



ANEXO II – MODELOS DOS MATERIAIS GRÁFICOS



Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

001

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FAÇA A SUA PARTE.



CHIKUNGUNYA
DENGUE
ZICA

Disque Endemias:
3336 6033

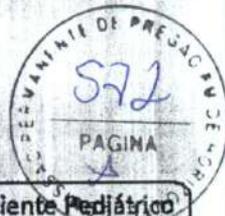
Prefeitura Municipal de Horizonte - Secretaria de Saúde

(Handwritten mark)



ADMISSÃO DO PACIENTE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
ENFERMAGEM



Paciente Adulto Paciente Pediatría

Nome: _____

Data Nasc. ____/____/____ Idade _____ Sexo: Masculino Feminino

Escolaridade _____ Profissão: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado União Consensual

Data de Admissão ____/____/____ Regulação: _____

002

Residência UPA Outro Hospital _____

1. Origem do Paciente

2. Controle da Saúde

2.1 Início da Doença: _____

2.2 Sinais e Sintomas: _____

2.3 Nº de Internações: _____ Última Internação: ____/____/____

2.4 Motivo das Internações: _____

2.5 Realizou Cirurgia: Não Sim. Especifique: _____

2.6 Doenças Associadas: Não Sim. Especifique: _____

2.7 Medicações em Uso: _____

2.8 Reações alérgicas à medicação: Não Sim. Especifique: _____

2.9 História familiar de doenças cardíacas ou pulmonar: Não Sim.
Especifique: _____

2.10 Tabagismo Não Sim. Quanto tempo: _____ Parou há: _____

2.11 Etilismo Não Sim. Quanto tempo: _____ Parou há: _____

3. Sinais Vitais

Hora: _____ PA: _____ x mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ rpm Ass: _____

4. Nível de Consciência

6. Pele:

Consciente Inconsciente Orientado Desorientado Corada Pálida Ictérica Lesões: _____

5. Movimentação

7. Nutricional Metabólico

Deambula Não deambula

5.1 Membros Superiores

Sensibilidade e força mantidas Parestesia

Plegia Perfusão Mantida

Boa perfusão Paresia

Cianose Edema

5.2 Membros Inferiores

Sensibilidade e força mantidas Parestesia

Plegia Perfusão Mantida

Boa perfusão Paresia

Cianose Edema

7.1 Peso Atual (Estimativa) _____

7.2 Appetite

Conservado Jejum Vômito Diminuído

Aumentado Náusea Horário

7.3 Deglutição

Aumentada Diminuída

Motivo: _____

7.4 Boca e garganta

Prótese dentária Uso de tudo endotraquial

Uso de sonda Especificar _____

8. Eliminação

8.1 Exame Abdominal

- Plano Globoso Timpânico
 Distendido Flácido Rígido
 Doloso a palpação RHA-
 Ostomias RH+

Especificar _____
Outros _____

8.2 Urinária

Frequência urinária _____ vezes ao dia.

Características urinária

- Limpida Vermelha Amarronzada
 Outros _____

8.3 Queixas

- Anúria Policlúria Disúria
 Oligúria Retenção Incontinência
 Outros _____

9. Atividade / Repouso

- Preservado Insônia Irritabilidade
 Inquieto Uso de medicação para dormir

10. Cognitivo / Receptivo

Tem dificuldade para

- Falar Ouvir Compreender Memorizar

Especifique _____

11. Conforto

11.1 Há queixa de dor? Sim Não

11.2 Características da dor _____

Quanto tempo _____

Localização da dor _____

Frequência _____

Duração _____

Irradiação _____

Aspecto da dor Aguda Aperto Incomoda

Outra: _____

ESCALA DE BRADREN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	TOTAL
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada	
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente	
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
Nutrição	Muito pobre	Inadequado	Adequado	Exceiente	
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema		
O score pode variar de 6 a 20. Quanto menor o score, maior o risco de adquirir úlcera de pressão.					
Observações adicionais:					

ESCALA DE GLASGOW

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	TOTAL
Espontânea	4 Orientado e conversando	5 Obedece aos comandos	6
Ao comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza a dor	5
A dor	2 Palavras Inapropriadas	3 Flexão inespecífica (retirada)	4
	1 Sons Incompreensíveis	2 Flexão Hipertônica (descortificação)	3
	Sem resposta	1 Extensão Hiperônica (descerebração)	2
		Sem resposta	1
Total máximo: 15 Total mínimo: 3 Intubação: 8			



Anamnese Global

004



Nome:	Data da Avaliação:	
Endereço:	N°	
PSF:	N° Cartão do SUS:	
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: / /	Telefone:	
Ag. De Saúde		
Motivo da Consulta:		
Origem do Nascimento:		

Gestação

- Tratamento pré-natal (S) (N)
Quais: _____
- Radiografias (S) (N)
- Transfusões (S) (N)
- Quedas (S) (N)

Condições Físicas _____
Psicológicas: _____

Parto

- Normal ()
- Prematuro () Quantos meses _____
- Fórceps() condições _____
- Cesariana ()
- Fator RH - Pai _____ Mãe _____
- Peso: _____ Tamanho: _____
- Condições da criança ao nascer

Alimentação

- Seios (S) (N)
- Mamadeira (S) (N)
- Início _____ Até quando _____ Tipo de bico _____
- Alimentação Solida (S) (N)

Início _____ Tipo _____ Reação _____ Preferências _____

Desenvolvimento Psicomotor

- Cabeça (S) (N)
- Tronco (S) (N)
- Sentou c/apoio (S) (N) época _____
- Sentou s/apoio (S) (N) época _____
- Engatinhou (S) (N) para frente () para trás ()
- Andou c/apoio (S) (N) época _____
- Andou s/apoio (S) (N) corre () salta () pula ()

Desenvolvimento da Linguagem



- Balbuciou (S) (N)
- Início: _____ Tipo: _____
- Onomatopeias (S) (N)
- Início _____ Quais _____
- Idade com que falhou _____
- Primeiras palavras _____
- Vocabulário - () pobre () rico () médio
- Facilidade de expressão verbal - boa () ruim () médio ()
- Canta (S) (N) Fala sozinha (S) (N) - Situação
- Gosta de Grita (S) (N)

Desenvolvimento Pessoal

1- Sono

- Dormi sozinha (S) (N)
- Dormi com os pais (S) (N)
- Tipo de sono _____
- Acorda Durante a noite (S) (N)
- Baba (S) (N)
- Respiração Bucal (S) (N)

2- Hábitos

- Sucção de polegar (S) (N)
- Chupeta (S) (N)
- Tiques (S) (N)
- Piscar (S) (N)
- Outros _____

3- Escolaridade

- Data de ingresso na vida escolar _____

4- Doenças

- Medicação : _____
- Caxumba () Sarampo () Catapora ()
- Meningite () Convulsões () Rubéola ()
- Caxumba () Sarampo () Outros () _____

Antecedentes patológicos familiares _____

Acompanhamento : _____



ORD	NOME DO PACIENTE	Médico(M/T):	Enfermeiro(MT):	Auxiliar(M/T)	
		Médico(M/T):	Enfermeiro(MT):	Auxiliar(M/T)	
		DN:	MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA	DESTINO	RESOLUÇÃO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

005





SECRETARIA DA SAÚDE



Atestado Médico Para Gestantes

006

ATESTO que a segurada _____

_____, portadora da Carteira

Profissional Nº _____ Série _____

Deverá afastar-se do trabalho pelo período de _____

semanas, a partir de _____ / _____ / _____, em

conformidade com o que dispõe o parágrafo 1º do Art. 392,

da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto

Nº 7520775.

[Handwritten signature]

Médico Responsável _____

Local e Data _____



ATESTADO MÉDICO



007

ATESTO QUE _____

NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE.

C.I.D. _____

HORIZONTE _____ / _____ / _____



MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
 SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
 HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
 Rua Luiza Noronha nº 45, Zumbi - Horizonte - Ce
 CEP: 62880-000 - Fone: 3336.6060



BALANÇO HÍDRICO

DE 19:00 HORAS DE ____/____/____
 AS 07:00 HORAS DE ____/____/____

Paciente		Enfermeira		Leito		Registro													
HORA	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	PVC	PRESSÃO ARTERIAL	GLICEMIA	GLICOSÚRIA	LÍQUIDOS ADMINISTRATIVOS				LÍQUIDOS ELIMINADOS							
								ORAL	GAVAGEM	PARETERAL	IM	IV	DIURESE	SECREÇÃO GÁSTRICA	DRENOS	SUDORESE	VÔMITO	FEZES	OUTROS
19:00																			
20:00																			
21:00																			
22:00																			
23:00																			
24:00																			
01:00																			
02:00																			
03:00																			
04:00																			
05:00																			
06:00																			
07:00																			
BALANÇO PARCIAL (DE 07:00 ÀS 19:00 h)								ADMINISTRADO				ELIMINADO							
BALANÇO TOTAL (DE 07:00 ÀS 19:00 h)								ML				ML							
OBSERVAÇÕES								DIFERENÇA:				(DE 19:00 ÀS 07:00 HORAS)							
								ENFERMEIRA RESPONSÁVEL				COREM				DATA			

008



PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO



[Handwritten signature]

OBSERVAÇÃO

CONDUTA

Dados Operacionais



CNES do Estabelecimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

--	--	--	--	--	--

012

FOLHA

--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TOTAL

--	--	--	--	--

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO	RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA

DATA / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____
 CBO _____ MÊS/ANO _____ EQUIPE _____

013



SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem. _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem. _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem. _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ N° DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / / _____

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / / _____



PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde

NOSSO TRABALHO É CUIDAR DAS PESSOAS.

PREFEITURA DE HORIZONTE

SECRETARIA DE SAÚDE

NUEND - FONE: 33366033

BOLETIM DE RECONHECIMENTO - RG

014



ESTADO	CEARÁ
CRES	22ª

MUNICÍPIO	HORIZONTE	SUB LOCAL	Nº DO QUARTEIRÃO
LOCALIDADE/ COD.		CATEGORIA	ZONA:

ORDEM	RUA, AVENIDA, OUTROS	LADO	IMÓVEL		HABI TAN TES	TAN QUE	TAM BOR	TINA	FIL TRO	POTE	PINGA DEIRA	CISTER NA	CACIM BA	CAIXA D'ÁGUA	CÃO	GATO
			Nº	TIPO												
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

FECHAMENTO

RESIDÊNCIA	
COMÉRCIO	
TERRENO BALDIO	
OUTROS	
TOTAL	

P.E. EXISTENTES	
HABITANTES	

CÃO	
GATO	
TOTAL	

TANQUE	
FILTRO	
CISTERNA	

TAMBOR	
POTE	
CACIMBA	

TINA	
PINGADEIRA	
CAIXA D'ÁGUA	

NOME: _____ ASSINATURA: _____ DATA: / /



PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
NÚCLEO DE ENDEMIAS - NUEND : 33366033

015

SOLICITAÇÃO DA COMUNIDADE



NOME: _____ (_____) TELEFONE: _____
LOCALIDADE: _____ ACS: _____ PSF _____
QUARTEIRÃO: _____ RUA: _____ Nº: _____
REFERÊNCIA: _____

Motivo da Solicitação:

Data da Solicitação: ____/____/____

Trabalhos Realizados na Visita:

INSPEÇÃO () TRATAMENTO () TELAMENTO () BOINAMENTO ()
PEIXAMENTO () VEDAÇÃO () PULVERIZAÇÃO ()

OUTROS: _____

Foram Encontrados Focos:

SIM () NÃO ()

As Amostras Eram:

POSITIVAS () NEGATIVAS ()

Larvicida:

GRAMAS (____ / ____)

Tela:

METRO(S) (_____)

OBS: _____

Solicitação atendida por: _____ Data: ____/____/____

Usuário



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
RUA SANTA EDWIRGES, Nº 36 - PARQUE DIADEMA - HORIZONTE - CE
FONE: (85) 3336-6051 FAX : (85) 3336-6060

BOLETIM DIÁRIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAIS

Dr.(a) _____

DATA: ____ / ____ / ____

Nº	CLIENTE	SEXO	IDADE	ENDEREÇO	UNIDADE DE SAÚDE	CONDUTA/ OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

016

ASSINATURA / CARIMBO RESPONSÁVEL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
 SECRETARIA DE SAÚDE
 CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
 RUA SANTA EDWIRGES, Nº 36 - PARQUE DIADEMA - HORIZONTE - CE
 FONE: (85) 3336-6051 FAX : (85) 3336-6060

BOLETIM DIÁRIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAIS

DATA: / /

Dr.(a)

Nº	CLIENTE	SEXO	IDADE	ENDEREÇO	UNIDADE DE SAÚDE	CONDUTA/ OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ASSINATURA / CARIMBO RESPONSÁVEL



CARDÁPIO SEMANAL

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
ALMOÇO FUNCIONÁRIO							
ALMOÇO PACIENTE							
JANTAR							

018



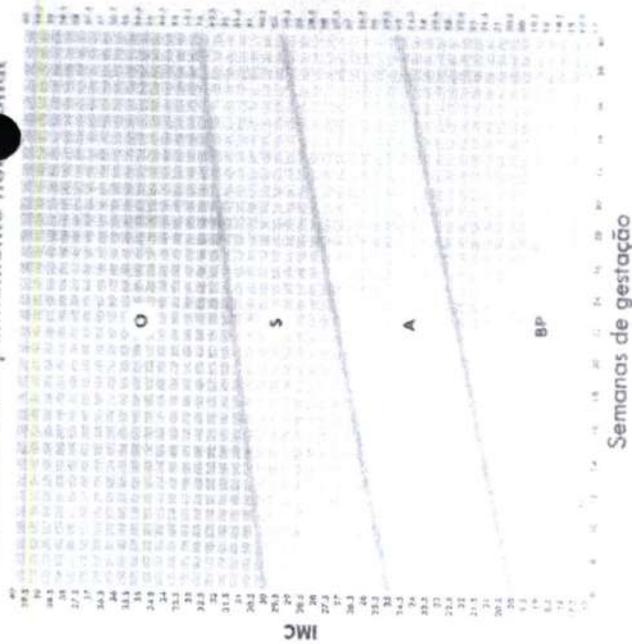
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

SETOR: NUTRIÇÃO



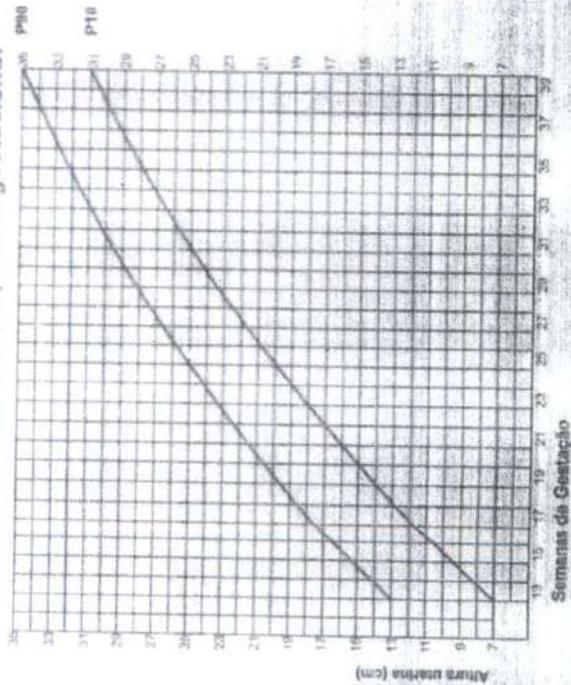
[Handwritten signature]

Gráfico de acompanhamento nutricional



BP Baixo peso A Adequado S Sobrepeso O Obesa

Curva de altura uterina / idade gestacional



PREFEITURA DE HORIZONTE



CARTÃO DA GESTANTE

Nome _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Município _____ UF _____
 Telefone _____
 Equipe: _____
 Sisprenatal: _____
 Agendamento _____
 Data _____ Hora _____ Nome do profissional _____ Sala _____

019



DUM / / Tipo de gravidez Risco habitual
 DPP / / Única
 DPP (USG) / / Gemelar Gravidez Planejada Não Sim
 Tripla ou mais
 Ignorada

Gestas Prévias Abortos Parto Vaginal Nascidos Vivos Vivem

3 ou + abortos

Ectópica mortos 1º sem.
 <2500g
 >4500g depois 1º sem.

Pré-eclâmp. Eclâmpsia Parto cesáreo Nascidos mortos Final da gestação anterior de 1 ano Não Sim Antecedentes clínicos

Diabetes Não Sim Não Sim
 Infecção Urinária Cardiopatia Não Sim
 Infertilidade Tromboembolismo Cir. peiv. uterina
 Hipertensão Arterial Outros
 Outros

Gestação Atual Não Sim Não Sim Não Sim

Fumo (nº de cigarros) Anemia Hipertensão arterial
 Alcool Inc. Instmocerivical Pré-eclâmpsia/eclâmp.
 Outras drogas Ameaça parto prevnat. Cardiopatia
 Violência doméstica Isoimunização Rh Diabetes gestacional
 HIV/Aids Oligo/polidrâmico Uso de insulina
 Sífilis Runt.prem.membrana Hemorragia 1º trím.
 Toxoplasmose CIUR Hemorragia 2º trím.
 Infecção Urinária Pós-datismo Hemorragia 3º trím.
 Vacina antitetânica Hepatite B imunizada
 Sem informação de imunização 1ª dose / /
 Imunizada há menos de 5 anos 2ª dose / /
 Imunizada há mais de 5 anos 3ª dose / /
 1ª dose / / 2ª dose / /
 3ª dose / / reforço / /
 Coqueluche (dTpa) / /
 Influenza / /
 Difteria / /
 Tétanc. / /



[Handwritten signature]

PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE



**HOSPITAL E MATERNIDADE
VENÂNCIO RAIMUNDO
DE SOUZA**



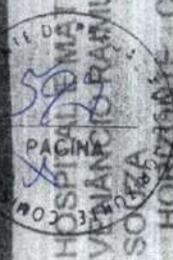
**CENTRO
OBSTÉTRICO
E
MATERNIDADE**

020

Rua Luiza Maria Noronha, nº 45 - Zumbi
Horizonte-CE CEP: 62862-020



(85) 3336-6048



HORIZONTE - CEARÁ

2

IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____ / _____ às _____ h

Data de nascimento: _____ / _____ às _____ h

APGAR: 1º min _____ 5º min _____

Capuro somático _____ IG (US) _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm Perímetro torácico: _____ cm

Tipo sanguíneo mãe: _____ | Tipo sanguíneo RN: _____

Teste rápido HIV: () Não reagente () Reagente

Teste rápido sífilis: () Não reagente () Reagente

Triagem rotina:

Teste coraçãozinho: () Normal () Anormal

SatO2 MSD _____ % SatO2 MIE _____ %

Teste olhinho: Olho esquerdo: () Normal () Anormal

Olho direito: () Normal () Anormal

Teste orelhinha:

Orelha direita: () Passou () Não Passou

Orelha esquerda: () Passou () Não passou

Normal () Anormal () Reteste em 15 dias.

Normal () Anormal () Reteste em 15 dias.

Normal () Anormal () Hepatite B

ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS DE ROTINA DO(A) RECÉM NASCIDO(A)

- Manter em aleitamento materno exclusivo em livre demanda até os 6 meses de vida
- Não oferecer leite de vaca, água, chás ou outros alimentos;
- Coletar teste pezinho entre 4 e 7 dias de vida;
- Comparecer ao posto de saúde mais próximo da sua residência para consultas de puericultura, sendo a primeira recomendada entre 7 e 10 dias de vida;
- Limpeza do coto umbilical com álcool 70% 3x ao dia até os 30 dias de vida (mesmo após a queda do coto umbilical);
- Banhos e higiene do(a) bebê com água limpa e sabonete com pH neutro 1x ao dia;
- Aplicar creme para prevenção de assaduras em região de fredda e "dobrinhas";
- Limpeza da região íntima após urinar ou defecar com algodão limpo e água limpa;
- Evitar o uso de lenços umedecidos;
- Banhos de sol: 1x ao dia em dias alternados até os 30 dias de vida (15 minutos, começo da manhã ou final da tarde);
- Seguir calendário de vacinação do Ministério da Saúde;
- Ler e preencher sempre que possível a caderneta da criança;
- entregue junto dos documentos da alta, pois é extremamente informativa e vai ajudar no cuidado com o(a) novo(a) bebê

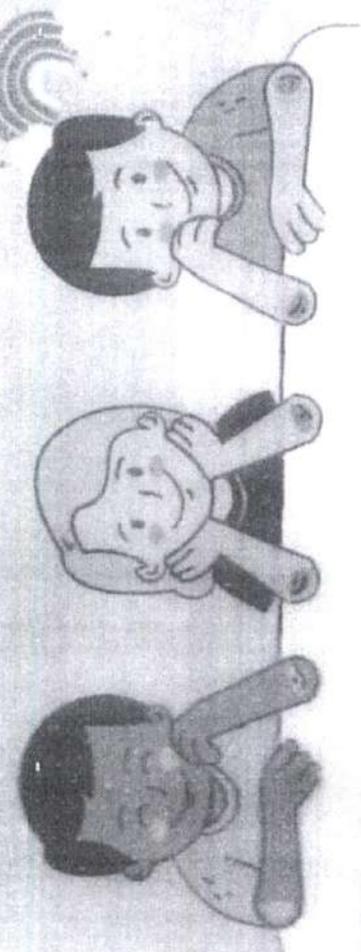
ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS DE ROTINA DA PUÉRPERA E ALEITAMENTO MATERNO

- Se o parto foi normal**
- Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), mantenha a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após suas necessidades, e secando bem o local. A região da cicatrização pode ficar dolorida. Os pontos devem cair espontaneamente.
- Se o bebê nasceu de cesariana**
- Mantenha a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete e banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser retirados em 7 a 10 dias, na Unidade de Saúde.
 - O útero estará voltando ao tamanho normal. Podem ocorrer cólicas, que, às vezes, aumentam durante o parto. Mais ou menos um mês pode acontecer uma dor na vagina, que no início é como um coceco e depois diminui e desaparece gradualmente.
 - Se houver dor na parte de baixo da barriga, procure um médico com cheiro desagradável e febre, pois isso pode indicar rapidamente uma Unidade de Saúde.
 - Intenção que necessita de tratamento.
 - A mãe passou por transformação física e psicológica. Ela poderá se sentir frágil e insegura em alguns momentos após o parto e a passagem e que logo ela e o bebê estarão em uma nova vida.



SABERÃO DE VACINAÇÃO INFANTIL

MENINA



021



Peso para idade 0 a 2 anos.
 Peso elevado para idade > escore-z + 2 | Peso adequado para idade z escore-z - 2 e z escore-z + 2
 Baixo peso para idade < escore-z - 2 | Muito baixo peso para idade < escore-z - 3

