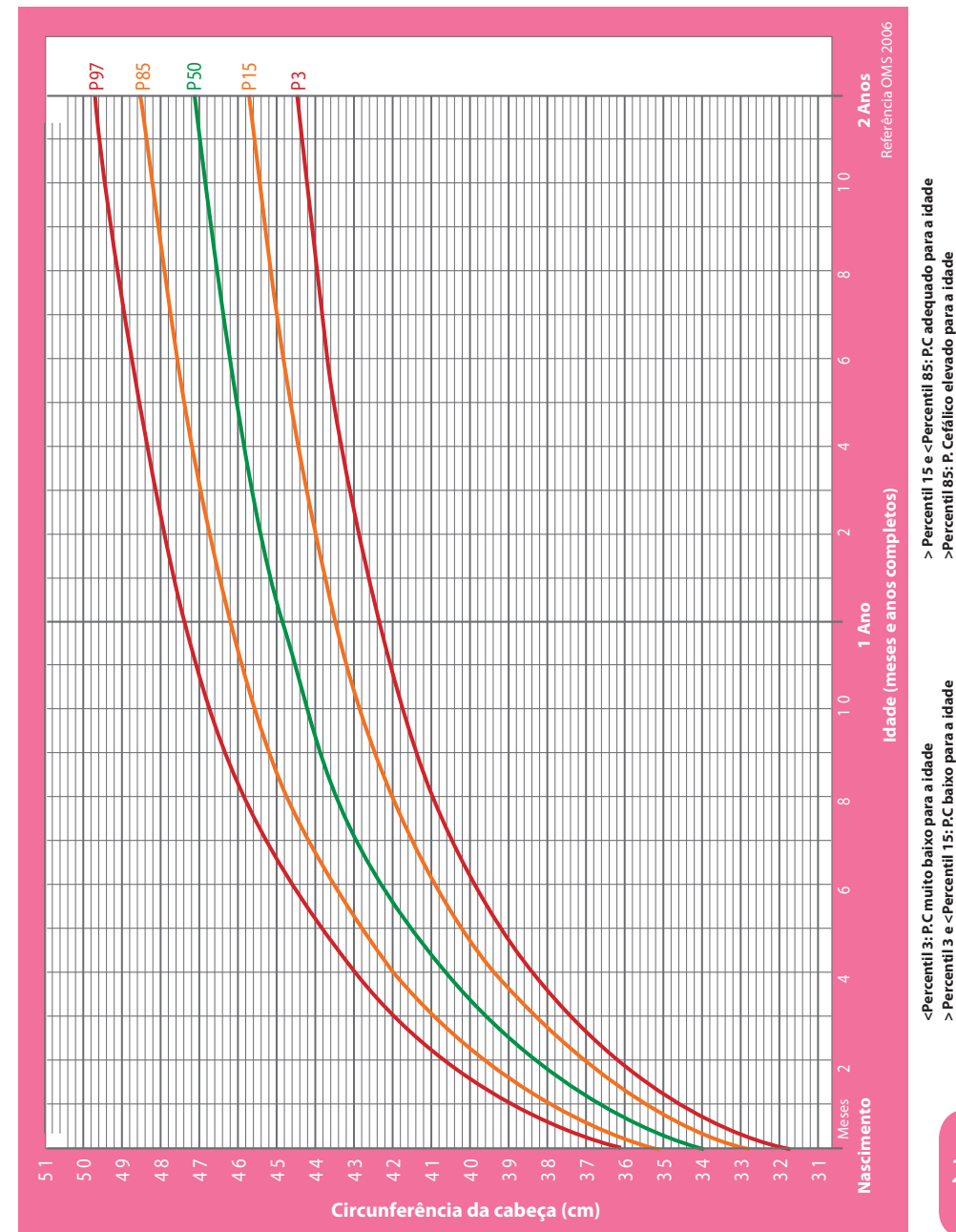
Peso para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



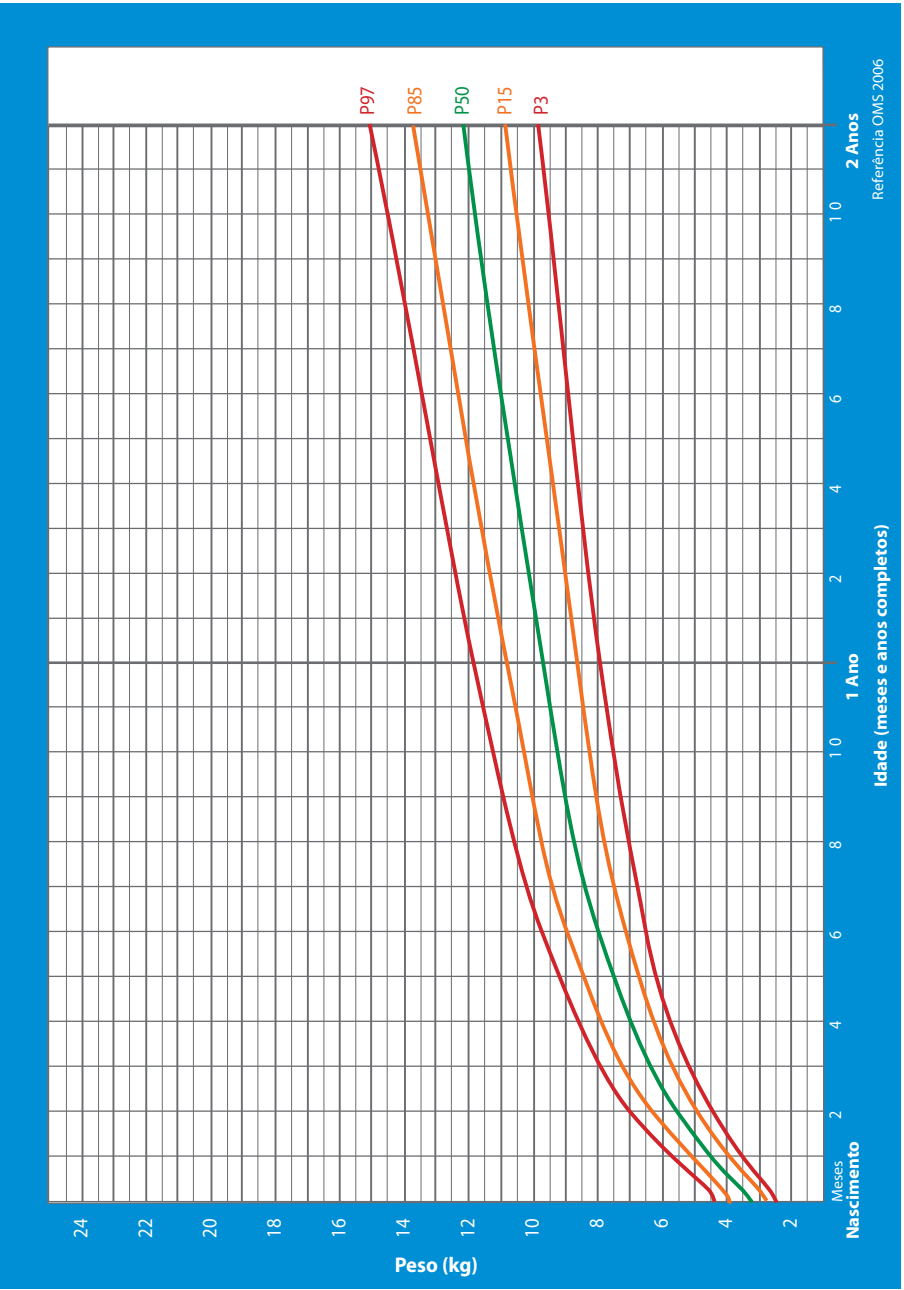
Peso para altura em Meninas 2 a 5 anos (Percentil)



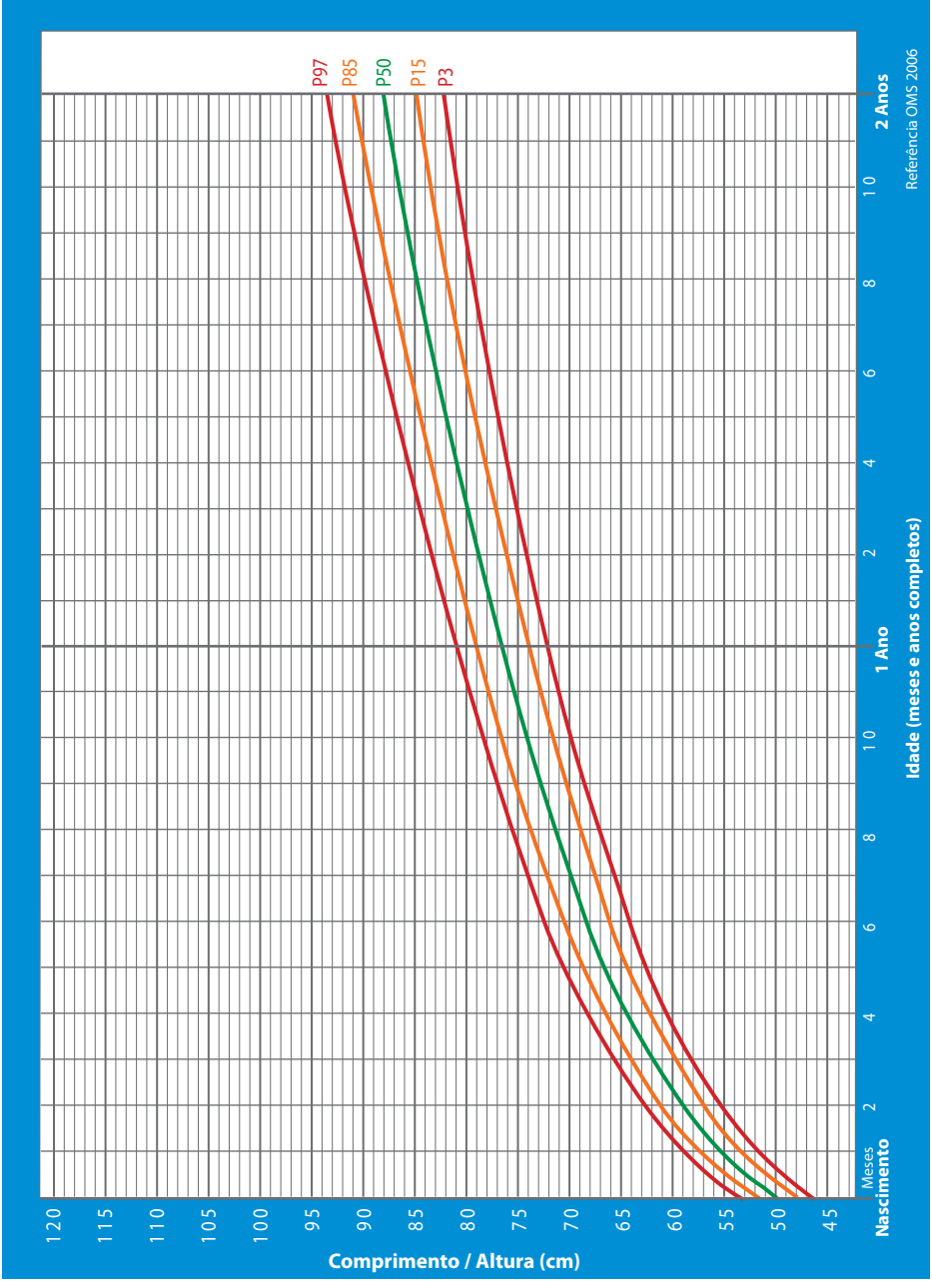
Perímetro cefálico para a idade em Meninas 0-2 Anos (Percentil)



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



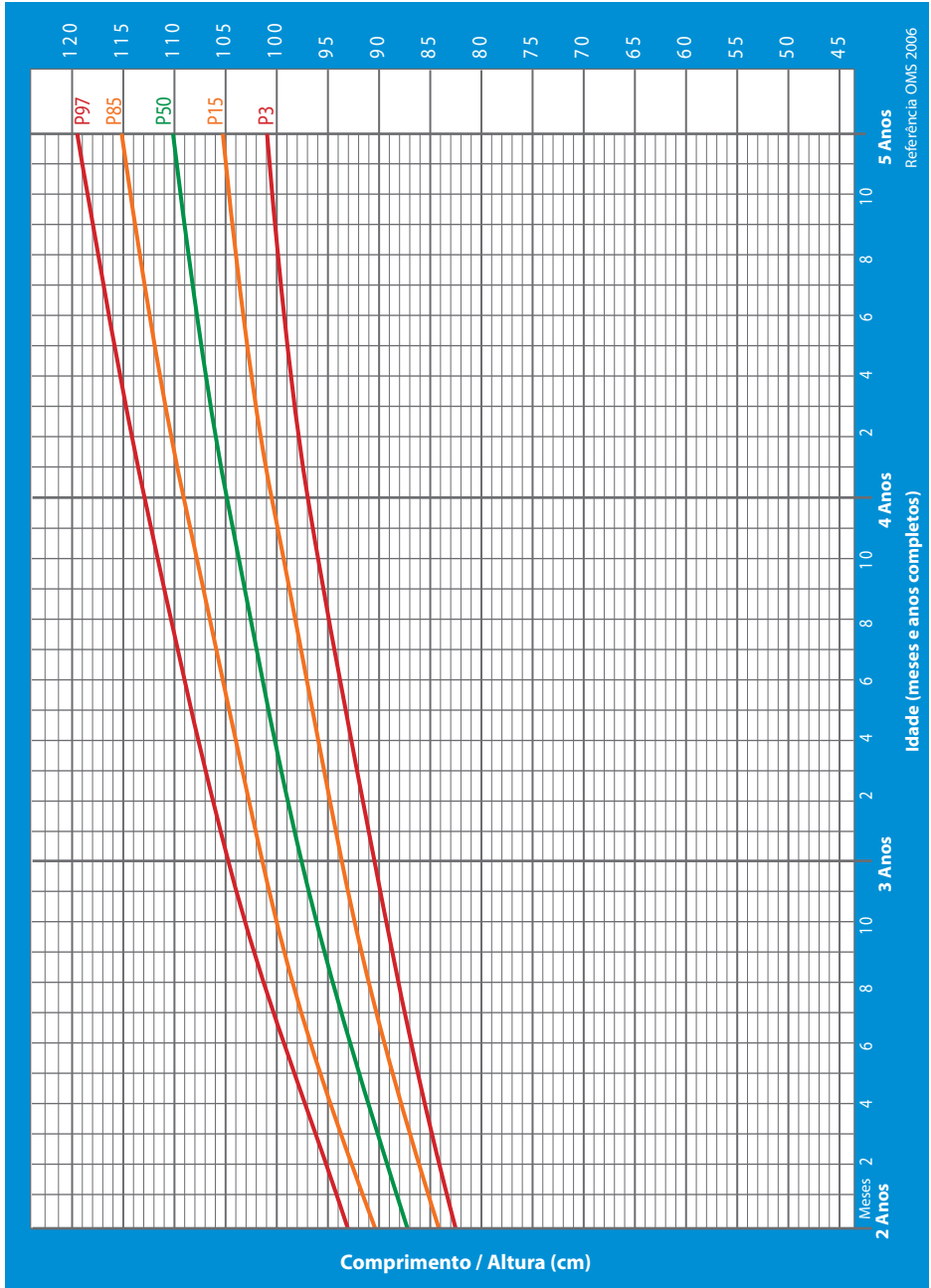
Comprimento para a idade em Meninos 0 a 2 anos (Percentil)



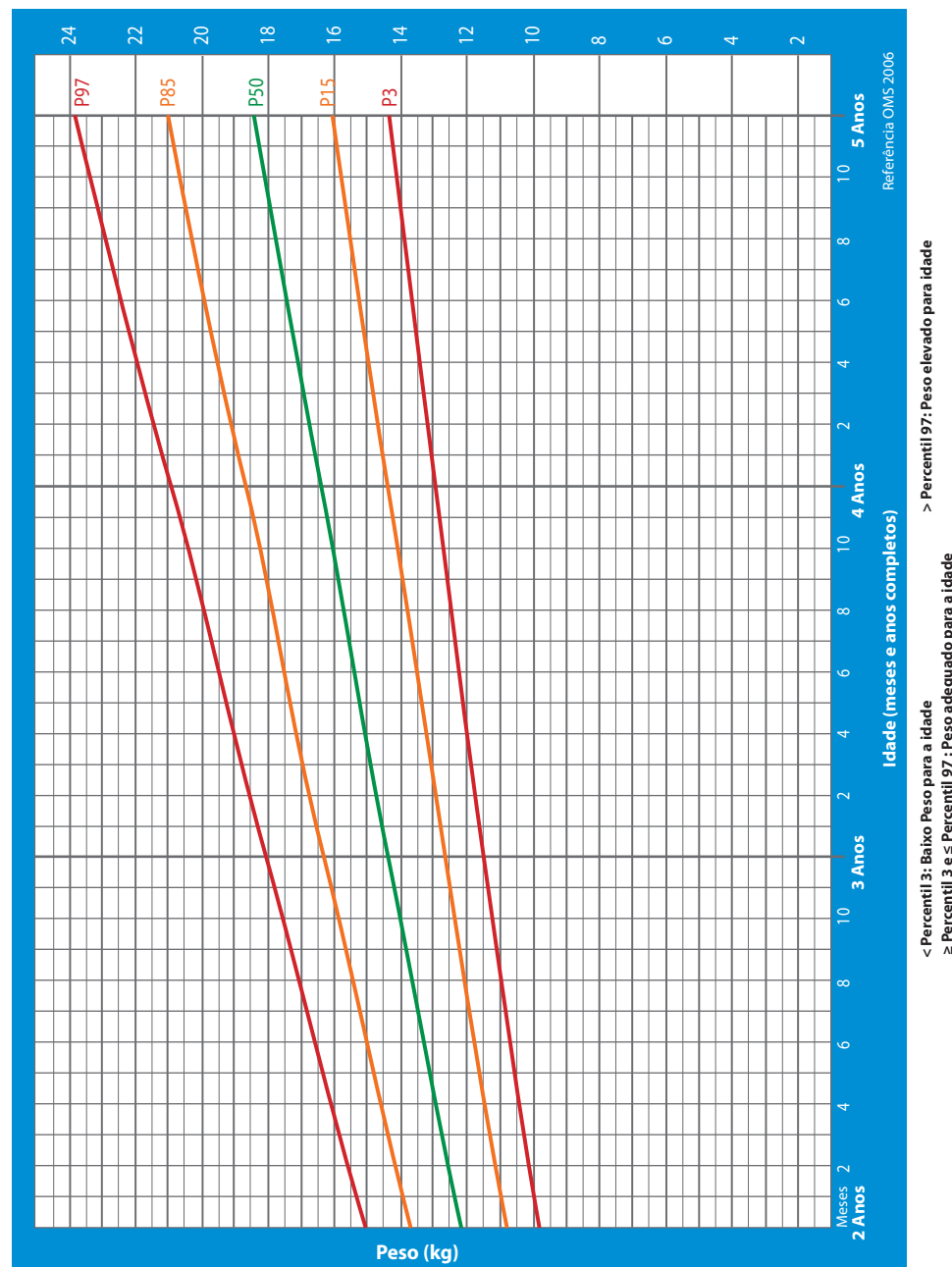
Peso para comprimento em Meninos 0 a 2 anos (Percentil)



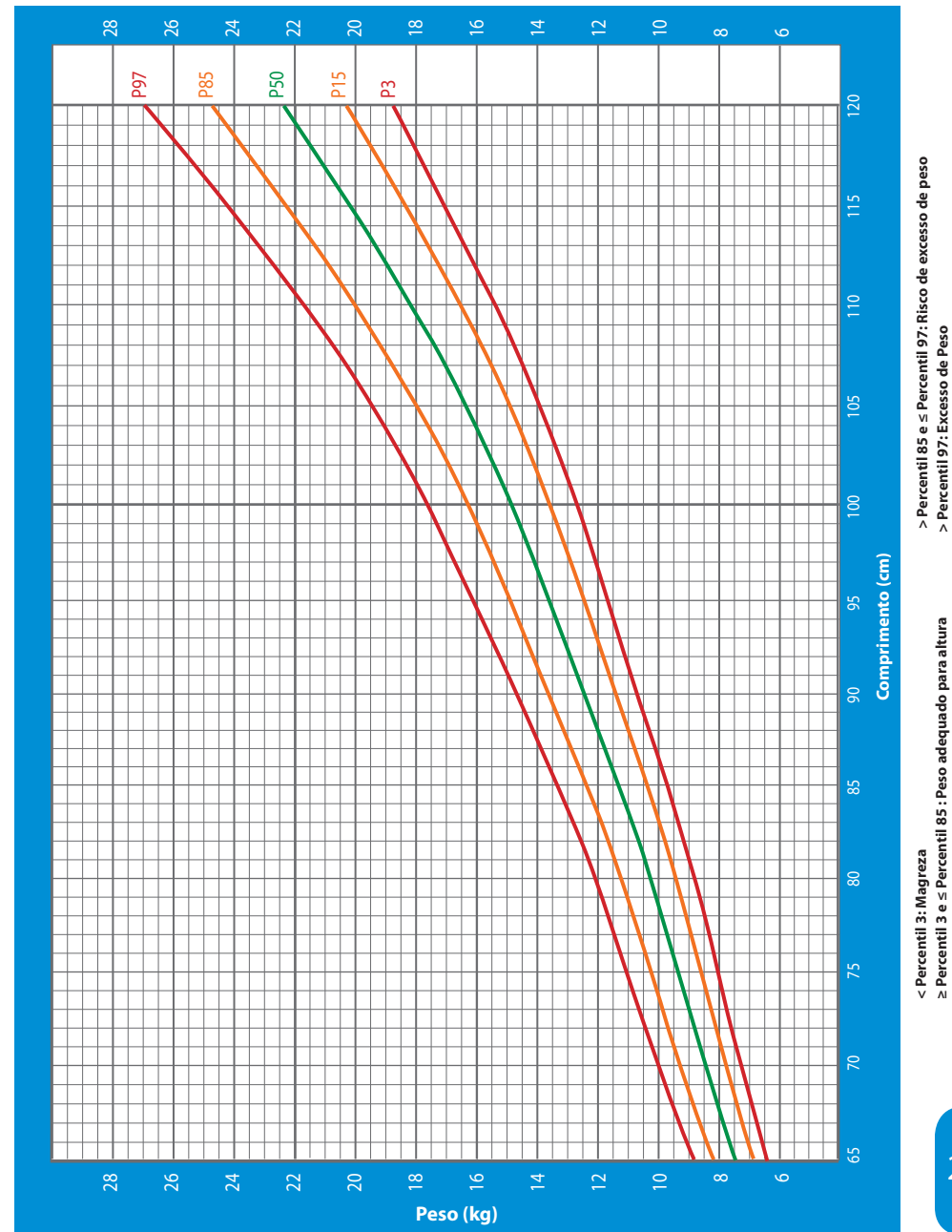
Altura para a idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)

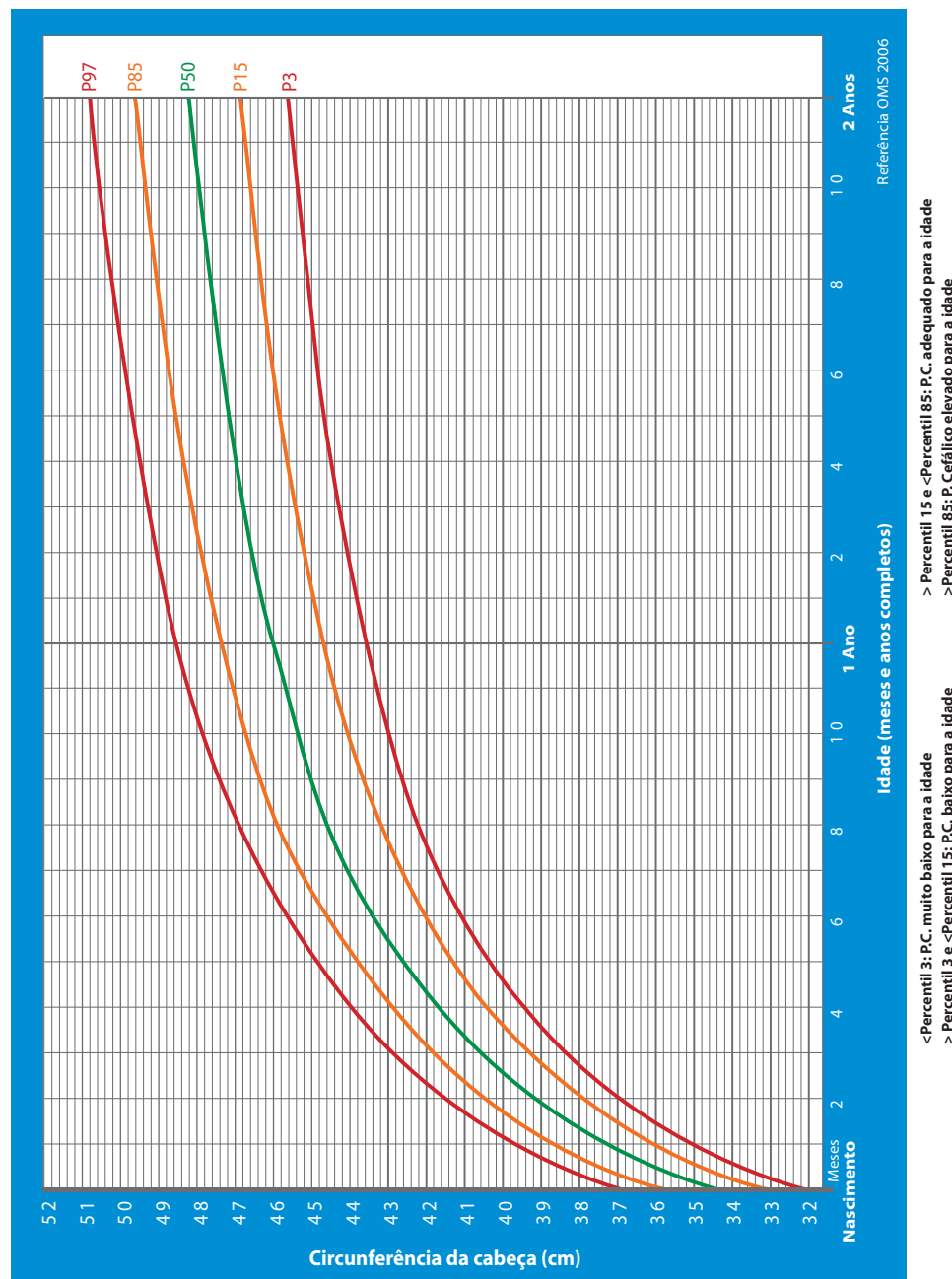


Peso para idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



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





A ser preenchido pelo profissional

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- | | |
|---|--|
| ☐ Peso | ☐ Higiene |
| ☐ Altura | ☐ Posição de deitar |
| ☐ Perímetro cefálico | ☐ Alimentação (AME) |
| ☐ Orofaringe | ☐ Hábitos intestinais e cólicas |
| ☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. | ☐ Acidentes e segurança |
| ☐ Tórax (coração) e região dorsal | ☐ Temperatura normal e febre |
| ☐ Aparelho Respiratório | ☐ Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde |
| ☐ Abdómen (umbigo) e ânus | ☐ Vacinação, reacções e complicações |
| ☐ Anca e períneo (Região Inguinal, Genitais) | ☐ Estimulação precoce do desenvolvimento em casa – repetir isto até os 24 meses |
| ☐ Pele, membros superiores e inferiores | |
| ☐ Desenvolvimento psicomotor (Reflexos) | |
| ☐ Verificar estado vacinal | |

Observações: _____

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

Gender	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Male	10%	15%	10%	20%	25%	20%	10%
Female	15%	20%	15%	25%	20%	10%	5%

[illegible]

CONSULTA DO 2º MÊS

Data: ____/____/____ **Idade:** _____ **Estrutura:** _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Peso | ☐ Verificar estado vacinal |
| ☐ Altura | ☐ Higiene |
| ☐ Perímetro cefálico | ☐ Posição de deitar |
| ☐ Orofaringe | ☐ Alimentação (AME) |
| ☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. | ☐ Hábitos intestinais e cólicas |
| ☐ Tórax (coração) e região dorsal | ☐ Acidentes segurança |
| ☐ Aparelho Respiratório | ☐ Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde |
| ☐ Abdómen (umbigo) | ☐ Vacinação, reações e complicações |
| ☐ Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus) | |
| ☐ Pele, membros superiores e inferiores | |
| ☐ Desenvolvimento psicomotor (Reflexos) | |

Observações:[illegible]

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

34

[illegible]

35

☐ Peso	☐ Verificar estado vacinal
☐ Altura	☐ Higiene
☐ Perímetro cefálico	☐ Posição de deitar
☐ Orofaringe	☐ Alimentação (AME)
☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc.	☐ Hábitos intestinais e cólicas
☐ Tórax (coração) e região dorsal	☐ Acidentes segurança
☐ Aparelho Respiratório	☐ Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
☐ Abdómen (umbigo)	☐ Vacinação, reações e complicações
☐ Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus)	
☐ Pele, membros superiores e inferiores	
☐ Desenvolvimento psicomotor (Reflexos)	

Observações:

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

CONSULTA DO 6º MÊS

Government	Percentage
Current government	80%
Previous government	20%

- ## CONSULTA DO 6º MÊS

Observações:

CONSULTA DO 6º MÊS

CONSULTA DO 6º MÊS

CONSULTA DO 9º MÊS

Data: ____/____/____ **Idade:** ____ **Estrutura:** ____

- | | |
|---|--|
| ☐ Peso | ☐ Verificar estado vacinal |
| ☐ Altura | ☐ Higiene |
| ☐ Perímetro cefálico | ☐ Posição de deitar |
| ☐ Orofaringe | ☐ Alimentação (AM) |
| ☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. | ☐ Hábitos intestinais e cólicas |
| ☐ Tórax (coração) e região dorsal | ☐ Acidentes segurança |
| ☐ Aparelho Respiratório | ☐ Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde |
| ☐ Abdómen (umbigo) | ☐ Vacinação, reações e complicações |
| ☐ Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus) | |
| ☐ Pele, membros superiores e inferiores | |
| ☐ Desenvolvimento psicomotor (Reflexos) | |

[illegible]

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

Age Group	Percentage of Respondents
18-29	85%
30-49	75%
50+	65%

40

CONSULTA DO 12º MÊS

[illegible]

- Observações:**

41

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

42

CONSULTA DO 15º MÊS

Response	Percentage
Doing a good job	70%
Not doing a good job	30%

- Observações:**

43

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

CONSULTA DO 18º MÊS

Data: ____/____/____ **Idade:** _____ **Estrutura:** _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Peso | ☐ Verificar estado vacinal |
| ☐ Altura | ☐ Higiene |
| ☐ Perímetro cefálico | ☐ Posição de deitar |
| ☐ Orofaringe | ☐ Alimentação (AM) |
| ☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. | ☐ Hábitos intestinais e cólicas |
| ☐ Tórax (coração) e região dorsal | ☐ Acidentes segurança |
| ☐ Aparelho Respiratório | ☐ Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde |
| ☐ Abdómen (umbigo) | ☐ Vacinação, reações e complicações |
| ☐ Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus) | |
| ☐ Pele, membros superiores e inferiores | |
| ☐ Desenvolvimento psicomotor | |

Observações:[illegible]

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

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

46

CONSULTA DO 24º MÊS

[illegible]

- Observações:**

47

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

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

48

CONSULTA DOS 3 ANOS

[illegible]

- Observações:**

49

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

50

CONSULTA DOS 4 ANOS

- Observações:**

51

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

CONSULTA DOS 5 ANOS

Data: ____/____/____ **Idade:** ____ **Estrutura:** ____ **IMC:** ____

- | | |
|---|--|
| ☐ Peso | ☐ Verificar estado vacinal |
| ☐ Estatura | ☐ Higiene |
| ☐ Tensão Arterial | ☐ Posição de deitar |
| ☐ Orofaringe | ☐ Alimentação |
| ☐ Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc. | ☐ Hábitos intestinais e cólicas |
| ☐ Tórax (coração) e região dorsal | ☐ Acidentes segurança |
| ☐ Aparelho Respiratório | ☐ Temperatura normal e febre Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde |
| ☐ Abdómen (umbigo) | ☐ Vacinação, reações e complicações |
| ☐ Anca e períneo(Região Inguinal, Genitais e ânus) | ☐ Psicodiagnóstico da criança |
| ☐ Pele, membros superiores e inferiores | ☐ Desparasitação (__/__/__) |
| ☐ Desenvolvimento psicomotor | |

Observações:[illegible]

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

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

54

CONSULTA DOS 6 ANOS

[illegible]

- 55

56

56

57

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

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

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

[illegible]58

Age Group	Very satisfied	Satisfied
18-29	10%	45%
30-49	5%	40%
50-69	5%	45%
70+	10%	50%
Overall	8%	45%

59

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos caracterizado pelo respectivo 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 econômica, além da integração em seu grupo social.

A puberdade e a consequente 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).

Lista de preocupações comuns dos Adolescentes

Problemas pubertários:

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.
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.

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

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

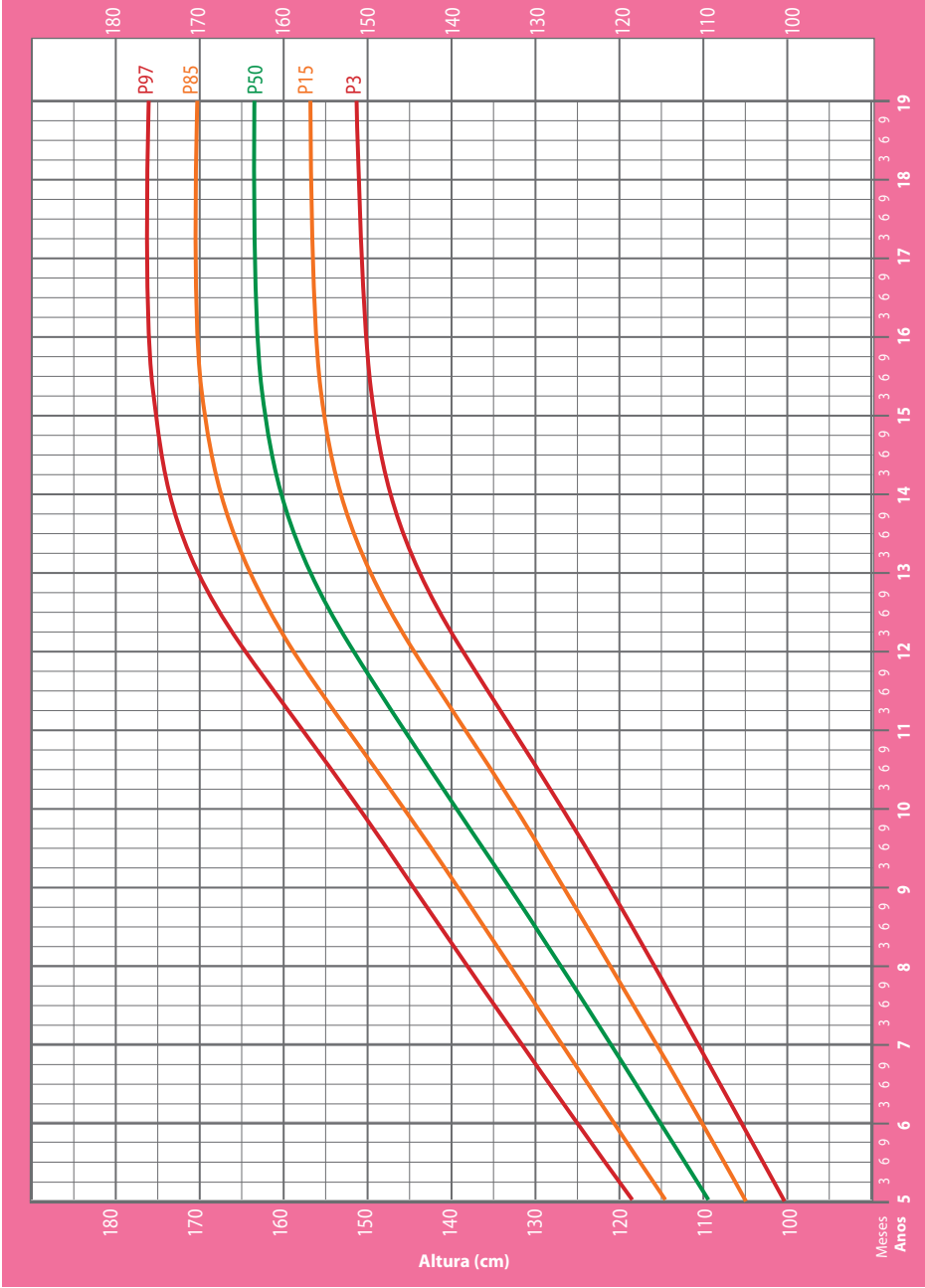
Os indicadores a serem usados são: Peso/ Idade, Altura/Idade e IMC/Idade de acordo com as curvas da OMS (2007).

Como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC).

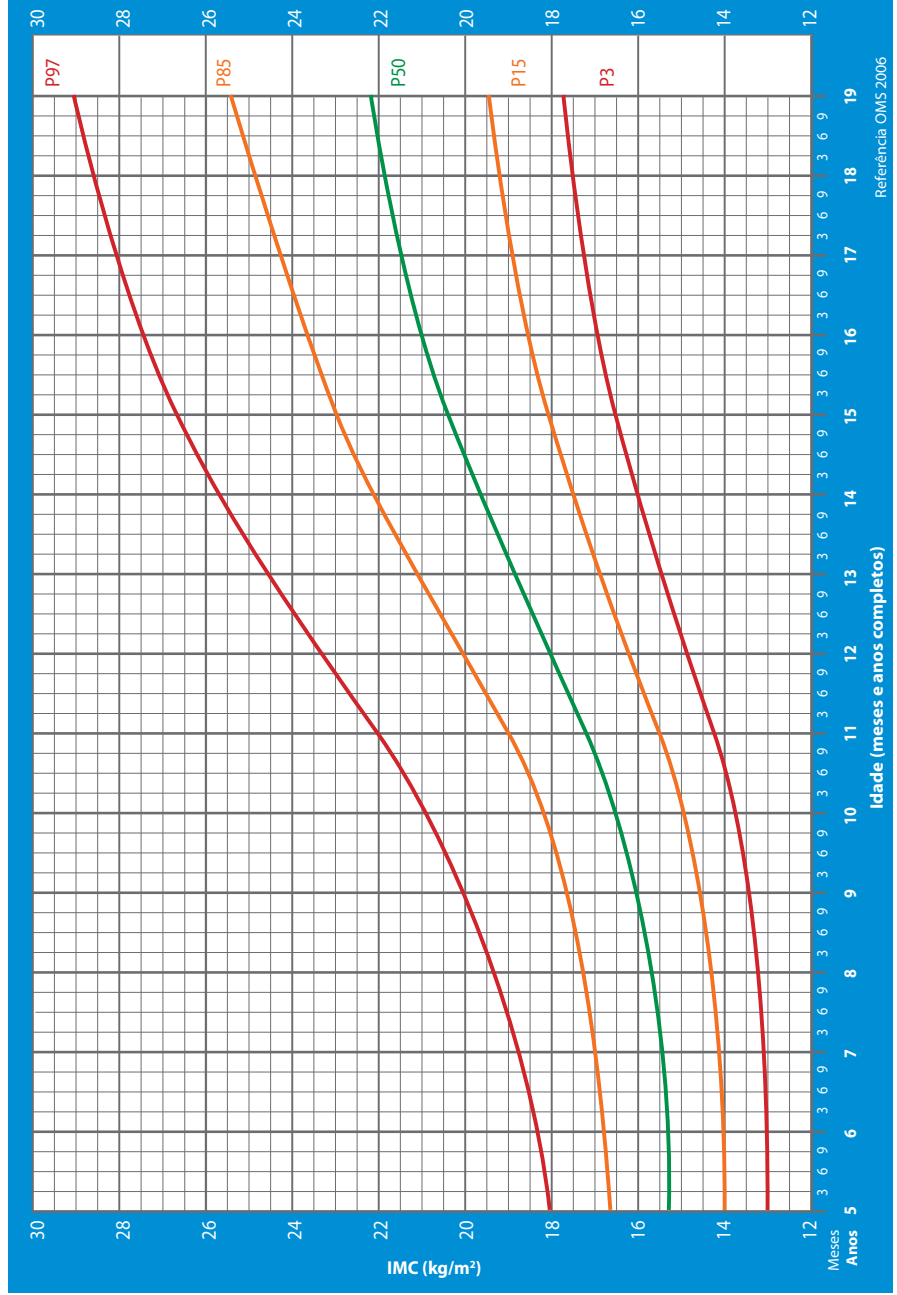
$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2$$

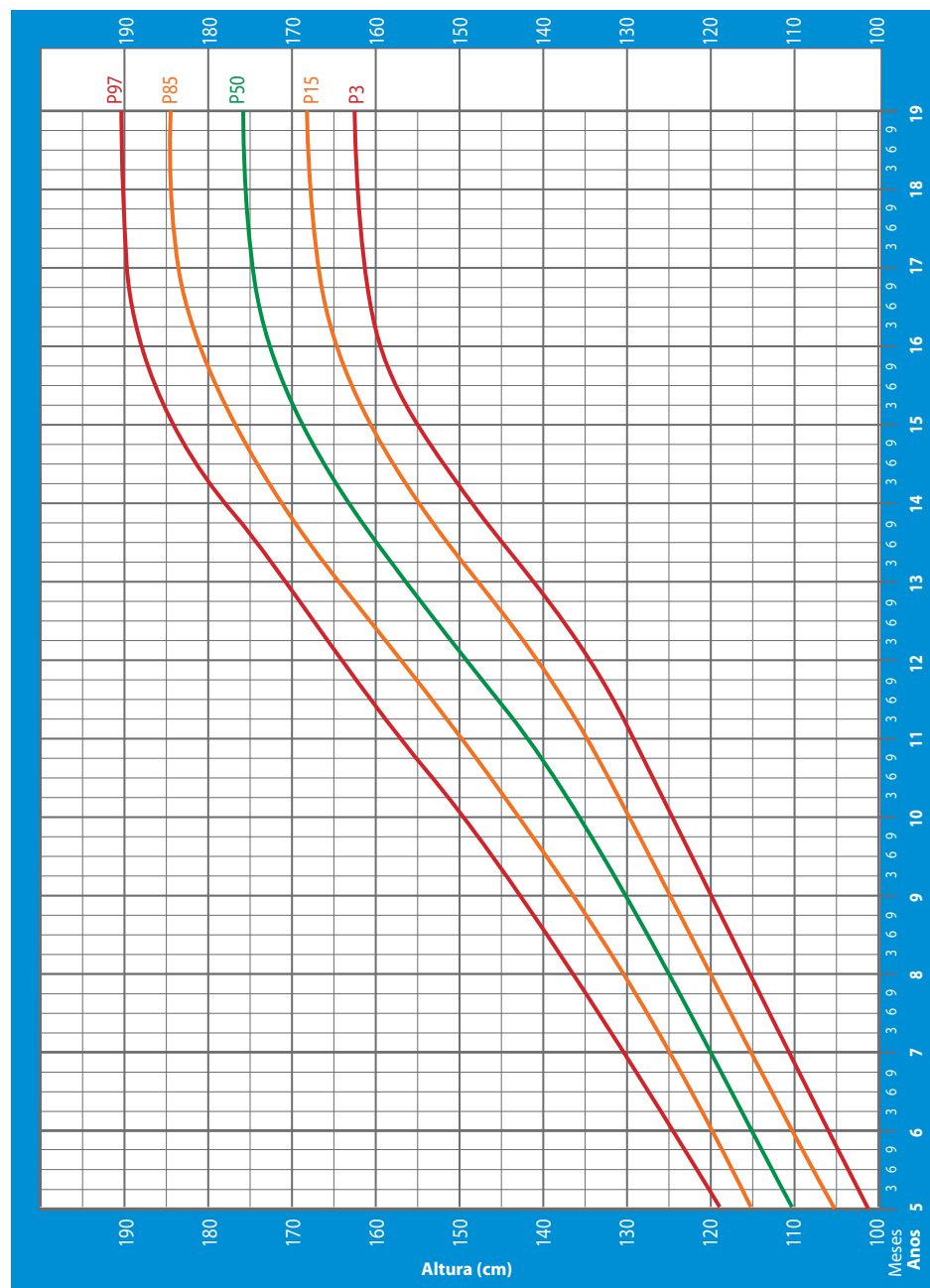
$$\text{Peso} / \text{Altura} \times \text{Altura}$$

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



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





CONSULTA DOS 10 ANOS

Data: ____/____/____ Idade: ____ Estrutura: ____

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

Temas de Consulta

- | | |
|---|---|
| ☐ Hábitos de sono, enurese noturna | ☐ Bullying |
| ☐ Alimentação adequada | ☐ Violência Familiar |
| ☐ Hábitos de leitura | ☐ Educação sexual |
| ☐ Hábitos de exercício físico, ar livre,
atividades de lazer e estímulo intelectual | ☐ Desenvolvimento Pubertário,
incluindo menarca |
| | ☐ Saúde Mental |

Observações:

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

**CONSULTAS E OBSERVAÇÕES
POR MOTIVO DE DOENÇAS**

70

CONSULTA DOS 13 ANOS

Age Group	Very satisfied	Satisfied
18-29	12%	38%
30-49	10%	40%
50-69	12%	42%
70+	15%	45%

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

72

72

73

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

☐ Hábitos de sono, enurese noturna	☐ Bullying
☐ Alimentação adequada	☐ Violência Familiar
☐ Hábitos de leitura	☐ Educação sexual
☐ Hábitos de exercício físico, ao livre, atividades de lazer e estímulo intelectual	☐ Desenvolvimento Pubertário, Saúde Mental

[illegible]

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

Data: ____/____/____ **Idade:** ____ **Estrutura:** ____

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

Temas de Consulta

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

Observações:[illegible]

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

CONSULTA DOS 19 ANOS

Data: ____/____/____ **Idade:** ____ **Estrutura:** ____

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

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

[illegible]

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

[illegible][illegible]

[illegible]