

Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos

Estatura para Idade 5 a 10 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

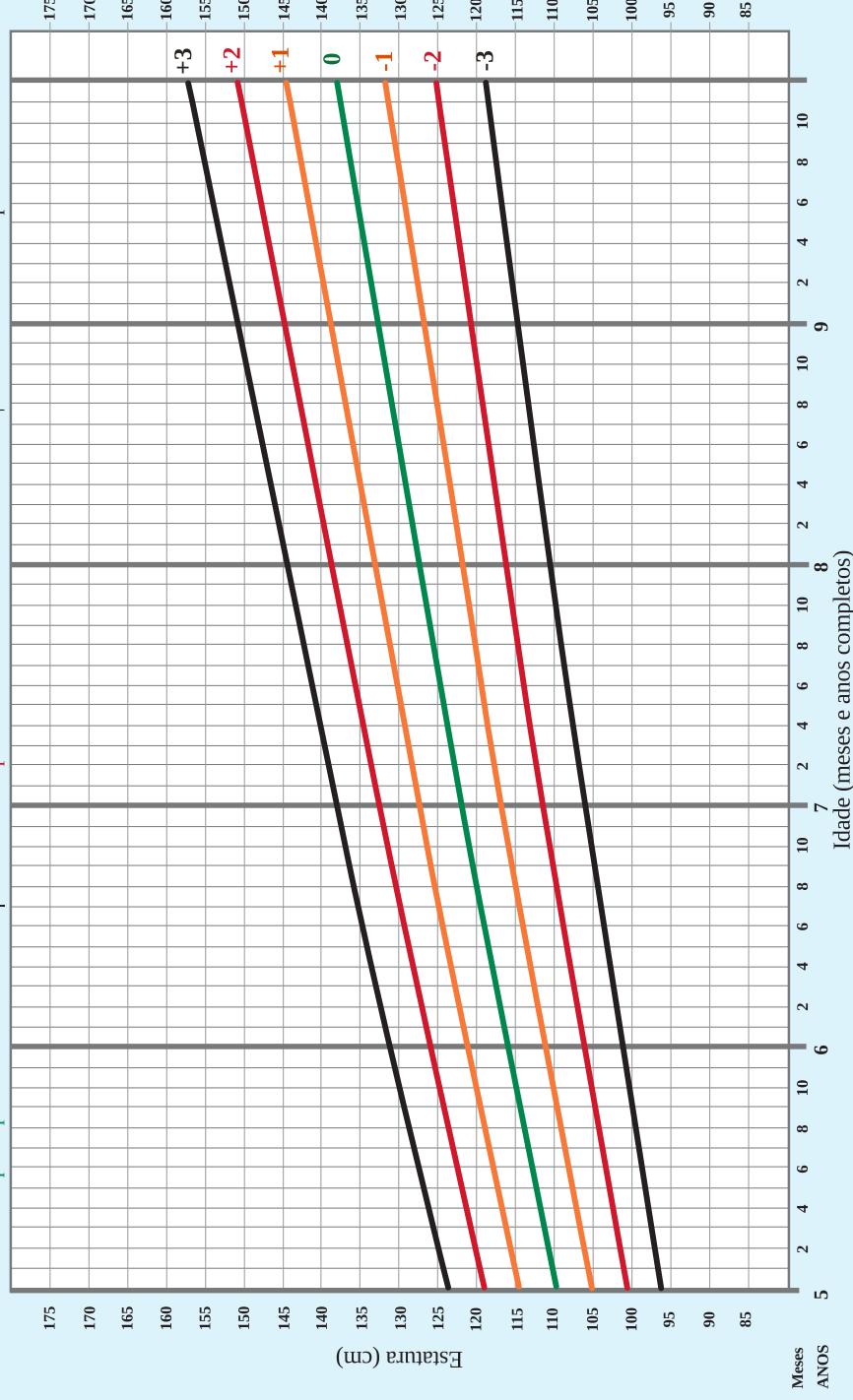
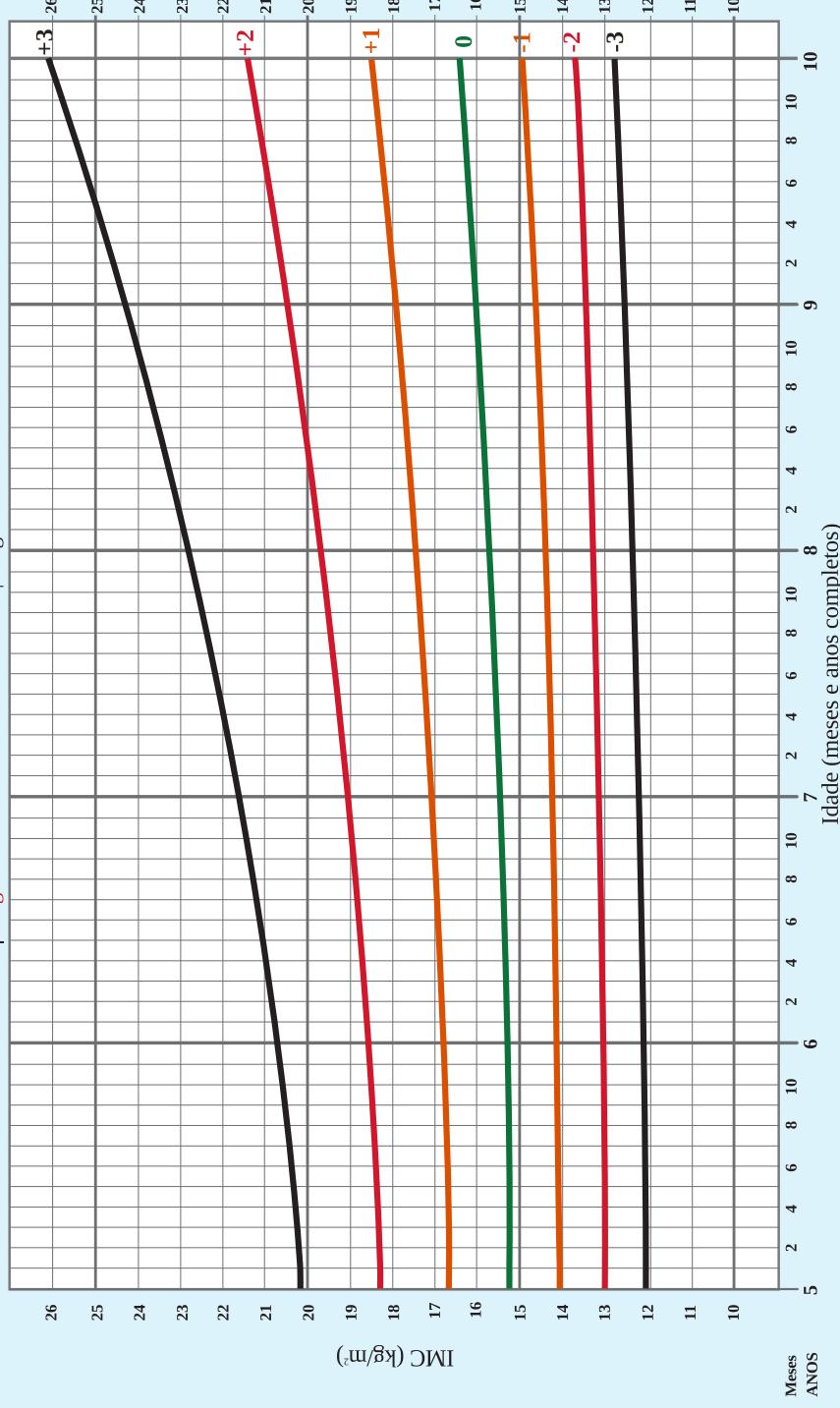


Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos

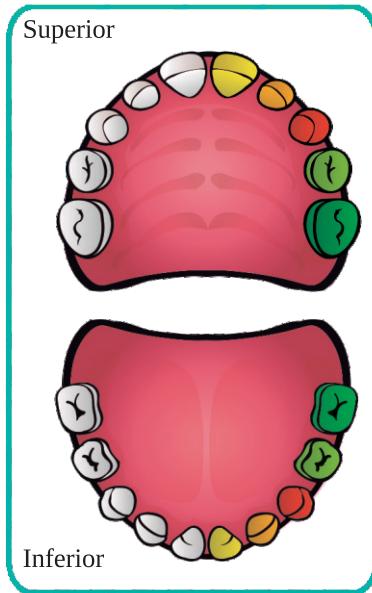
IMC para Idade 5 a 10 anos

Obesidade grave > escore-z +3 | Obesidade > escore-z +2 e \leq escore-z +3 | Sobre peso > escore-z +1 e \leq escore-z +2
 Eurofia > escore-z -2 e \leq escore-z +1 | Magreza > escore-z -3 e $<$ escore-z -2 | Magreza acentuada < escore-z -3



ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO

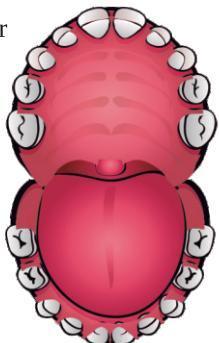
Odontograma da Primeira Dentição



	Incisivo central	
	Superiores	± 10 meses
	Inferiores	± 08 meses
	Incisivo lateral	
	Superiores	± 11 meses
	Inferiores	± 13 meses
	Canino	
	Superiores	± 19 meses
	Inferiores	± 20 meses
	1º Molar	
	Superiores	± 16 meses
	Inferiores	± 16 meses
	2º Molar	
	Superiores	± 28 meses
	Inferiores	± 26 meses

Dentição

Superior



Marque:

X - Dente Cariado

Registro das Consultas Odontológicas

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES

Suplementação de Vitamina A

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 (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	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, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Suplemento distribuído	Quantidade distribuída	Assinatura

VACINAÇÃO

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjungada) - (Penta)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	1ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotípos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
3 meses	Vacina meningocócica C (conjungada) - (Meningo C)	1ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjungada) - (Penta)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	2ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média aguda, causadas pelos 10 sorotípos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
5 meses	Vacina meningocócica C (conjungada) - (Meningo C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
6 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjungada) - (Penta)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	Poliomielite
	Vacina <i>Influenza</i> ³	1 ou 2 doses (anual)	Infecções pelo vírus <i>influenza</i>
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA) ³	Uma dose	Febre amarela
12 meses	Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	Reforço	Infecções invasivas (como meningite, pneumonia e otite média aguda), causadas pelos 10 sorotípos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina meningocócica C (conjungada) - (Meningo C)	Reforço	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	1º reforço	Poliomielite
	Vacina adsorvida hepatite A (inativada)	1 dose	Hepatite A
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (Atenuada) - (Tetra viral) ³	1 dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina febre amarela (atenuada)	Reforço	Febre amarela
	Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	2º reforço	Poliomielite
	Vacina varicela (monovalente) - (Varicela)	1 dose	Varicela
5 anos	Vacina pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)	1 dose ⁴	Para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena

¹É ofertada durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, conforme os grupos prioritários definidos no Informe da Campanha. As crianças de 6 meses a 8 anos, que estiverão recebendo a vacina pela 1ª vez, deverão receber 2 (duas) doses.

²A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal.

³A vacina teta viral corresponde à 2ª dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Esta vacina está disponível para crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias não oportunamente vacinadas aos 15 meses.

⁴Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PNM10v. Esta recomendação deve ser adotada para os povos indígenas.

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional



Registro de Outras Vacinas e Campanhas

NOME:		Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____
Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____
Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____
Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____
Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____	Vacina: Data: ____ / ____ / ____ Lote: ____ Lab.Produt: ____ Unidade: ____ Ass: ____

ANOTAÇÕES

AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS

Agendamentos

Membros da Equipe de Saúde da Família, não se esqueçam de agendar o próximo encontro. Verifiquem se a criança está realizando a puericultura periodicamente, com toda a equipe. Agendem de acordo com as recomendações do MS e os calendários pactuados na sua região. Pais e responsáveis, fiquem atentos para o calendário de acompanhamento da criança no serviço de saúde!

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

bvsms.saude.gov.br

CADERNETA DA CRIANÇA • MENINO • PASSAPORTE DA CIDADANIA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SECRETARIA DE
SAÚDE

