

CADERNETA DE SAÚDE MENINO



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Carlos Massa Ratinho Junior
Governador do Paraná

Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde

César Augusto Neves Luiz
Diretor-geral

Maria Goretti David Lopes
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

Fernanda Crosewski
Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Alessandra Simões da Costa
Gisella Sanches Henle Piassetta
Mariana Watanabe Ribeiro
Sirleni Brito dos Santos da Silva
Equipe Colaboradora

Juliana Scheller
Diagramação visual - Núcleo de Comunicação Social

2ª Edição
2024

SECRETARIA DA SAÚDE - Rua Piquiri, 170 - Rebouças - Curitiba - PR

PARABÉNS! ACABA DE NASCER UM PARANAENSE.

O acesso da criança e de sua família à saúde é um direito garantido pela constituição!

A caderneta da criança é um documento importante e único no qual devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. Ao registrarem as informações na Caderneta da Criança, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

- Sempre que levar a criança aos serviços de saúde, e em todas as campanhas de vacinação, leve também a Caderneta da Criança.
- converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça orientações para que a criança cresça e se desenvolva bem.
- Solicite ao profissional de saúde que preencha a Caderneta da Criança. Esse é um direito da família e da criança.

Esta caderneta traz orientações sobre os cuidados com a criança para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável.

Maternidade de nascimento: _____

Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Nº do Prontuário na Unidade de Saúde: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): _____

Nº do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Nº do Cartão do SUS: _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? Nº _____

ATENÇÃO: LEVE SEU FILHO A UM SERVIÇO DE SAÚDE 2 A 3 DIAS APÓS A ALTA DA MATERNIDADE OU DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Espaço reservado para carimbar o pezinho do bebê

Identificação da Criança

Nome: _____
 Data de nascimento: _____ Município onde nasceu: _____
 Nome da Mãe: _____
 Nome do Pai: _____
 Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro: _____
 () Instituição de acolhimento: _____
 Endereço: Rua/Av.: _____
 Nº Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 Localização do domicílio: () Urbano () Rural
 Ponto de referência: _____
 Contato: Tel. () _____
 E-mail: _____
 Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Informações Sociodemográficas Familiares

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha
 () Imigrante: _____ () Família em situação de rua
 () Família indígena residente em aldeia/reserva
 Especifique o povo/etnia: _____
 Residentes na casa: _____ Adultos _____ Crianças

Escolaridade Materna:

() Analfabeta () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo () Pós graduação

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo () Entre 1 e 2 salários mínimos
 () Entre 3 e 5 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos

Uso de substâncias que geram dependência em algum familiar:

() Não () Sim Grau de parentesco: _____
 () Mora com a criança
 () Álcool () Cigarro () Drogas () Outros _____
 Caso assinale a opção cigarro e/ou álcool, observar os testes T-ACE e de Fagerström na caderneta da gestante.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ Estado: _____
Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____
Ponto de referência: _____
Contato: Tel. () _____ E-mail: _____
Esta criança é acompanhada por: _____
UBS/ESF: _____
Serviço de Saúde: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ Estado: _____
Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____
Ponto de referência: _____
Contato: Tel. () _____ E-mail: _____
Esta criança é acompanhada por: _____
UBS/ESF: _____
Serviço de Saúde: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ Estado: _____
Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____
Ponto de referência: _____
Contato: Tel. () _____ E-mail: _____
Esta criança é acompanhada por: _____
UBS/ESF: _____
Serviço de Saúde: _____

Dados da Gestação

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____

Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10)

	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Vacinas no pré-natal		
Agravos	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	SIM	NÃO	
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
Z21	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()	*esquema completo		

Intercorrências Maternas na gravidez e parto:

Dados do Nascimento

Nascido às _____ horas do dia ____/____/____

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Contato pele a pele de pelo menos 60 minutos: () Não () Sim

Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: ____ 5º min: ____

Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ___ Semanas e ___ dias () DUM () USG () Exame RN. Qual? _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm PC: _____ cm

Adequação peso/IG: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftalmica () Não () Sim

Hemorrágica (vit. K) () Não () Sim

Exame físico detalhado do recém-nascido

O exame deve ser feito nas primeiras 48h de vida

TÔNUS	MOVIMENTAÇÃO			PELE	
<input type="checkbox"/> Extensão dos quatro membros	<input type="checkbox"/> normal		Lesões/Manchas	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Flexão MMSS e extensão de MMII	<input type="checkbox"/> hipocinética		Cor	<input type="checkbox"/> pálida	<input type="checkbox"/> rosada
<input type="checkbox"/> Flexão dos quatro membros	<input type="checkbox"/> hipercinética		Obs:		
<input type="checkbox"/> Outras (descrever)	Sinais	Sim	Não	Cianose	Icterícia
	Tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> ausente
	Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> localizada	<input type="checkbox"/> leve
	Paralisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> generalizada	<input type="checkbox"/> intensa

CABEÇA E PESCOÇO					
Fontanela Anterior		Sim	Não	Narinas	Cavidade Bucal
Tamanho:	Cefalohematomma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normal
	Bossa serosanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormal
Tensão	Suturas	Marca fórceps		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normais				
<input type="checkbox"/> hipertensa	<input type="checkbox"/> acavaladas	Olhos	Pupilas	Pescoço	Pavilhões Auriculares
<input type="checkbox"/> deprimida	<input type="checkbox"/> afastadas	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normais
Obs:	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> anormais	

AVALIAÇÃO DO FREIO LINGUAL	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterado

TÓRAX					
Clavículas		Aparelho Respiratório		Aparelho Cardiovascular	
<input type="checkbox"/> normais		Frequência Respiratória	_____ rpm	Frequência Cardíaca	_____ bpm
<input type="checkbox"/> anormais		Ritmo	Ausculta	Ritmo	Ausculta
		<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Sim
Obs:	<input type="checkbox"/> irregular	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> irregular	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> Não
	Obs:		Obs:		

ABDOME								
Fígado	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	Eliminação de Mecônio	Genitourinário				
Baço	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Urinou		Genitais Externos		Meato
Lojas Lombares	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	Características		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	
Coto Umbilical	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal			<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> anormal	
Ânus	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	Obs:					
Obs:								

OSTEOARTICULAR					
Manobra de Ortolani		Membros Superiores	Membros Inferiores		
<input type="checkbox"/> Positiva		<input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> anormais	<input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> anormais	P脉os Braquiais	<input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> anormais
<input type="checkbox"/> Negativa				<input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> anormais	
<input type="checkbox"/> Duvidosa		Obs:	Obs:		<input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> anormais
Obs:					

Os testes de triagem neonatal devem ser realizados antes da alta ou transferência da maternidade.

1.Triagem neonatal

A. TRIAGEM CARDIOLÓGICA

Oximetria de pulso

Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade entre 24h e 48h de vida conforme orientação do Ministério de Saúde.

() Não Realizado () Realizado em: ___/___/___

() Normal () Alterado

Se alterado, repetir após uma hora e caso alterado novamente, deve ser solicitado o parecer do cardiologista e/ou a realização do ecocardiograma*. Ministério da Saúde orienta não dar alta até esclarecimento diagnóstico.

* Obs: Conforme Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, em caso de SpO₂ entre 90 e 94% ou ≠ entre MSD e MMI ≥ 4%, o teste deve ser realizado novamente após uma hora por até duas vezes e persistindo a alteração ou se SpO₂ < 89% no primeiro teste, deve-se realizar avaliação neonatal e cardiológica completa (exame clínico e ecocardiograma).

Ecocardiograma realizado em: ___/___/___

Resultado e conduta: _____

C. TRIAGEM BIOLÓGICA

Teste do pezinho

Deve ser realizado entre 48h de vida e 5º dia de vida do bebê e antes da alta/transferência.

() Não realizado

() Realizado em: ___/___/___

Quando necessário reteste, informar a data e estabelecimento de saúde responsável pela nova coleta:

DATA ___/___/___ Estabelecimento de Saúde:

DATA ___/___/___ Estabelecimento de Saúde:

Não esqueça de grampear
o comprovante do exame
na 1ª página

B. TRIAGEM OFTALMOLÓGICA

Teste do reflexo vermelho

Teste do olhinho

Deve ser realizado antes da alta da maternidade.

() Não realizado () Realizado em ___/___/___

Olho Direito: () Normal () Alterado

Olho Esquerdo: () Normal () Alterado

Obs/Encaminhamento: _____

Os resultados de teste do reflexo vermelho positivos em recém-nascidos deverão ser encaminhados para cirurgia, em prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do resultado do exame. Lei 14.601/2004.

Fundo de olho: () Não realizado

() Normal Data: ___/___/___

() Alterado Data: ___/___/___

Conduta: _____

D. TRIAGEM AUDITIVA

Teste da orelhinha

Deve ser realizado preferencialmente na maternidade entre 24 e 48h de vida e no máximo, durante o 1º mês de vida.

Em caso de crianças com Ilda, iniciar triagem pelo Peate.

() Não realizado

() EOAE () Peate Realizado em: ___/___/___

OD: () Normal () Alterado

OE: () Normal () Alterado

Se alterado, realizar 2º. Realizado em: ___/___/___

OD: () Normal () Alterado

OE: () Normal () Alterado

Se alterado, realizar Peate. Realizado em: ___/___/___

OD: () Normal () Alterado

OE: () Normal () Alterado

Reteste deve ser realizado no período de até 30 dias após o 1º Peate alterado.

2º Peate realizado em: ___/___/___

OD: () Normal () Alterado

OE: () Normal () Alterado

Se Peate alterado, encaminhar para avaliação com Otorrinolaringologista.

Conduta: _____

EOAE: Emissões Otoacústicas Evocadas.

Peate: Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, também conhecido como BERA

Após os exames complementares, a criança deverá ser submetida, quando necessário, ao processo de habilitação, adaptando-se o aparelho auditivo até o 6º mês de vida, conforme lei 14.588 de 2004.

Permanência do RN em hospital após 48h de vida:

() Não () Sim

Onde? () UTIN () UCINCo () UCINCa () Alojamento Conjunto

Motivo da internação: _____

Exames complementares realizados durante o internamento: _____

USG cerebral: () Não realizado
 () Realizado em: ____/____/
 () Normal
 () Alterado

Achado/Conduta: _____

Demais exames realizados: _____

Resumo de alta (pode ser escrito ou grampeado o resumo nessa página): _____

Plano Terapêutico Singular para compartilhamento do cuidado com a Atenção Primária:

Data da alta: ____/____/____ Peso na alta: _____ g

Alimentação:

() Leite materno exclusivo
 () Leite materno e leite artificial
 () Leite artificial

Estratificação de risco ao nascer:

() Risco habitual
 () Risco intermediário
 () Alto risco

Acompanhamento de Puericultura

Consulta da 1^a Semana Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada até o 5º dia pós alta hospitalar no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo (LME)
- () Leite materno e leite artificial (LM+LA)
- () Leite artificial (LA) _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

3. Sinais de alerta

- | | |
|--|-----------------|
| Coto umbilical infecionado | () Não () Sim |
| Icterícia | () Não () Sim |
| Diarreia/Vômitos | () Não () Sim |
| Dificuldades para respirar | |
| (FR>60 ou <30) | () Não () Sim |
| Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Hipotermia ($<36,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Convulsões ou movimentos anormais | () Não () Sim |
| Ausculta cardíaca alterada | () Não () Sim |
| Cianose | () Não () Sim |
| Outros: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

4. Vacinas

Registrar a aplicação no quadro da págs. 56 e 57

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação da bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com a bebê.

6. Estratificação de risco:

- () Risco habitual
- () Risco intermediário
- () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida.

Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 1º Mês Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm IMC*: _____

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34.

2. Triagem neonatal – Resumo

	Realizado		Resultado		Encaminhado	AB - Atenção Básica; CER-Centro Especializado em Reabilitação; SSA - Serviço de Saúde Auditiva; SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico,Auditivo, Outros).
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB CER SSA SSE	
Pezinho						
Orelhinha - Exame auditivo						
Olhinho - Reflexo olho vermelho						
Coraçöinho						

3. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Sinais de alerta

- | | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Secreção nasal | () Não () Sim |
| Cólica/Engasgos | () Não () Sim |
| Diarréia/Constipação | () Não () Sim |
| Vômitos/Golfadas | () Não () Sim |
| Dificuldades para respirar | () Não () Sim |
| (FR>60 ou <30) | () Não () Sim |
| Febre (≥37,5°C) | () Não () Sim |
| Hipotermia (<36,5°C) | () Não () Sim |
| Convulsões ou movimentos anormais | () Não () Sim |
| Outros: | _____ |

5. Exame ocular

- | | |
|------------------------|-----------------|
| Abertura ocular normal | () Não () Sim |
| Pupilas normais | () Não () Sim |
| Estrabismo | () Não () Sim |
| Segue com o olhar | () Não () Sim |

6. Verificações importantes

- Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
- Verificar os quadros das pág. 54 à 57

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

- () Adequado para idade
() Alerta para o desenvolvimento
() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Tempo de sono em 24 horas _____
Posição no sono _____
Funcionamento do intestino e cólicas _____
Higiene e cuidados gerais _____
Sinais de violências/negligências _____
Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mama da para aconchegar e conversar com o bebê.

10. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

- () Risco habitual () Risco intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida.
Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.
Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 2º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm IMC*: _____

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
 - () Leite materno e leite artificial
 - () Leite artificial _____
- Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

3. Sinais de alerta

- | | |
|--|-----------------|
| Secreção nasal | () Não () Sim |
| Cólica/Engasgos | () Não () Sim |
| Diarreia/Constipação | () Não () Sim |
| Vômitos/Golfadas | () Não () Sim |
| Dificuldades para respirar | () Não () Sim |
| (FR>60 ou <30) | () Não () Sim |
| Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Hipotermia ($<36,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Convulsões ou movimentos anormais | () Não () Sim |
| Outros: _____ | |

4. Exame ocular

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Abertura ocular normal | () Não () Sim |
| Pupilas normais | () Não () Sim |
| Estrabismo | () Não () Sim |
| Segue com o olhar | () Não () Sim |
| TRV | () Normal () Alterado |

Todos os recém-nascidos devem ser submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho (TRV) antes da alta da maternidade e pelo menos 2-3 vezes/ano nos 3 primeiros anos de vida. Se nessa fase for detectada qualquer alteração, a criança precisa ser encaminhada para esclarecimento diagnóstico e conduta precoce em unidade especializada.

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

- () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempo de sono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre a saúde bucal do bebê:

higiene bucal _____

Uso de bico ou chupeta () Não () Sim

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

- () Adequado para idade
- () Alerta para o desenvolvimento
- () Provável atraso no desenvolvimento

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

- () Risco habitual
- () Risco intermediário
- () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 3º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm IMC*: _____

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
 - () Leite materno e leite artificial
 - () Leite artificial _____
- Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

3. Sinais de alerta

- | | |
|--|-----------------|
| Secreção nasal | () Não () Sim |
| Cólica/Engasgos | () Não () Sim |
| Diarreia/Constipação | () Não () Sim |
| Vômitos/Golfadas | () Não () Sim |
| Dificuldades para respirar
(FR>60 ou <30) | () Não () Sim |
| Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Hipotermia ($<36,5^{\circ}\text{C}$) | () Não () Sim |
| Convulsões ou movimentos anormais | () Não () Sim |
| Outros: _____ | |

4. Exame ocular

- | | |
|------------------------|-----------------|
| Abertura ocular normal | () Não () Sim |
| Pupilas normais | () Não () Sim |
| Estrabismo | () Não () Sim |
| Segue com o olhar | () Não () Sim |

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

() Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempo de sono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre a saúde bucal do bebê:
higiene bucal _____

Uso de bico ou chupeta () Não () Sim

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Avalie a presença dos marcos nas pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

() Risco habitual

() Risco intermediário

() Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 4º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm IMC*: _____

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
- () Leite materno e leite artificial
- () Leite artificial

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

3. Sinais de alerta

Secreção nasal	() Não () Sim
Cólica/Engasgos	() Não () Sim
Diarreia/Constipação	() Não () Sim
Vômitos/Golfadas	() Não () Sim
Dificuldades para respirar	
(FR>60 ou <30)	() Não () Sim
Febre (≥37,5°C)	() Não () Sim
Hipotermia (<36,5°C)	() Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais	() Não () Sim
Outros:	_____

4. Exame ocular

Abertura ocular normal	() Não () Sim
Pupilas normais	() Não () Sim
Estrabismo	() Não () Sim
Segue com o olhar	() Não () Sim

5. Verificações importantes

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

Vacinas de acordo com o calendário

() Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempodesono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cíclicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre a saúde bucal do bebê:

higiene bucal _____

Uso de bico ou chupeta () Não () Sim

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

() Risco habitual

() Risco intermediário

() Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 5º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm IMC*: _____

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 30 e para criança a termo pág. 31 à 34

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
- () Leite materno e leite artificial
- () Leite artificial _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

3. Sinais de alerta

- | | |
|--|-----------------|
| Secreção nasal | () Não () Sim |
| Cólica/Engasgos | () Não () Sim |
| Diarreia/Constipação | () Não () Sim |
| Vômitos/Golfadas | () Não () Sim |
| Dificuldades para respirar
(FR>60 ou <30) | () Não () Sim |
| Febre (>37,5°C) | () Não () Sim |
| Hipotermia (<36,5°C) | () Não () Sim |
| Convulsões ou movimentos anormais | () Não () Sim |
| Outros: _____ | |

4. Exame ocular

- | | |
|------------------------|-----------------|
| Abertura ocular normal | () Não () Sim |
| Pupilas normais | () Não () Sim |
| Estrabismo | () Não () Sim |
| Segue com o olhar | () Não () Sim |

5. Verificações importantes

Verificar os quadros das pág. 54 à 57

Vacinas de acordo com o calendário

() Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____

Tempo de sono _____

Troca de posição durante o dia _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Orientações sobre a saúde bucal do bebê:

higiene bucal _____

Uso de bico ou chupeta () Não () Sim

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

9. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas nestes primeiros meses. Fique atento aos riscos.

() Risco habitual

() Risco intermediário

() Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 6º Mês ____/____/____

1. Medidas

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC*: ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia?

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual?

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 42 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Teste Do Reflexo Vermelho

() Normal () Alterado Observação: _____

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

7. Laços de afeto

8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 7º Mês ____/____/____

1. Medidas

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC*: ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia?

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual?

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 8º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC*: ____
 *Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia	() Não	() Sim
Vômitos	() Não	() Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	() Não	() Sim
Sibilâncias	() Não	() Sim
Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30)	() Não	() Sim
Convulsões ou tremores	() Não	() Sim
Outros:	_____	

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

- () Adequado para idade
- () Alerta para o desenvolvimento
- () Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário	() Não	() Sim
Suplementação de Fe/micronutrientes	() Não	() Sim
Suplementação de vitamina A	() Não	() Sim
Acompanhamento odontológico	() Não	() Sim
Acidentes domésticos	() Não	() Sim
Sinais de violências/negligências	_____	
_____	_____	

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 9º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC*: ____
 *Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia	() Não	() Sim
Vômitos	() Não	() Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	() Não	() Sim
Sibilâncias	() Não	() Sim
Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30)	() Não	() Sim
Convulsões ou tremores	() Não	() Sim
Outros:	_____	

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

- () Adequado para idade
- () Alerta para o desenvolvimento
- () Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário	() Não	() Sim
Suplementação de Fe/micronutrientes	() Não	() Sim
Suplementação de vitamina A	() Não	() Sim
Acompanhamento odontológico	() Não	() Sim
Acidentes domésticos	() Não	() Sim
Sinais de violências/negligências	_____	
_____	_____	

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 10º Mês ____/____/____

1. Medidas

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC* ____
*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (\geq 37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 11º Mês ____/____/____

1. Medidas

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC* ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade?

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (\geq 37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 12º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm IMC* ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Teste Do Refresco Vermelho

() Normal () Alterado Observação: _____

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

7. Laços de afeto

8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 15º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm IMC* ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 18º Mês ___/___/___

1. Medidas

PC*: ___ cm Peso*: ___ g Comprimento*: ___ cm IMC*: ___

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Teste Do Reflexo Vermelho

() Normal () Alterado Observação: _____

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

7. Laços de afeto

8. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 21º Mês ___/___/___

1. Medidas

PC*: ___ cm Peso*: ___ g Comprimento*: ___ cm IMC*: ___

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 44 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. **Intermediário:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Consulta do 24º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC* ____

*Anotar nos gráficos das páginas 31 à 34.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Teste Do Reflexo Vermelho

() Normal () Alterado Observação: _____

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

Consulta do 36º Mês ____/____/____**1. Medidas**

PC*: ____ cm Peso*: ____ g Comprimento*: ____ cm IMC* ____

*Anotar nos gráficos das páginas 35 à 37.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

3. Presença de

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades p/ respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

4. Desenvolvimento

Avalie a presença dos marcos na pág. 43 e classifique pelo instrumento da pág. 41

() Adequado para idade

() Alerta para o desenvolvimento

() Provável atraso no desenvolvimento

Observações: _____

5. Teste Do Reflexo Vermelho

() Normal () Alterado Observação: _____

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Fe/micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

6. Laços de afeto

7. Estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos:

() Risco habitual () Intermediário () Alto risco

De acordo com a estratificação de risco, a criança deve ser acompanhada pela APS nas avaliações:

Habitual: 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida. Intermediário: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Alto risco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 21 e 24 meses de vida.

Medidas e consultas necessárias

A large grid consisting of 10 vertical columns and 10 horizontal rows, creating a total of 100 equal-sized squares. The first column from the left is filled with a solid light green color, while all other columns and rows are white with black outlines.

Pressão arterial (PA)

A aferição da PA nas consultas de rotina deve ser realizada obrigatoriamente a partir dos 3 anos de idade. Dependendo da história familiar de doenças cardiovasculares e do grau de sobre peso ou obesidade da criança, a PA deve ser medida com maior frequência.

Anotações das especialidades

Medicações utilizadas

Interpretando os Gráficos

- As linhas coloridas dos gráficos fornecem indicações para a linha de crescimento da criança formada pela união dos pontos das medidas de cada consulta.
- A linha verde corresponde a um padrão ou escore Z igual a 0. A curva de crescimento de uma criança que está crescendo adequadamente tende a seguir um traçado paralelo à linha verde, acima ou abaixo dela, que pode estar situado entre as linhas laranjas (desvio de 1 escore Z) ou entre as linhas vermelhas (desvio de 2 escores Z). Qualquer mudança rápida que desvie a curva da criança para cima ou para baixo, ou então um traçado horizontal, devem ser investigados.
- Os traçados que se desviam muito e que cruzam uma linha dos escores Z podem indicar risco para a saúde da criança.
- Com relação às curvas de perímetrocefálico, é importante lembrar que as alterações do desenvolvimento infantil são mais sensíveis e precoces que o crescimento da cabeça.

ATENÇÃO!

A página a seguir contém os gráficos, com seus respectivos desvios-padrão, para a avaliação do peso, comprimento e perímetrocefálico de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos RNPT, a Caderneta contém o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas.

Assim, essas curvas devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS.

Após 64 semanas deve-se calcular a idade corrigida da criança e continuar o acompanhamento nas curvas da OMS.

Até quando utilizar idade corrigida?

Até 2 anos de idade cronológica. Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

Como calcular?

Primeiro calcular: 40 semanas menos IG do nascimento em semanas = esse é o tempo que faltou para a IG de termo; Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)

Depois: Descontar da idade cronológica. Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

Observações dos RNPT

CURVAS INTERNACIONAIS DE CRESCIMENTO PARA CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO

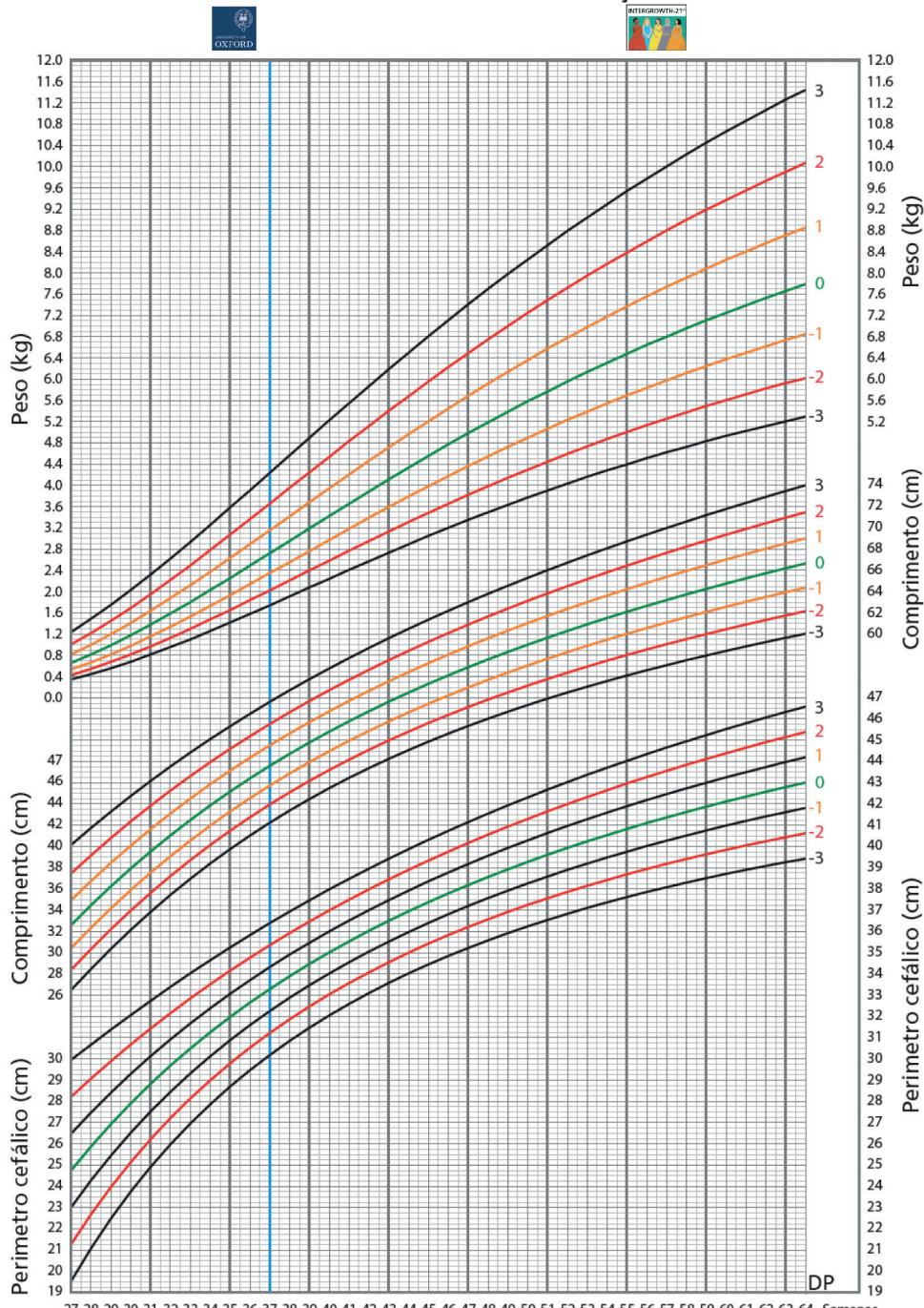


GRÁFICO DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

PC acima do esperado para a idade $> +2$ escores z

PC adequado para idade $\leq +2$ escores z e ≥ -2 escores z

PC abaixo do esperado para a idade < -2 escores z

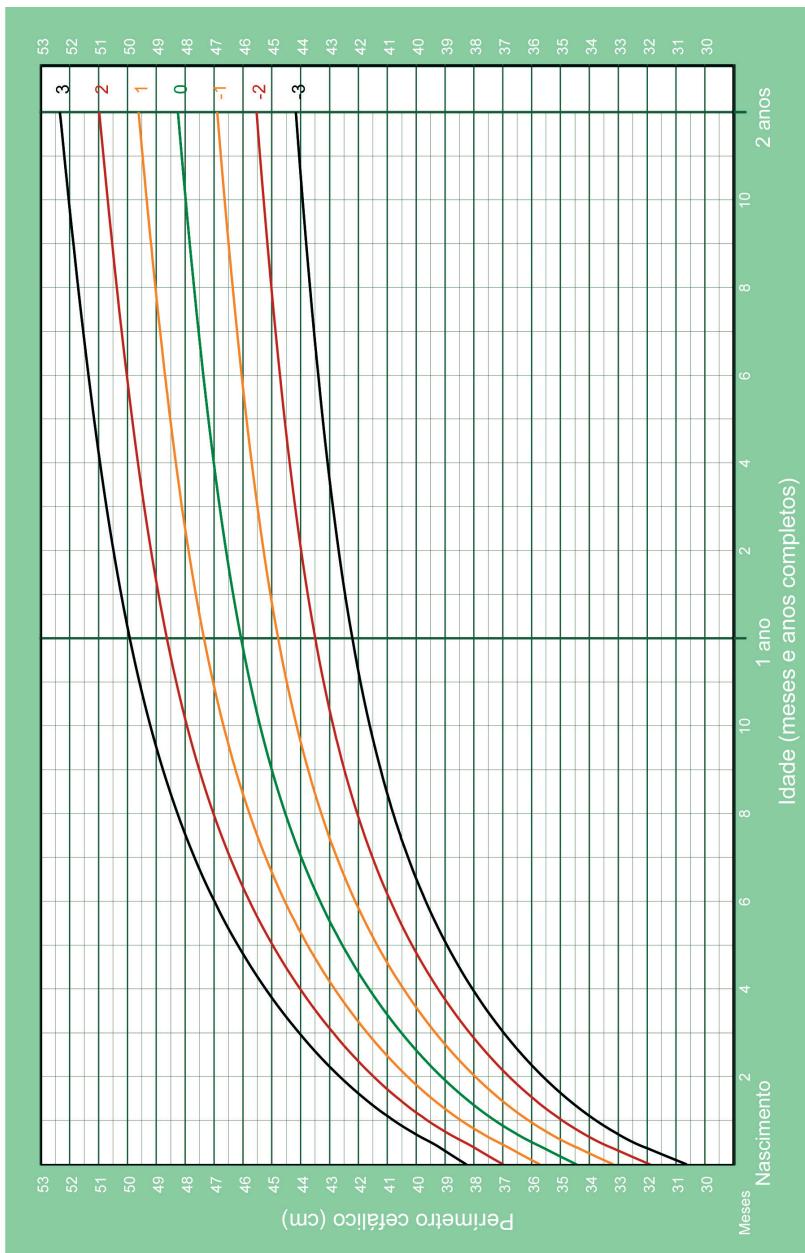


GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

Peso elevado para idade > escore-z+2 | Peso adequado para idade \geq escore-z-2 e \leq escore-z+2
 Baixo peso para idade \geq escore-z-3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z-3



GRÁFICO DE COMPRIMENTO PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

Comprimento adequado para idade \geq escore $-z \geq -2$ | Baixo comprimento para idade \geq escore $-z \geq -3$
 Muito baixo comprimento para idade $<$ escore $-z < -3$

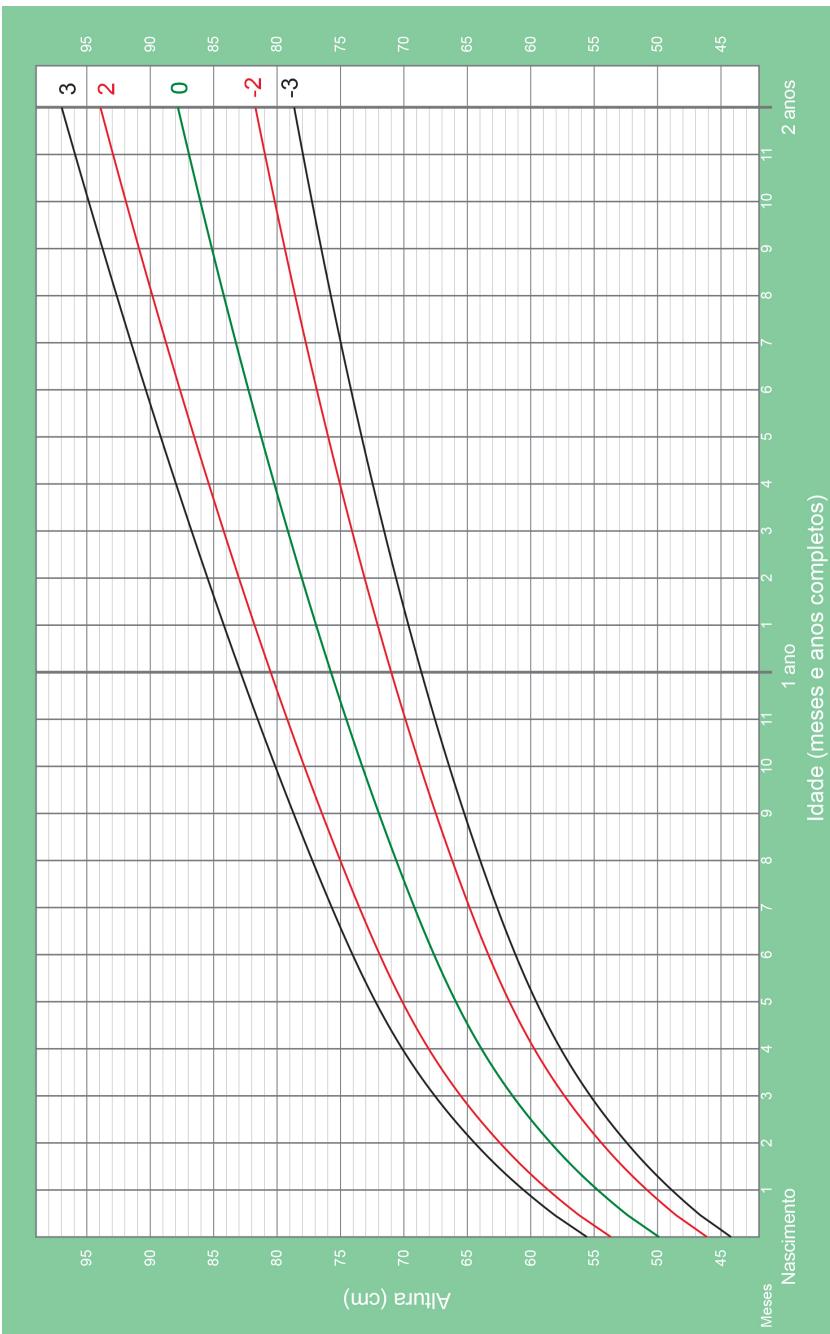


GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 0 A 2 ANOS

Obesidade > escore-z +3 | Sobre peso > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Risco de sobre peso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

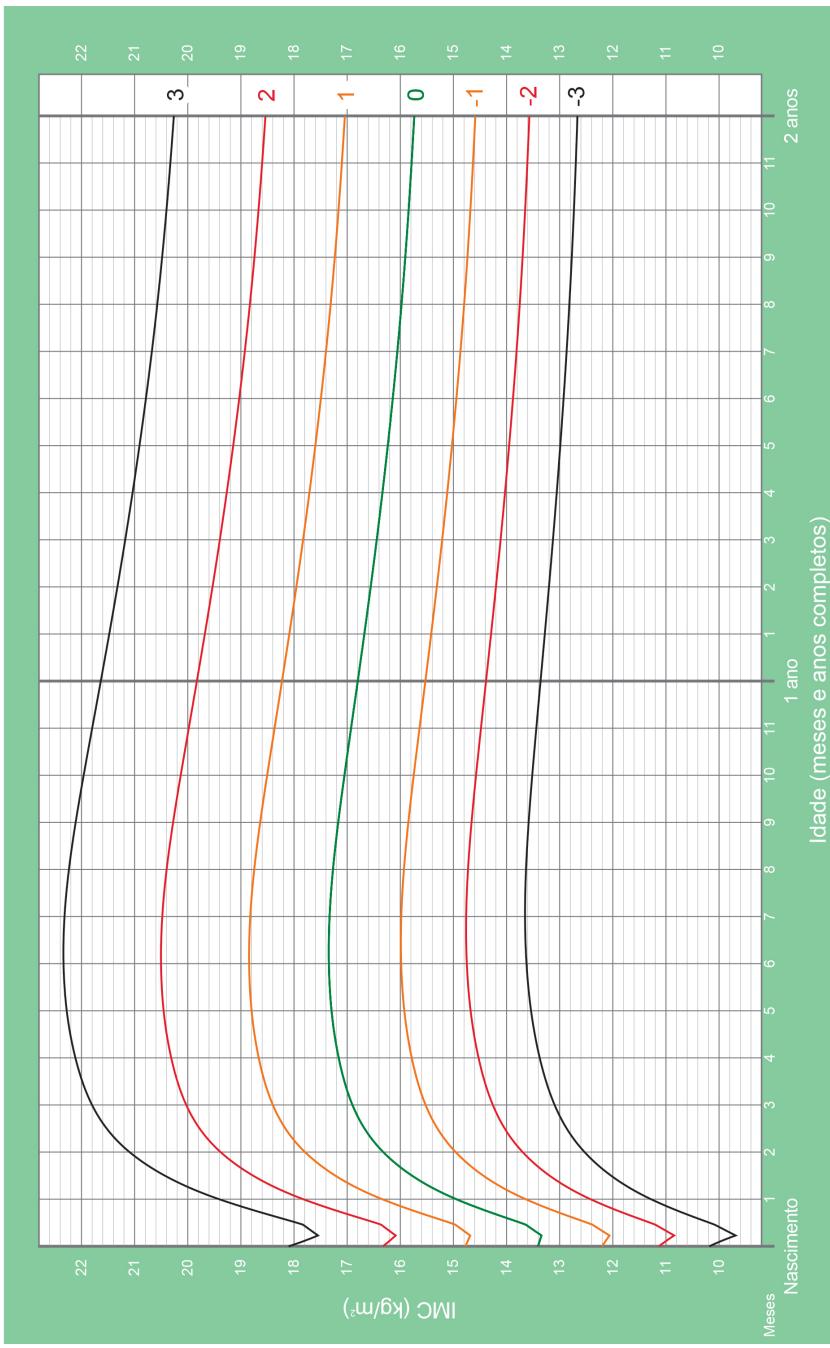


GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS

Peso elevado para idade > escore-z+2 | Peso adequado para idade \geq escore-z -2 e \leq escore-z +2
 Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixo peso para a idade $<$ escore-z -3

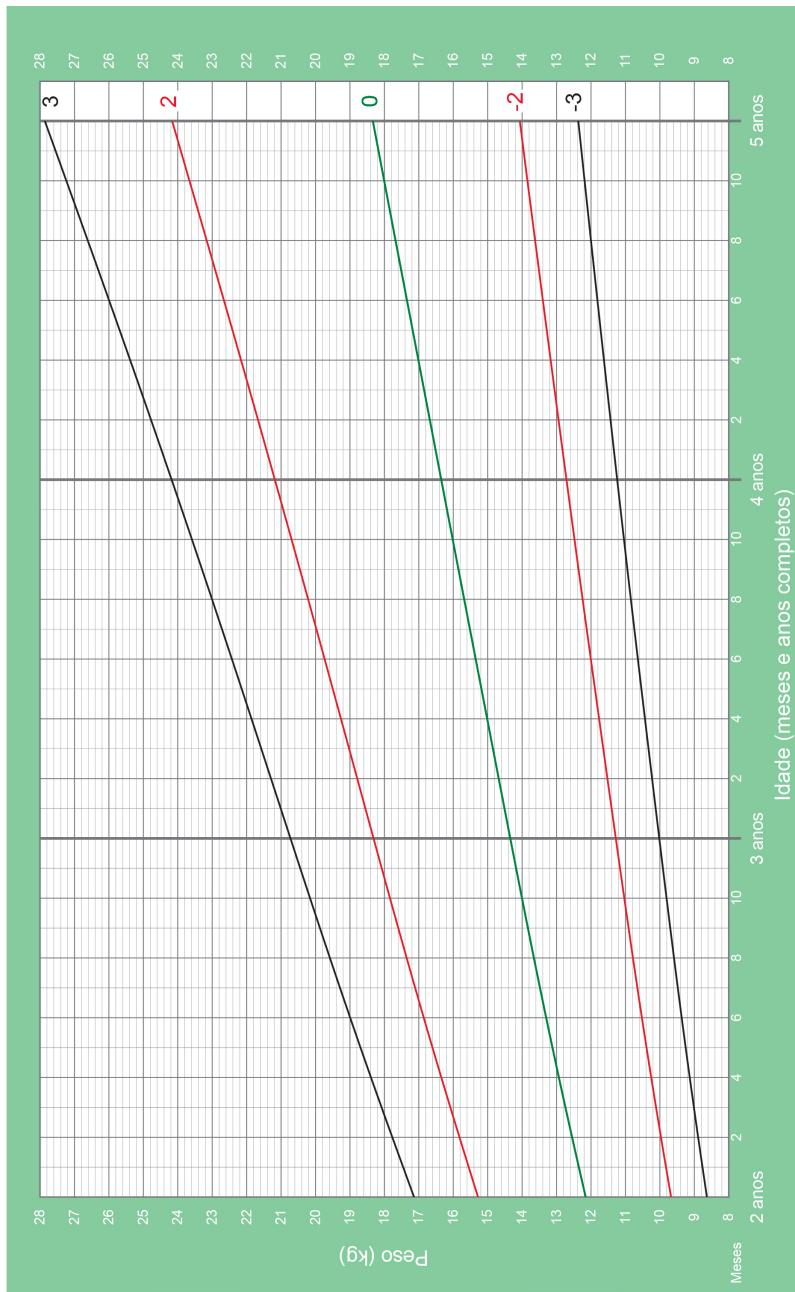


GRÁFICO DE ESTATURA PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS

Estatura adequada para idade \geq escore-z -2 | Baixa estatura para idade \geq escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Muito baixa estatura para idade $<$ escore-z -3

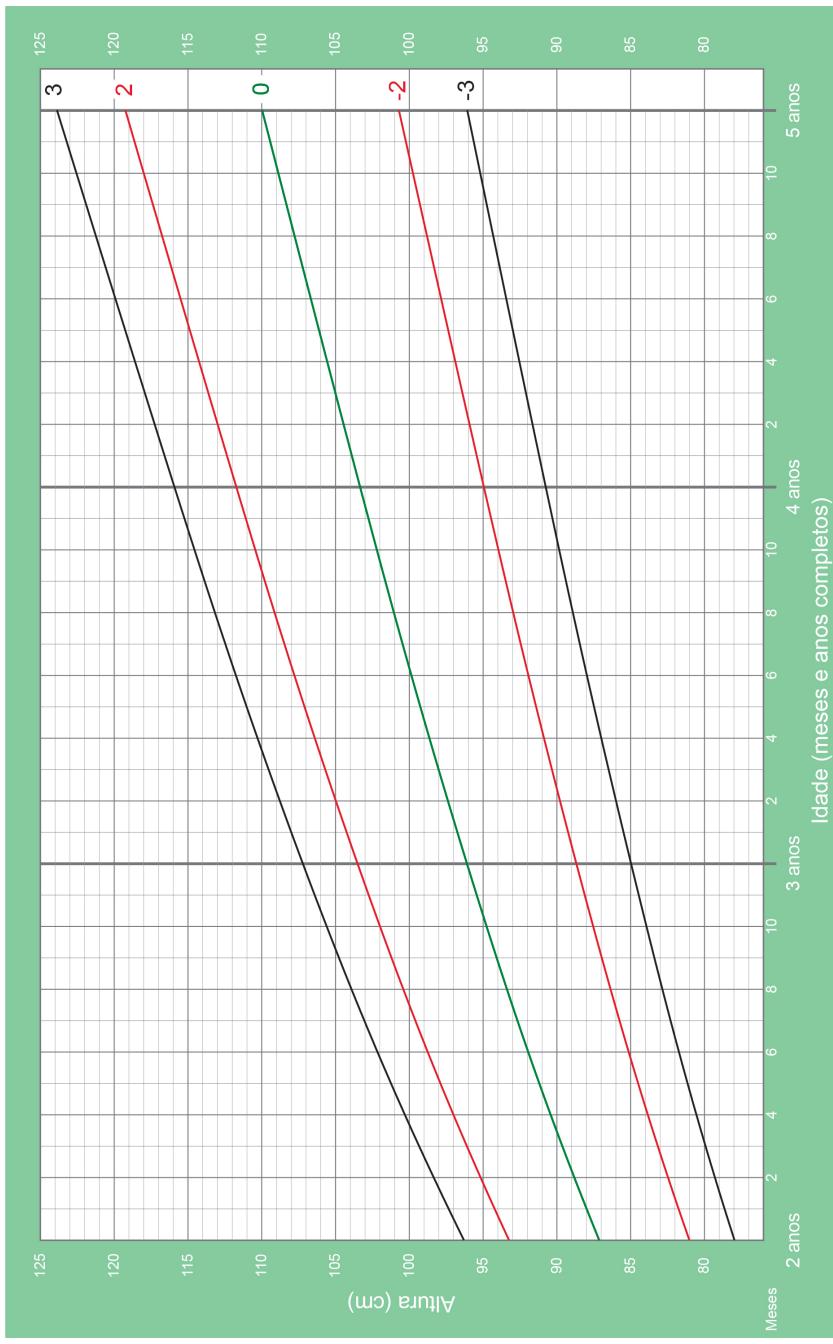


GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 2 A 5 ANOS

Obesidade > escore-z +3 | Sobre peso > escore-z +2 e ≤ escore-z +1 | Risco de sobre peso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3

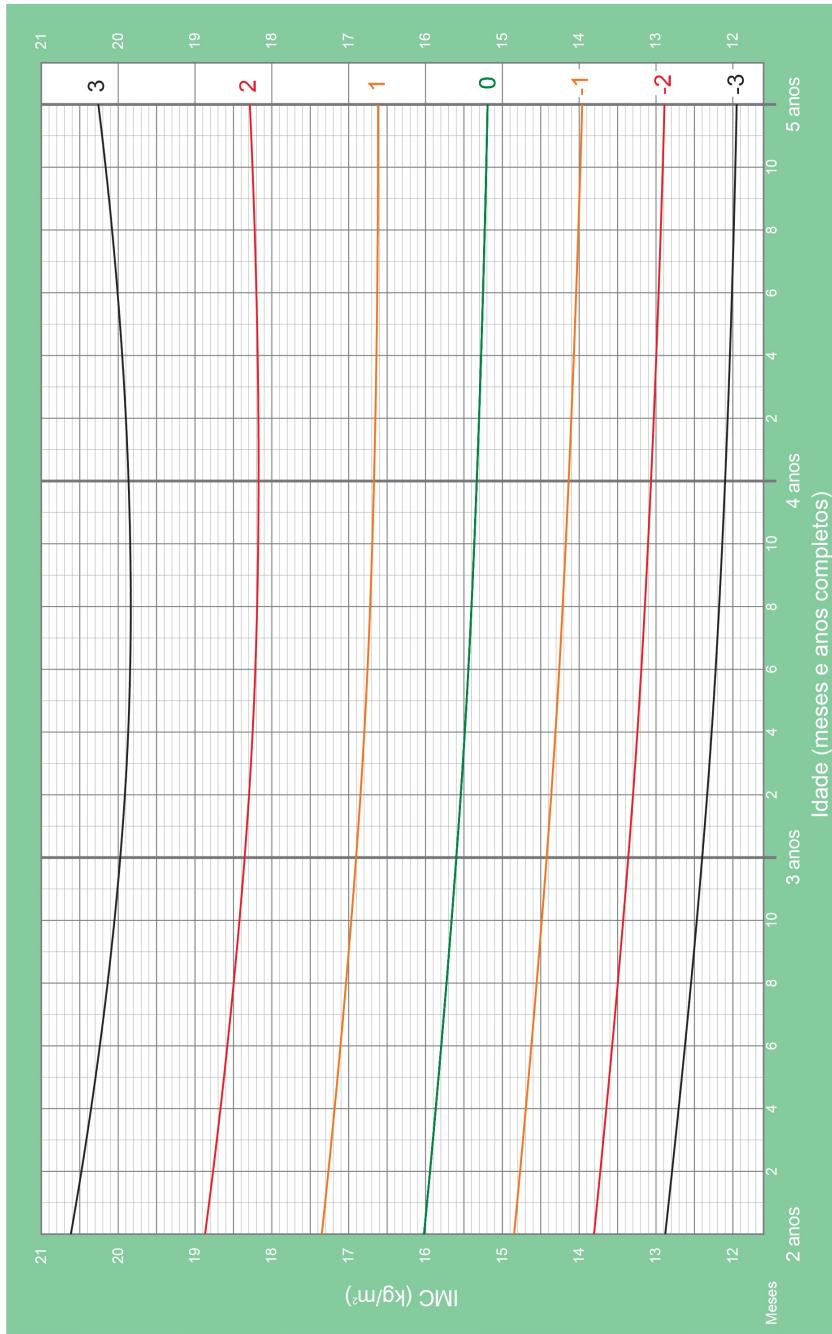


GRÁFICO DE PESO PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +2
 Baixo peso para a idade ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3

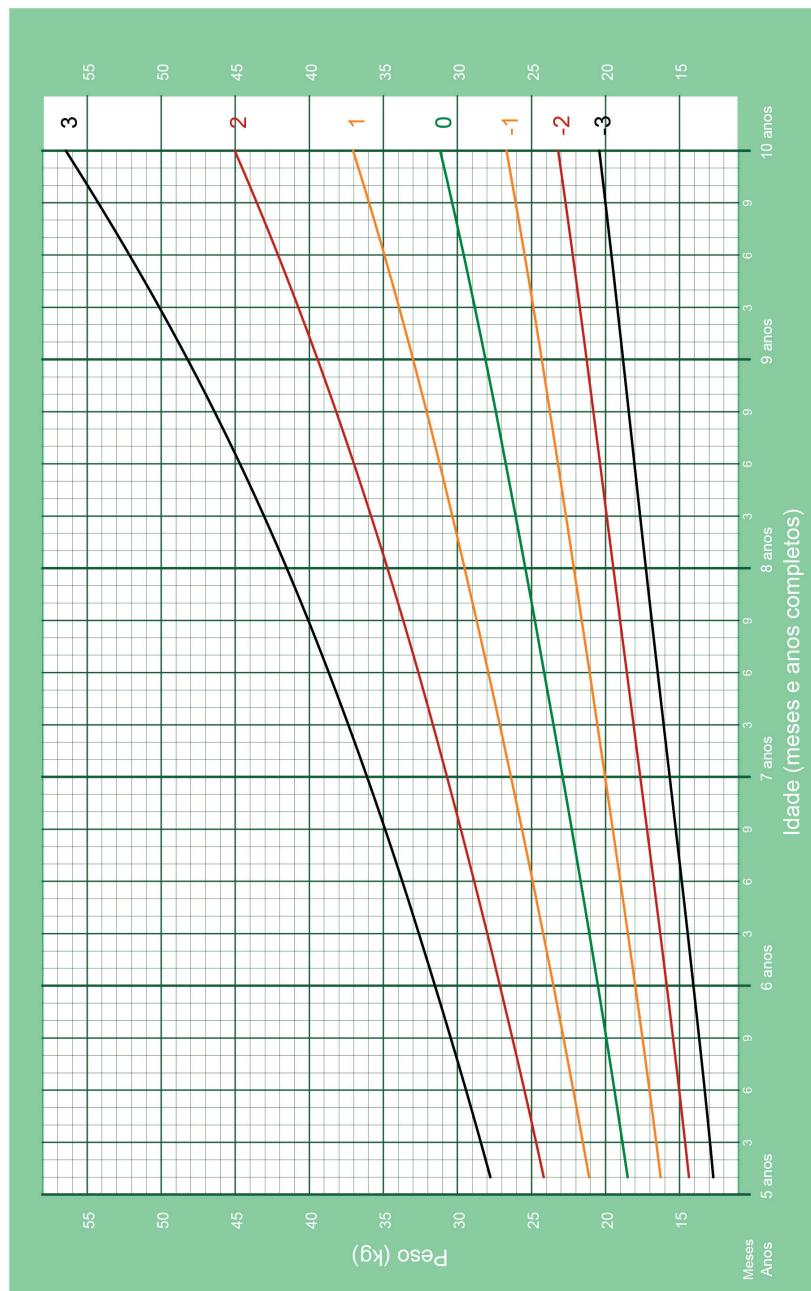


GRÁFICO DE ESTATURA PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS

Estatura adequada para idade \geq escore-z-2 | Baixa estatura para a idade \geq escore-z-3 e $<$ escore-z-2 | Muito baixa estatura para idade $<$ escore-z-3

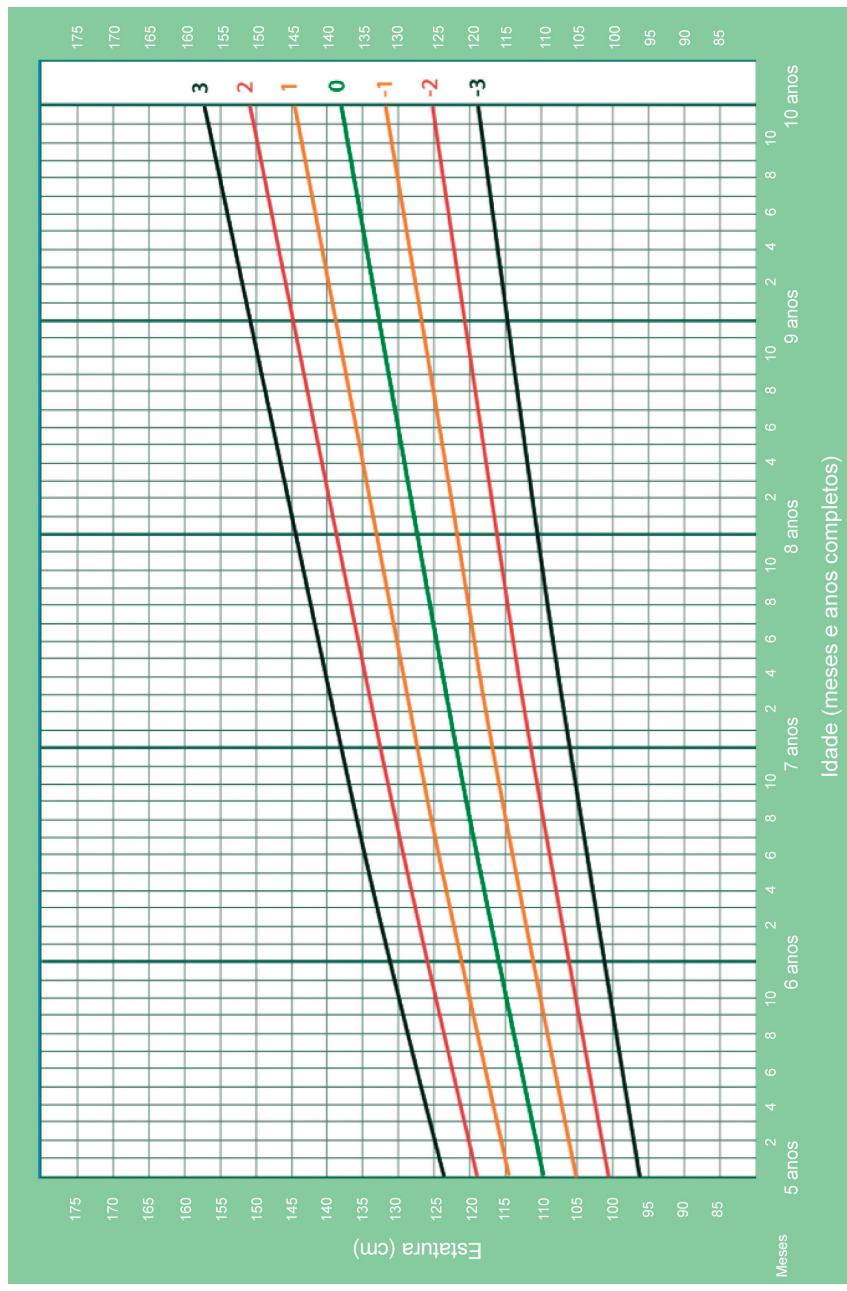
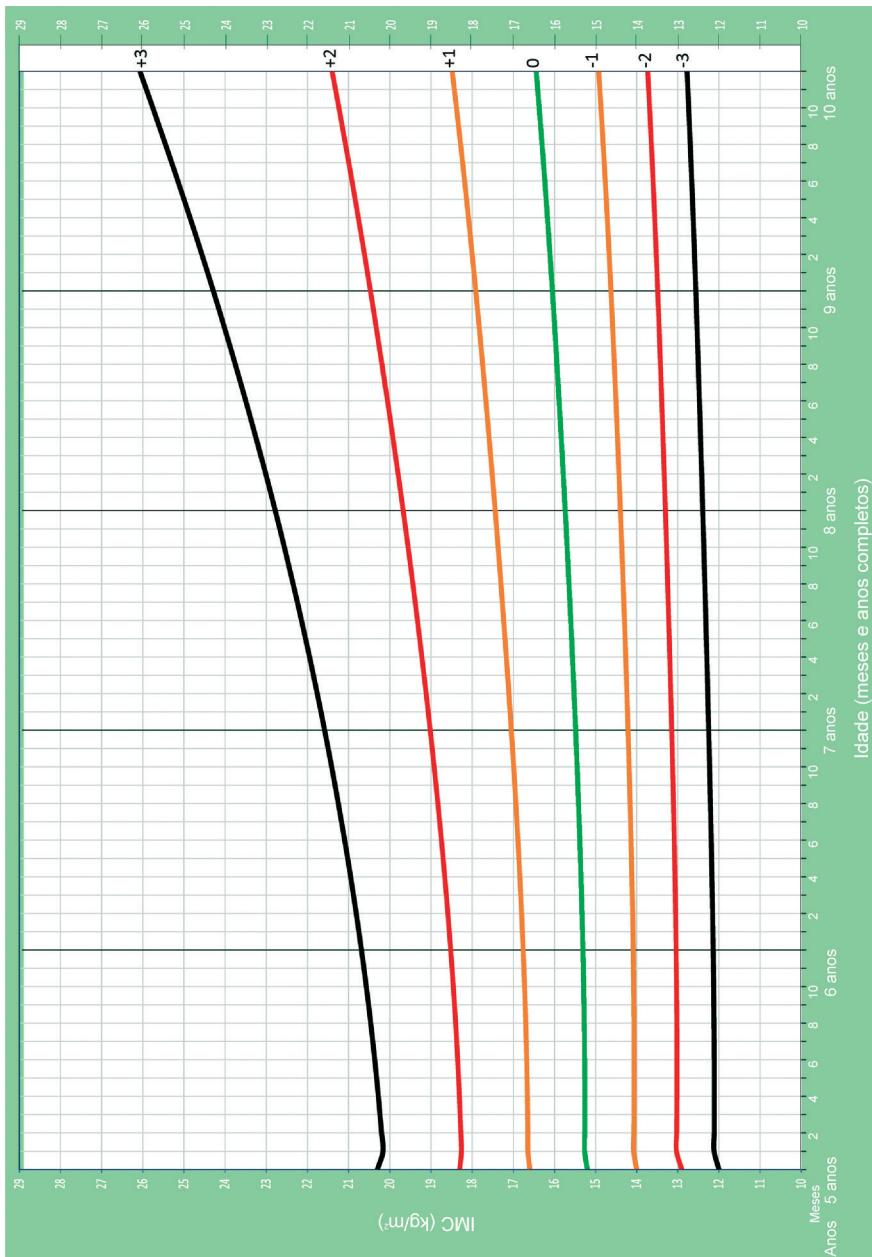


GRÁFICO DE IMC PARA IDADE DE 5 A 10 ANOS

Obesidade grave > escore-z +3 | Obesidade > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Sobre peso > escore-z +1 e ≤ escore-z +2
 Eutrofia ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1 | Magreza ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3



Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetrocefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DO NASCIMENTO AOS 6 MESES

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES						
		0	1	2	3	4	5	6
Postura: Pernas bracos flexitidos, cabeca lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeca lateralizada.							
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.							
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.							
Eleva a cabeca	Coloque a criança de brucos (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeca, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.							
Sorri quando estimulado	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.							
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.							
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.							
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.							
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mão o faça.							
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.							
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (“gugu”, “eee” etc.), veja se ela ri emitindo sons (garanhada).							
Levanta a cabeca e apoia-se nos antebraços, de brucos	Coloque a criança de brucos, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou com seu próprio rosto e observe se ela levanta a cabeca apoiando-se nos antebraços.							
Busca ativa por objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.							
Leva objetos à boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.							
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.							
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de brucos.							

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DOS 6 MESES A 1 ANO E MEIO

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES												
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Brinca de esconde-achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.													
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela o transfere o primeiro para outra mão.													
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papá", "dadiá", "mamã". Se não o fizer, pergunte à mãe se o faz em casa.													
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela a segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.													
Imita gestos	Faça a algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar chau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça para a mãe estimula-la.													
Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que pegue o objeto. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qual quer parte do polegar associado ao indicador.													
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso o não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.													
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.													
Mostra o que quer apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considerar a informação do acompanhante.	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.													
Coloca blocos na caneca	Observe se, durante o atendimento, a criança diz pelo menos uma palavra que não seja o nome dos membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.													
Diz uma palavra	Observe se a criança já anda bem, com equilíbrio, sem se apoiar.													
Anda sem apoio	A criança usa a colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.													
Usa colher e garfo	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro, sem que ele caia ao retirar sua mão.													
Constrói torre de 2 cubos	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras, que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.													
Fala 3 palavras	Faça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.													
Anda para trás														

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 1 ANO E MEIO A 3 ANOS E MEIO

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES
Tira a roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça de roupa, talis como: sapatos que exigam esforço para sua remoção.	18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42
Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caíam ao retirar sua mão.	
Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar duas figuras de um grupo de cinco.	
Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apojar-se em objetos.	
Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa como por exemplo: calçinha, cueca, meias, sapatos, casaco etc.	
Constrói torre de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caíam ao retirar sua mão.	
Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, talis como: "quer água", "quer papar", "chuta bola". Considere a informação do acompanhante.	
Pula com ambos os pés	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.	
Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.	
Imita o desenho em uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.	
Reconhece 2 cores	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, como por exemplo: "quem mia?", "quem late?", "quem fala?", "quem galopa?".	
Arremessa a bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.	
Veste uma camiseta	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco, sem botão ou zíper, sem ajuda.	
Move o polegar com a mão fechada	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em um sinal de "OK", "legal" ou "tudo bem", com uma ou ambas as mãos.	
Compreende 2 adjetivos	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: "O que você faz quando está com fome?", "O que você faz quando está cansado?". Verifique se suas respostas são coerentes, talis como: "Eu como", "Eu visto o casaco", "Eu vou deitar" etc.	
Equilibra-se em cada pé por 1 segundo	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.	

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 3 ANOS E MEIO A 5 ANOS

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES
Emparelha cores	Observe se a criança é capaz de emparelhar objetos da mesma cor, como por exemplo os cubos.	42 44 46 48 50 52 54 56 58 60
Copia círculos	Forneca à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de um círculo e verifique se ela é capaz de desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada..	
Fala clara e compreensível	Durante a avaliação observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).	
Pula em um pé só	Demonstre e verifique se a criança consegue pular em um pé só, duas ou mais vezes, sem apoiar-se em um objeto.	
Veste-se sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de se vestir sem ajuda alguma.	
Copia cruz	Forneca à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre a figura de uma cruz e verifique se ela é capaz de desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio.	
Compreende 4 preposições	Dê à criança um bloco e peça: "Coloque o bloco em cima da mesa", "Coloque o bloco embalxo da mesa", "Coloque um bloco na minha frente", "Coloque um bloco atrás de mim". Observe se ela cumpre adequadamente os quatro comandos.	
Equilibra-se em cada pé por 3 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé por um segundo" com o tempo de 3 segundos ou mais.	
Escova os dentes sem ajuda	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental. Verifique se a criança recebeu muito treino para isso.	
Aponta a linha mais comprida	Mostre para a criança uma ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas em posição vertical. Verifique se ela é capaz de apontar a linha mais comprida, mesmo mudando a posição do papel. Em três tentativas, mudando a posição do papel, ela deve acertar as três, ou cinco em seis tentativas.	
Define 5 palavras	Verifique se a criança é capaz de definir cinco palavras. Faça perguntas do tipo: "O que é uma bola?" ou "O que você sabe sobre o rio?". Use palavras do seu contexto de vida. A criança terá que responder corretamente de cinco a sete palavras. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral. Exemplo: Rio - tem peixe, água, pescar.	
Equilibra-se em um pé por 5 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé por 1 segundo" com o tempo de 5 segundos ou mais.	

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 5 A 6 ANOS

CADERNETA DE SAÚDE **MENINO**

MARCOS	COMO PESQUISAR	IDADE EM MESES
Brincar de fazer de conta com outras crianças	Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (casinha ou escola, por exemplo), tanto no contexto familiar quanto escolar.	60 62 64 66 68 70 72
Desenha pessoa com 6 partes	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peca a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mamãe, papai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares devem ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos, pernas e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.	
Faz analogia	Pergunte à criança "devagar e distintamente, uma questão de cada vez: "Se o cavalo é grande, o rato é..."; "Se o fogo é quente, o gelo é..."; "Se o sol brilha durante o dia, a lua brilha durante a...". A criança deverá completar corretamente duas das três frases.	
Marcha ponta-calcanhar	Demonstre à criança como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande aproximadamente oito passos desta forma, e então peça para que a criança imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode facilitar a compreensão, comparando este andar com o "andar na corda bamba"). Até três tentativas são permitidas. Se a criança conseguir dar quatro passos ou mais, em linha reta, com o calcanhar a no máximo 2,5 cm da ponta do pé, sem apoioar-se, terá alcançado este marco.	
Aceita e segue regras nos jogos de mesa	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.	
Copia um quadrado	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela o desenho de um quadrado. Não nomear a figura, nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança "faça um desenho como este". Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois outros dois lados opostos (ao invés de desenhar o quadrado com um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.	
Define 7 palavras	Procedimento semelhante ao item "Define cinco palavras". Agora deve definir 7 palavras.	
Equilibra-se em cada pé por 7 segundos	Procedimento semelhante a "Equilibra-se em cada pé por 1 segundo", com o tempo de 7 segundos ou mais.	

DESENVOLVIMENTO DE 6 A 10 ANOS

IDADE EM ANOS	A partir dos 6 anos de idade é importante avaliar como está o aprendizado na escola, a socialização desta criança com outras crianças, se sua fala e seu comportamento são adequados, etc.									
	Anotações referentes a cada faixa etária									
6 a 7 anos										
7 a 8 anos										
8 a 9 anos										
9 a 10 anos										

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)

A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. É de rápida aplicação, pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta.

A avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

A escala indica uma suspeita de TEA e não é diagnóstica.

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA.

Resultado positivo maior ou igual a 3 pontos: a criança deve ser encaminhada para consulta com especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência ou em Neurologia Pediátrica a fim de realizar a avaliação de seguimento, com a aplicação do M-CHAT-R/F.

Resultados falso-negativos são possíveis. Se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e reavaliação.

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.		
1 . Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	SIM	NÃO
2. Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	SIM	NÃO
3. O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	SIM	NÃO
4. O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	SIM	NÃO
5. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	SIM	NÃO
6. O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	SIM	NÃO

7. O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	SIM	NÃO
8. O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	SIM	NÃO
9. O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	SIM	NÃO
10. O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	SIM	NÃO
11. Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	SIM	NÃO
12. O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	SIM	NÃO
13. O seu filho anda?	SIM	NÃO
14. O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	SIM	NÃO
15. O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	SIM	NÃO
16. Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	SIM	NÃO
17. O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	SIM	NÃO
18. O seu filho comprehende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	SIM	NÃO
19. Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	SIM	NÃO
20. O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	SIM	NÃO

Cronologia da Erupção dos Dentes

6 a 9 meses



9 a 10 meses



10 a 11 meses



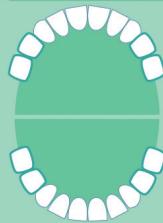
11 a 12 meses



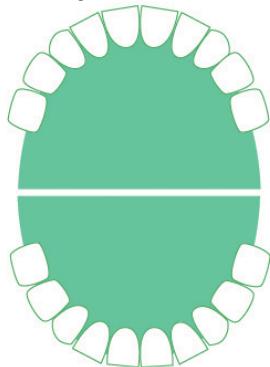
12 a 14 meses



14 a 30 meses



DENTIÇÃO SUPERIOR



Marque: X - dente cariado

DENTIÇÃO INFERIOR

Registro de consultas odontológicas

Suplementação de Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.

Megadose de Vitamina A

Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____
Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____
Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes para prevenção da anemia, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Palivizumabe

Anticorpo monoclonal, que apresenta ação neutralizante contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). É indicado para a prevenção de doença grave do trato respiratório inferior, causada pelo VSR, em pacientes pediátricos de alto risco, menores de dois anos de idade, que inclui crianças prematuras, crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade e portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa. Na região sul do Brasil a sazonalidade da ocorrência do vírus se dá entre os meses de Abril e Agosto, devido às características de meia vida da medicação a mesma deve ter sua administração iniciada um mês antes do período sazonal do vírus, ou seja a partir do mês de março de cada ano, o intervalo entre as doses deve ser de 1 mês e são administradas no máximo 5 doses por ano.

ADMINISTRAÇÃO DE ANTICORPO MONOCLONAL HUMANIZADO (PALIVIZUMABE)			
Dose	Data	Local	Assinatura
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IMUNIZAÇÃO DO PARANÁ

IDADE	VACINA	DOSE ÚNICA	UMA DOSE	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	1º REFORÇO	2º REFORÇO	REFORÇO 10 ANOS
Ao nascer	BCG – ID Hepatite B	●		●					
2 meses	Pentavalente VIP Pneumocócica 10 V Rotavírus			●	●	●			
3 meses	Meningocócica C				●				
4 meses	Pentavalente VIP Pneumocócica 10 V Rotavírus					●	●		
5 meses	Meningocócica C					●			
6 meses	Pentavalente VIP Influenza* Covid-19				●	●	●		
7 meses	Influenza* Covid-19					●	●		
9 meses	Febre Amarela Covid-19				●		●		
12 meses	Pneumocócica 10 V Meningocócica C Tríplice Viral				●		●		
15 meses	DTP VOP Hepatite A Tetra Viral			●			●	●	
4 anos	DTP VOP Varicela Febre Amarela			●				●	●
9 a 19 anos	Hepatite B Meningocócica ACWY Febre Amarela Tríplice Viral HPV Dupla Adulto			●	●	●	3 doses. Considerar histórico vacinal	3 doses. Considerar histórico vacinal. Após 3 doses, reforço a cada 10 anos	Considerar histórico vacinal

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

Vacina BCG (Bacilo Calmette-Guerin)
Previne formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meníngea).

Vacina Pentavalente
Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B.

Vacina Hepatite B
Previne hepatite B.

Vacina Inativada Poliomielite
Previne poliomielite tipos I, II e III.

Vacina Oral Poliomielite - Previne poliomielite tipo I e III.

Vacina Pneumocócica conjugada 10 valente
Previne doenças causadas por pneumococo: pneumonia, otites, meningites.

Vacina Rotavírus Humano
Previne diarreias por rotavírus.

Vacina Meningocócica C
Previne doenças invasivas causadas pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C.

Vacina Influenza
Previne vírus da gripe: H1N1; H3N2 e influenza B.

Vacina SCR - Tríplice Viral
Previne sarampo, caxumba e rubéola.

Vacina Covid-19
Previne formas graves de Covid-19

Vacina FA
Previne febre amarela.

Vacina DTP
Tríplice bacteriana

Vacina SCR - Tetra Viral
Previne sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

Vacina HPV
Previne câncer e verruga genital por papilomavírus humano.

Vacina dT - dupla bacteriana
Previne difteria e tétano.

Vacina dTpa - tríplice bacteriana acelular adulto
Previne difteria, tétano e coqueluche acelular.

Vacina hepatite A
Previne hepatite A.

Vacina varicela
Previne varicela.

Vacina Meningocócica ACWY
Previne doenças invasivas causadas pela bactéria Neisseria meningitidis do sorogrupo A,C,W e Y.

NOME:				
DOSES/ VACINAS	BCG	Hepatite B	DTP+HIB+HB	VIP
AO NASCER	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		
1ª DOSE			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
2ª DOSE			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
3ª DOSE			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
DOSES/ VACINAS	Febre amarela	Hepatite A	DTP	VOP
DOSE	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		
REFORÇO	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
REFORÇO			Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____				
Rotavírus humano	Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	Covid-19	HPV
	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		
	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____			
	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____			
			Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	
SCR (tríplice viral)	SCRV (tetra viral)	Varicela		
Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____		

Campanhas e outras vacinas

Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____
Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____	Vacina: _____ Data: ____ / ____ / ____ Lote: _____ Fab: _____ Unid: _____ Ass: _____

Anotações de puericultura

Anotações de puericultura

Agendamento

Agendamento

Saiba mais sobre:



CADERNETA DE SAÚDE
MENINO



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE