

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com **informações sobre a saúde da sua filha**. É neles que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa **é um direito seu**.

Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. **Não se esqueçam de preenchê-las!**

As informações sobre o pré-natal e o parto **devem** ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da C permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite esta oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

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) Vacinas no pré-natal

	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			VACINAS	SIM	NÃO
Agravos	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	dTpa	()	()
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()	covid-19	()	()
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()		()	()

NR - Não realizado, N - Normal, ALT - Alterado.

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

Nome da Maternidade ou Centro de Parto Normal: _____

() Outro: _____

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

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

Data de nascimento: ____/____/____

Hora do nascimento: _____

Contato pele a pele: () 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 recém-nascido.
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: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin ____ dias () Ucinco ____ dias

() Ucinca ____ dias () ALCON ____ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ____/____/____ Peso na alta: ____ g Comprimento: ____ cm

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

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ____/____/____

Estas triagens devem ser realizadas nos primeiros sete dias de vida por profissional de saúde no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. 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

Observação/Encaminhamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho

Realizado na maternidade após 24h de vida

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Resultado: () Normal* () Alterado**

Observação/Encaminhamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha

Deve ser realizada preferencialmente na maternidade entre 24 e 48 hs após o nascimento, ou no máximo durante o 1º mês de vida.

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Testes: () Emissão Otoacústica Evocada

() Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

Ouvido direito: () Normal () Alterado

Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado

Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho

Idealmente realizada na maternidade ou entre o 3º a 5º dia.

() Não realizado () Realizado em: ____/____/____

Reteste: ____/____/____

*Saturação periférica maior ou igual a 95% e diferença menor que 3% entre as medidas.

**Saturação menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas.

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ____/____/____

Esta consulta deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

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

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

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: _____

4. Vacinas

Registrar no quadro pág.105

Hepatite B () Não () Sim

BCG () Não () Sim

3. Sinais de alerta

Coto umbilical infeccionado

() Não () Sim

Icterícia

() Não () Sim

Diarreia/Vômitos

() 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

Ausculat cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsm.sau.de.gov.br/bvsm/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Desenvolvimento e laços de afeto

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

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filha de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

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

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

2. Triagem neonatal - Testes

	Realizado		Resultado		Encaminhado			
	Não	Sim	Normal	Alterado	AB†	CER††	SSA†††	SSE††††
Pezinho								
Orelhinha - Exame auditivo								
Olhinho - Reflexo olho vermelho								
Coraçãozinho								

†AB-Atenção Básica; †† CER-Centro Especializado em Reabilitação; †††SSA - Serviço de Saúde Auditiva; †††† SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

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

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: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

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

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

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 quando deitado no berço: _____

De barriga para cima? _____

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 mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de vulnerabilidade social, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filha de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data ____/____/____

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

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

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: _____

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Secreção ocular () 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 saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____

Uso de soro fisiológico nasal _____

Acidentes domésticos _____

Sinais de violências/negligências () Não () Sim

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

3. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

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

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Neonatal (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_neonatal_quadro_procedimentos.pdf)

5. Verificações importantes

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

7. Desenvolvimento ‡

Observação da interação mãe-filha _____

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

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

Consulta do 4º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso*: ____g Comprimento*: ____cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

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:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento†

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 81 e classifique pelo instrumento da pág. 80

- 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. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
Cólica/Engasgos () Não () Sim
Diarreia/Constipação () Não () Sim
Vômitos/Golfadas () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR>50 ou <30) () Não () Sim
Febre (≥37,5°C) () Não () Sim
Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim
Outros: _____

Para realizar o manejo nessas situações consulte o Manual de Quadro do AIDPI Criança (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

6. Verificações importantes

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

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Funcionamento do intestino _____
Higiene e cuidados gerais _____
Uso de soro nasal de rotina _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou bico, etc. _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

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

Consultas do 6º Mês e do 9º Mês

Consulta do 6º Mês Data ____/____/____

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

Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 90 e para criança a termo pág. 91 à 100.

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? _____

4. Desenvolvimento†

† Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 9º Mês Data ____/____/____

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

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento†

† Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Para realizar o manejo dos sinais de alerta consulte o Manual de Quadro do AIDPI Criança (https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

Consulta do 12º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

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? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 82 e classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 18º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____cm Peso**: ____g Comprimento***: ____cm

Anotar nos gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 92), comprimento para idade*** (pág. 93) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado? () Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e classifique pelo instrumento da pág. 80

‡ Realizar a avaliação M-CHAT-R Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses (pág. 87).

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

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

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consultas do 24º Mês e do 36º Mês

Consulta do 24º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 95), estatura para idade*** (pág. 96), IMC**** (pág. 97) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Consulta do 36º Mês Data ____/____/____

1. Medidas: PC*: ____ cm Peso**: ____ g Estatura***: ____ cm IMC****: ____

Gráficos de perímetro cefálico* (pág. 91), peso para idade** (pág. 95), estatura para idade*** (pág. 96), IMC**** (pág. 97) e avaliar risco.

2. Aleitamento/alimentação

() LM () LA _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento ‡

‡ Avalie a presença dos marcos na pág. 83 e

classifique pelo instrumento da pág. 80

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

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

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar

(FR >50 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

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

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

Para realizar o manejo dos sinais de alerta consulte o Manual de Quadro do AIDPI Criança (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf)

Para prosseguir o acompanhamento da criança, continue utilizando a folha de registro de medidas e gráficos, e anote suas observações nas folhas reservadas para anotações.

Outras Medidas e Consultas Necessárias

[illegible]

Vigiando a 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 sobrepeso ou obesidade da criança, a PA deve ser medida com maior frequência.

[illegible]