

Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos

Peso para Idade 5 a 10 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

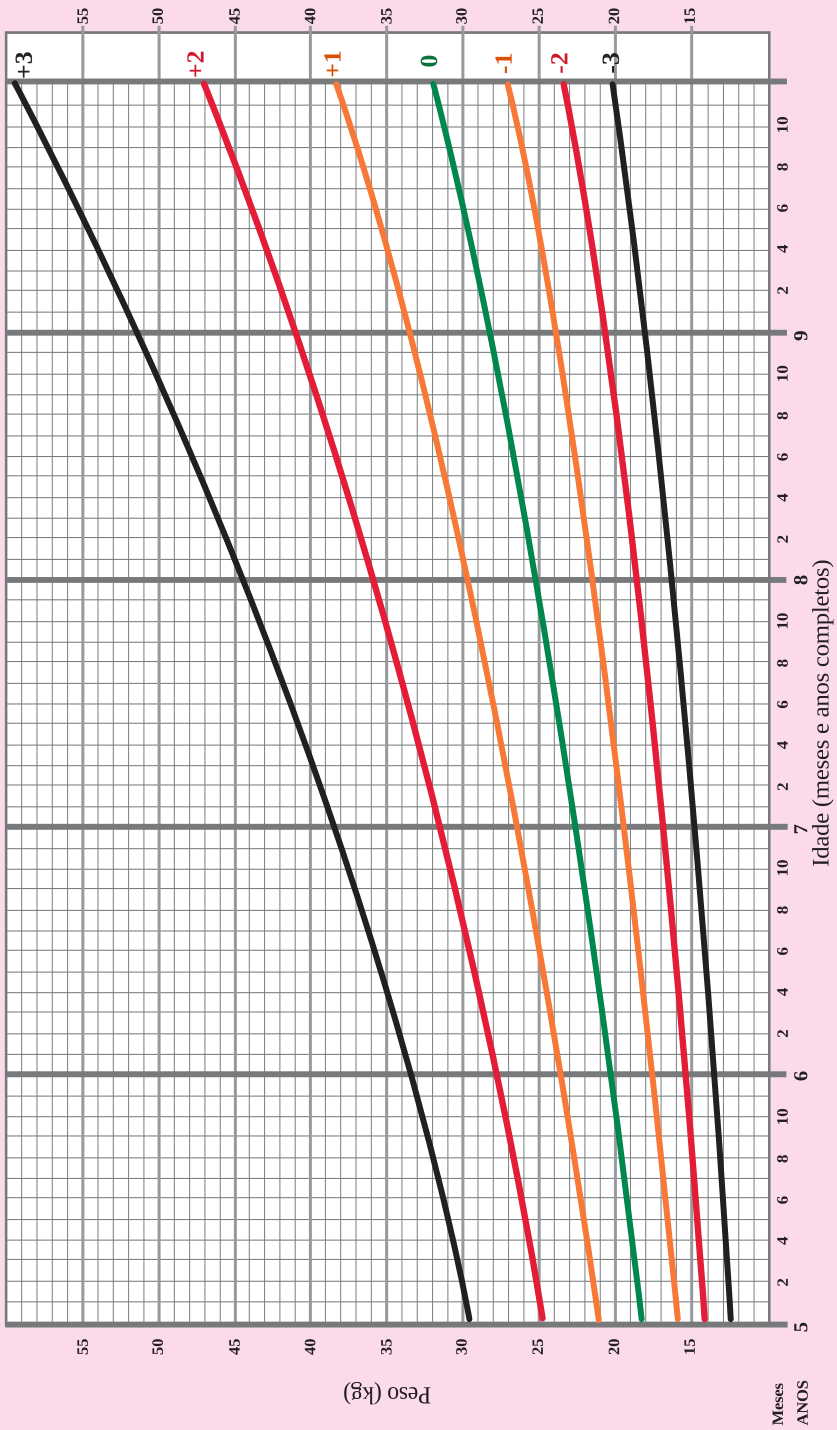


Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos

Estatura para Idade 5 a 10 anos

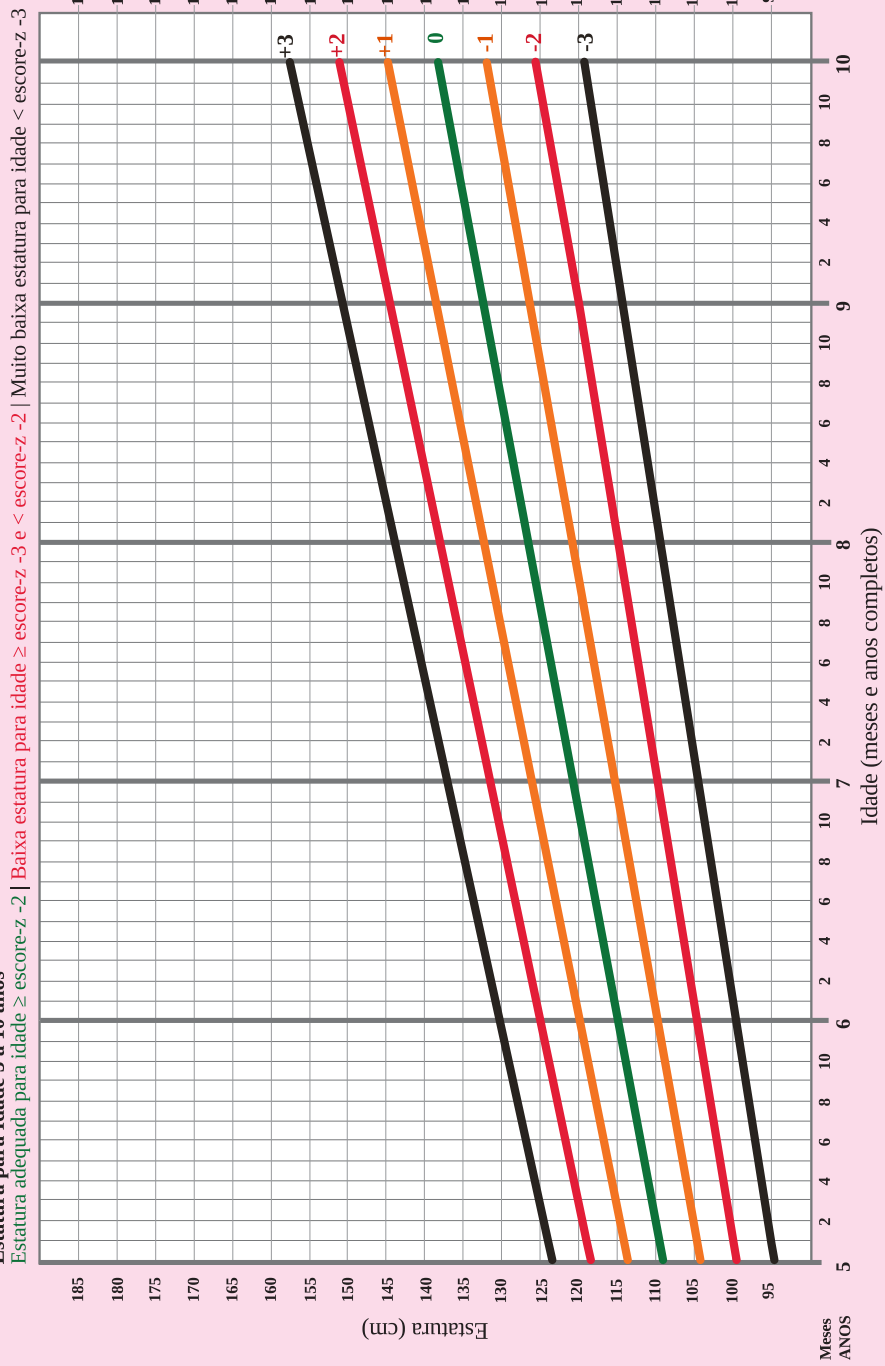
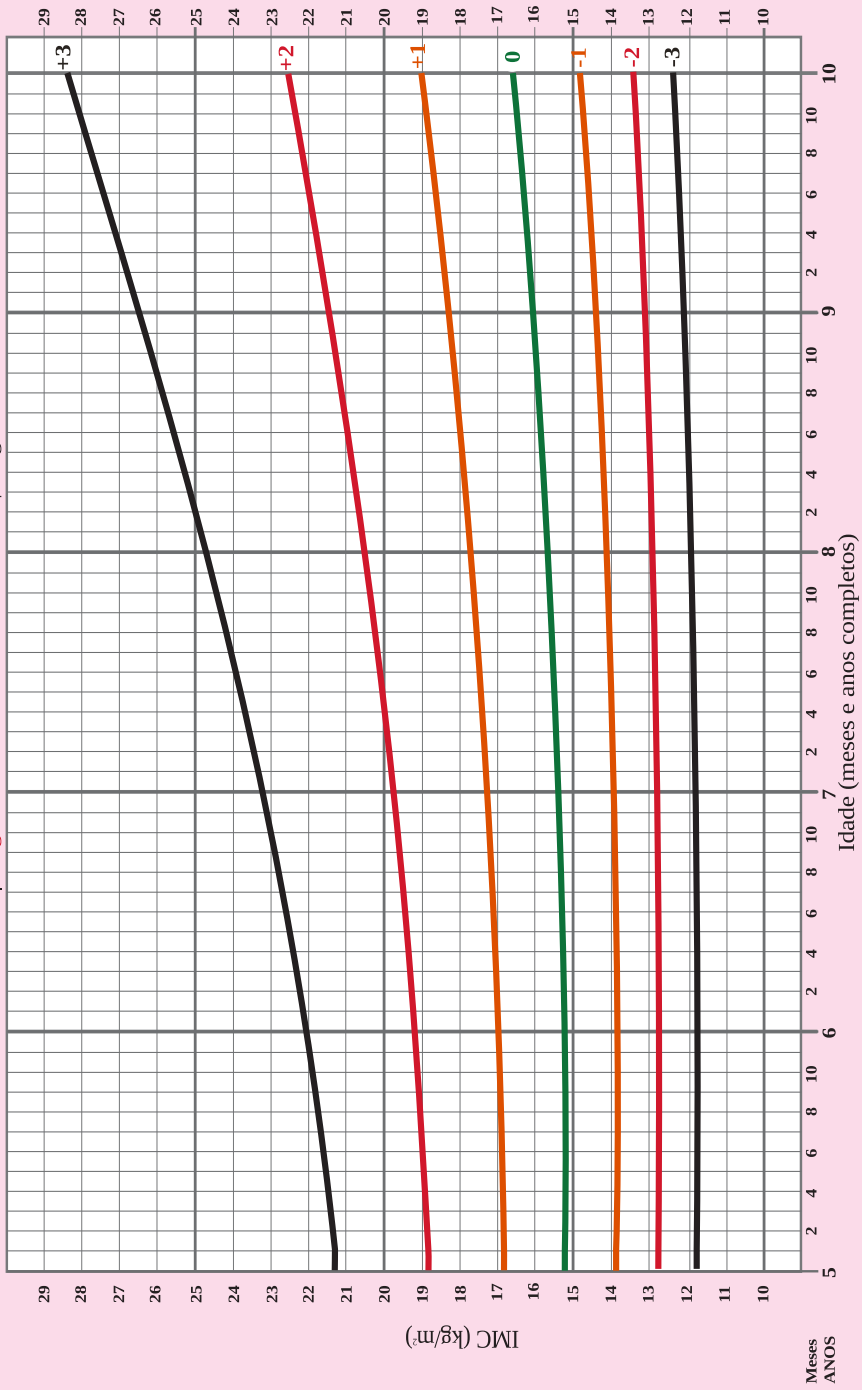


Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos

IMC para Idade 5 a 10 anos

Obesidade grave > escore-z +3 | Obesidade > escore-z +2 e ≤ escore-z +3 | Sobrepeso > 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



Meses
ANOS

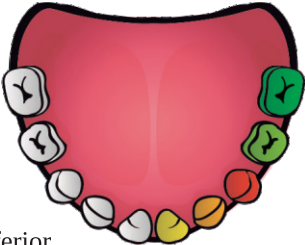
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontograma da Primeira Dentição

Superior



Inferior



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



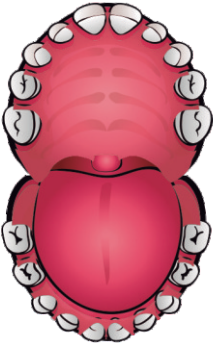
2º Molar

Superiores ± 28 meses

Inferiores ± 26 meses

Dentição

Superior



Inferior

Marque:

X - Dente Cariado

Registro das Consultas Odontológicas

Data da consulta	Dente(s)	Procedimentos /orientações realizadas	Data de retorno	Assinatura / carimbo e unidade de saúde
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	
__/__/__			__/__/__	

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: __/__/__ 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, 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 (conjugada) - (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 sorotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (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 (conjugada) - (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 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) - (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 (conjugada) - (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> ¹	1 ou 2 doses (anual)	Infecções pelo vírus <i>influenza</i>
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada) - (FA) ²	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 sorotipos <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina meningocócica C (conjugada) - (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) - (FA)	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
9 anos	Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – (HPV)	2 doses (9 a 14 anos)	

¹ É 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 estarão recebendo a vacina pela 1ª vez, deverão receber 2 (duas) doses.

² A 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.

³ A vacina tetra 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.

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

A instrução normativa - Calendário Nacional de Vacinação da Criança deverá ser consultada nas páginas: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf.

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

LUN		Data de Na. cimento: _____															
		BCG	Hep tite B	Pen a		1ª Dose		2ª Dose		3ª Dose		1ª Dose		2ª Dose		VIP	
Até 12 meses		Dose única	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	
		Rotavirus humano		Pneu ocócia 10 (conjugada)		Men ngocócica C (conjugada)		Feb e amarela		Triplj e viral							
		1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	
A partir de 12 meses		Pneu ocócia 10 m (conjugada)/V	Men ngocócica C (conjugada)		DTP		VOP		Tetra viral		Varicela						
		Reforço	Reforço		Reforço		Reforço		Reforço		Reforço		Uma dose		Uma dose		
		Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	
		Hep tite A	Pneu ocócia 23 (povo ind gen)/s		HPV		Influen a		Feb e amarela								
		Uma dose	Uma dose		Dose		Dose		Dose		Uma dose		Uma dose		Uma dose		
		Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	Data: / / Late: / / Lab Produ: / / Unidad t: / / Assg	
		 Proteja a criança Mantenha a vacinação atualizada															



Proteja a
Mantenha a
vacinação
atualizada.

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

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

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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!

[illegible]

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SECRETARIA DE
SAÚDE

