

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS: _____ ÁREA: _____ MICROÁREA: _____

RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ CPF: _____

DADOS DA CRIANÇA:

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

CNS: _____ NIS _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: () M () F () IG RAÇA/COR : () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

CONTATO: () _____

COMORBIDADES: () Dermatites () Pneumonia () Síndromes gripais () Cardiopatias () Gastroenterites () Anemias

() Doença renal crônica () Neuropatias () TEA, TDAH e TOD () Asma () Neoplasias () Malformações congênitas

1ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

2ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

3ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

4ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

5ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

6ª CONSULTA - ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OCUPAÇÃO: _____

PESO (KG) _____ ALTURA: _____

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL: () BAIXO () ADEQUADO () SOBREPESO () OBESIDADE

ACOMPANHANTE APS: () SIM () NÃO

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO: () SIM () NÃO

MARCO DE DESENVOLVIMENTO ESPERADO PARA A IDADE (CADERNETA DA CRIANÇA): () SIM () NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

