

Caderneta da Criança



PREFEITURA DA CIDADE DE

SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

Saúde no 1º ano de vida

Aos pais ou responsáveis

- Seu filho está tendo alta da maternidade e vai precisar muito que você o ajude a crescer e se desenvolver com saúde, comparecendo às consultas agendadas e seguindo atentamente as orientações recebidas.

- Não esqueça:

.. Manter o aleitamento materno

.. Comparecer e levar esta caderneta a todas as consultas

.. Trazer seu filho para vacinar nas datas marcadas são muito importantes para a saúde dele e só irão depender de você.

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data Nasc:

Local:

Mãe:

Pai:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Telefone:

Nº Cartão SUS:

Nº DNV:

NASCIMENTO

Tipo de parto:

APGAR 1 min: 5 min:

Idade Gestacional (sem) :

Peso: g

Comprimento: cm

P. Cefálico: cm

Tipo Sanguíneo:

T. Coombs:

Características maternas:

INTERNAÇÃO BERÇÁRIO

Setor:

Data Alta:

Idade:

Peso:

Diagnósticos:

Alimentação:

Vacinas: BCG – ID -

Hepatite B -

Avaliação oftalmológica:

	OD	OE
Reflexo vermelho: Presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duvidoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação auditiva:

SEGUIMENTO

1° RETORNO PÓS-ALTA

Data: **Idade:**

Peso:

Comprimento:

Perímetro Cefálico:

Alimentação:

Intercorrências:

Vacinações:

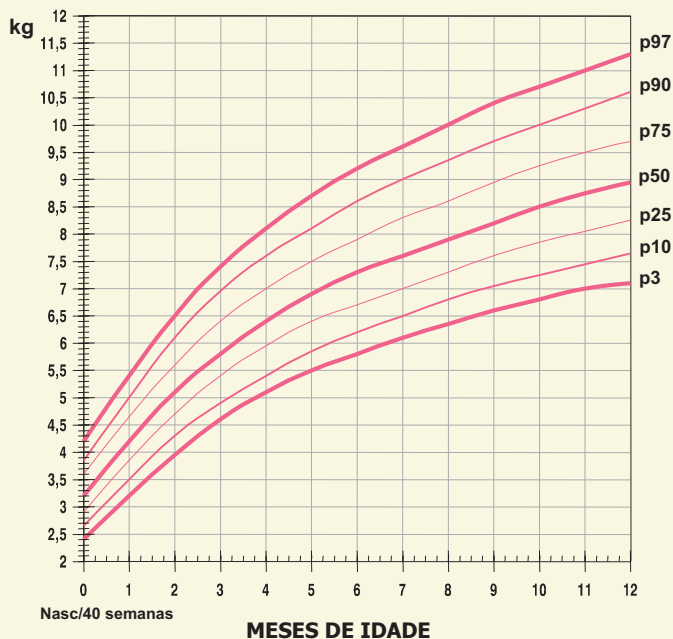
Triagem Metabólica Neonatal

Fenilcetonúria:

Hipotireoidismo:

Hemoglobinopatia:

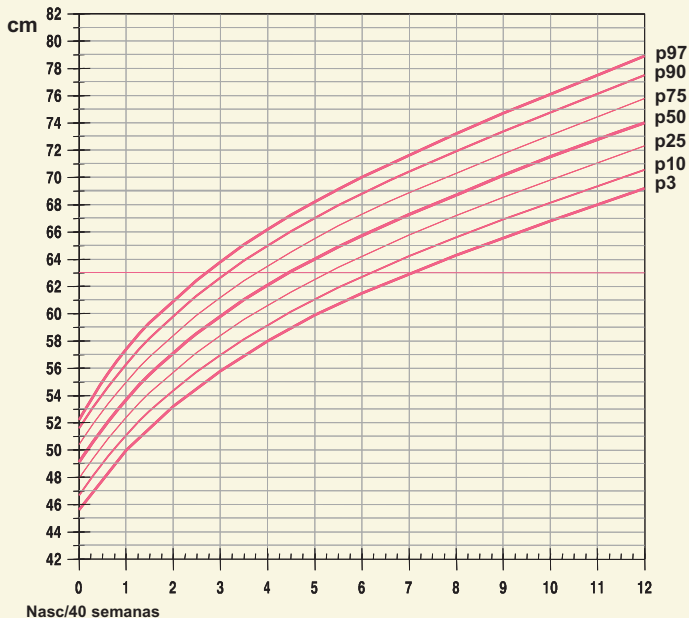
PESO MENINA*



Data	Idade	Peso	Comp	P.Cefal.	Obs
	Nasc/40 sem				

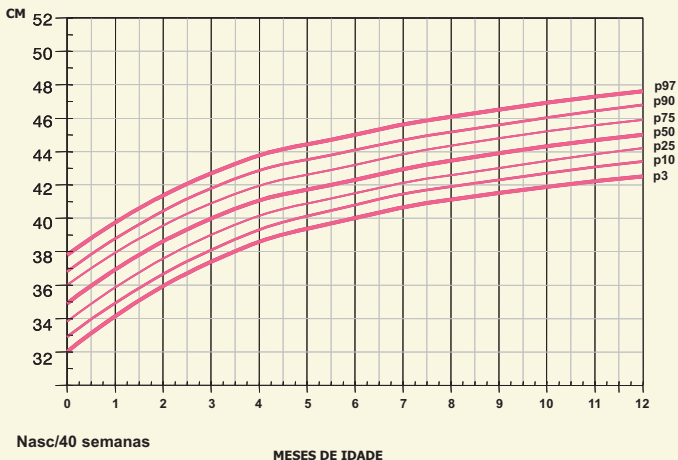
*Adaptado de WHO Child Growth Standards, 2006
 (<http://www.who.int/childgrowth/standards>)

COMPRIMENTO MENINA*



*Adaptado de WHO Child Growth Standards, 2006
(<http://www.who.int/childgrowth/standards>)

PERÍMETRO CEFÁLICO* MENINA



* Adaptado NCHS/CDC 2000

AVALIAÇÃO

NEUROLÓGICA/DESENVOLVIMENTO

Data: **Idade: 1 mês**

Resultado:

Data: **Idade:3 meses**

Resultado:

Data: **Idade:6 meses**

Resultado:

Data: **Idade:12 meses**

Resultado:

AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Data:

Idade: 6 meses

	OD	OE
Reflexo vermelho: Presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duvidoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data:

Idade: 12 meses

	OD	OE
Reflexo vermelho: Presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duvidoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS

Data	Diagnóstico e Tratamento

VACINAÇÃO NO 1º ANO

VACINAS	1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose
Hepatite B	Ao nascer	1 mês	6 meses	9 a 12 meses****
BCG-Id	Ao nascer			
Poliomielite	2 meses	4 meses	6 meses	
Tetraivalente (DTP+ Hib)*	2 meses	4 meses	6 meses	
Febre Amarela	9 meses***			
Tríplice Viral (SCR)**	12 meses			
Rotavírus	2 meses	4 meses		

* DTP+Hib: vacina contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Infecções invasivas causadas pelo Haemophilus influenza tipo B.

** SCR: vacina contra sarampo, caxumba e rubéola.

*** Somente para crianças que residem ou irão viajar para área endêmica.

**** Somente para recém-nascidos pré-termo < 34 semanas ou recém-nascido com peso de nascimento 2000g e que receberam a 1ª dose na maternidade.

Obs: A partir de 2006 estará disponível na rede, a vacina contra rotavírus

INTERCORRÊNCIAS

Data	Diagnóstico e Tratamento

Manter o aleitamento materno será a sua contribuição para que seu filho..

..cresça mais tranquilo e seguro, fortalecendo seus vínculos afetivos

..receba uma nutrição mais adequada a suas necessidades

...tenha menor risco de ter infecções e doenças na vida adulta, como a hipertensão arterial, doença cardiovascular e diabetes não insulino-dependente

...tenha uma melhor qualidade de vida no futuro, com maior capacidade intelectual.

mãe  paulistana

mãe  paulistana