



CADERNETA DA CRIANÇA

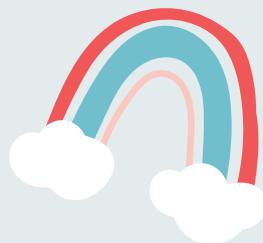
NEO CENTER



Oi!

Sou o/a: _____

e acabei de chegar!



Nome do Responsável

Telefone do Responsável:

Importante:

Leve sempre a caderneta da criança durante as consultas de rotina ou de urgência e sempre que for vacinar seu filho.



Identificação da Criança

Data de nascimento: _____

Hora do nascimento: _____

Nome dos genitores: _____

Cidade onde nasceu: _____ Estado: _____

Endereço: Rua/Av. _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Parto em: () Maternidade () Domicílio

Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesária motivo: _____

Contato pele a pele na primeira hora de vida: () 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 RN. 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: oftalmológica () Não () Sim

Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim

Onde? () UTI _____ dias () Alojamento conjunto _____ dias

Motivo da internação: _____

Data da alta: ___/___/___ Peso na alta: _____

Alimentação: () Leite materno exclusivo

() Leite materno e fórmula infantil

() Fórmula infantil _____



Exames/Triagem Neonatal

Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo

Conduta: _____

Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado

Conduta: _____

Teste do Pezinho: Realizar entre o 3º e o 5º dia de vida.

Data da coleta: ___/___/___

Resultado: () Normal () Alterado

Triagem auditiva: () Normal () Alterado

Data: ___/___/___

Teste linguinha: _____

Teste coraçãozinho: () Normal () Alterado

Saturação:

Membro superior direito: _____

Membro inferior: _____

Primeira Consulta

A primeira consulta com o seu pediatra deve ser realizada nos primeiros 7 a 10 dias de vida.

Data: ___/___/___

1. Medidas:

Peso: _____g

PC: _____cm

Comprimento: _____cm

2. Aleitamento:

- () Leite materno exclusivo (LME)
- () Leite materno e fórmula infantil
- () Fórmula infantil _____

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Observações e condutas:



Os Primeiros Dias de Vida

O nascimento de uma criança traz muitas novidades para a rotina da família. O bebê já nasce com um comportamento próprio: uns são mais quietos, outros solicitam os pais toda hora e outros são mais chorões. Cada um do seu modo.

Procure entender a criança, o que ela gosta ou não gosta, respeitando o seu jeito - vai ser muito mais fácil lidar com ela! É preciso que todos estejam dispostos a acolher e responder às suas necessidades, pois o recém-nascido precisa de muito carinho, amor, atenção e de um ambiente confortável e seguro.

O contato com o bebê

Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto dele e de ouvir as vozes da mãe e do pai. Então, converse com seu filho, cante canções de ninar, fale seu nome e faça carinho tocando-o suavemente. O contato físico com seu bebê e o toque são muito importantes para criar laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social da sua criança. O colo acalma e faz com que ela se sinta segura.

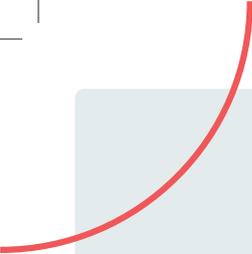
O bebê é muito ligado à mãe e a quem cuida dele, por isso ele percebe quando a pessoa está tranquila ou agitada, segura ou insegura e reage do mesmo jeito. Por isso, é preciso que a mãe seja apoiada pela família e pelos amigos para também se manter calma e segura. Converse com a criança com uma voz suave e observe como ela responde com o olhar e com sons e movimentos do corpo. E, desta forma, você vai aprendendo a se comunicar com ela.

O choro do bebê

O choro é um comportamento normal para os bebês, é uma das maneiras que eles têm de se expressar. Na maioria das vezes, eles se acalmam quando aconchegados ao colo ou colocados no peito. Não se preocupe, os bebês não ficam viciados em colo. Para se tornar independente, ele precisa se sentir seguro e cuidado, por isso não deixe seu filho chorando sozinho.

Evacuação do bebê

Dias de vida do bebê	Fraldas de cocô	Fraldas de xixi
1º DIA		
2º DIA		
3º DIA		
4º DIA		
5º DIA		
6º e 7º DIA		



Amamentando o Bebê

Importância do Leite Materno

O leite materno é um alimento completo e é recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento, ou seja, seu filho não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento.

O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar o aleitamento materno e aumenta o risco de o bebê ficar doente. Em lugares de clima quente, ofereça o peito mais vezes. Inicialmente, o bebê que se alimenta apenas de leite materno mama de 8 a 12 vezes por dia e, com o tempo, ele mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas. Não é necessário fixar horários. Quanto mais seu filho mamar, maior será a sua produção de leite.

Melhor para a criança

O leite materno é de mais fácil digestão, já que é produzido exclusivamente para a criança, e também é limpo, gratuito e está sempre pronto e quentinho. Além disso, protege o bebê de doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta.

A amamentação também contribui para o desenvolvimento emocional da criança, assim como para sua inteligência. Sugar o peito é um excelente exercício para fortalecer os músculos da face e ajuda o bebê a desenvolver a respiração, a fala e a ter dentes saudáveis.

Melhor para a mãe

Acompanhada de uma alimentação saudável, ajuda a reduzir mais rapidamente o peso adquirido durante a gravidez.

Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia.

Reduz o risco de doenças como diabetes, câncer de mama e de ovário.



IMPORTANTE:

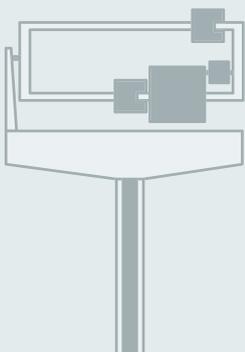
Além de garantir os nutrientes necessários ao crescimento saudável, a amamentação favorece a comunicação entre a mãe e o bebê. O contato corporal, a troca de olhares e as carícias que podem acontecer durante as mamadas, ajudam mãe e filho (a) a se conhecerem.

Cuidando da Saúde da Criança

Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que seu filho tenha uma boa saúde. Peça ao profissional para anotar as informações sobre o atendimento nos espaços próprios desta caderneta.

Você deve levar a criança para fazer as consultas de rotina nas idades:

- 1ª semana
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 36 meses



Sinais de Perigo

Em caso de algum desses sinais, entre em contato imediatamente com seu pediatra ou procure um pronto atendimento.

Crianças menores de 2 meses

- Criança muito molinha e caidinha, que se movimenta menos do que o normal;
 - Criança com sinal de pele com pouca elasticidade;
 - Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar;
 - Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência;
 - Criança com cansaço ou dificuldade para respirar ou com respiração muito rápida;
 - Criança que não consegue mamar;
 - Temperatura do corpo baixa (menor ou igual a 35,5°C);
 - Febre (temperatura igual ou maior que 37,5°C);
 - Pus saindo do ouvido;
 - Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele;
 - Urina escura;
 - Fezes com sangue.
- 

Crianças maiores de 2 meses

- Criança com dificuldade para respirar ou com respiração rápida;
- Criança com pele com pouca elasticidade;
- Criança que não consegue mamar ou tomar líquidos;
- Criança que vomita tudo o que come e bebe;
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar;
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência;
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.

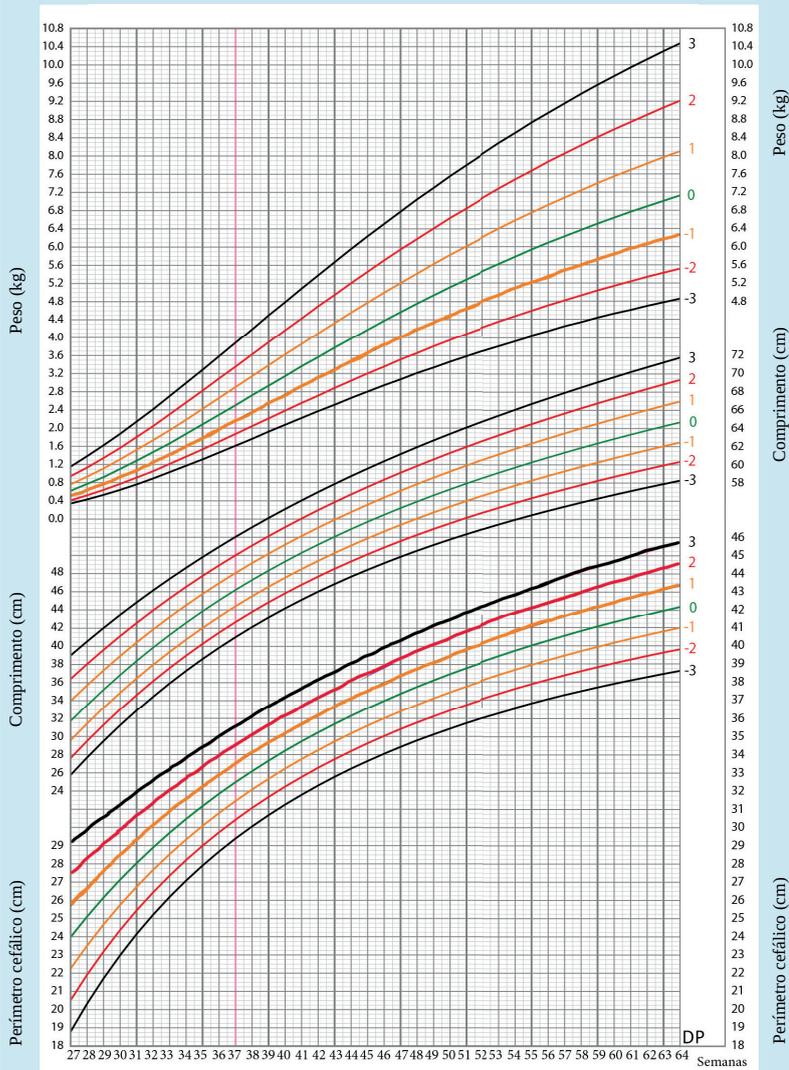


ATENÇÃO!

Caso alguma criança apresente algum desses sinais de perigo e haja dificuldade para levá-la ao serviço de urgência, ligue para 192 - SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

A ligação é gratuita.

Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo - Menino



Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)

Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos - Menino

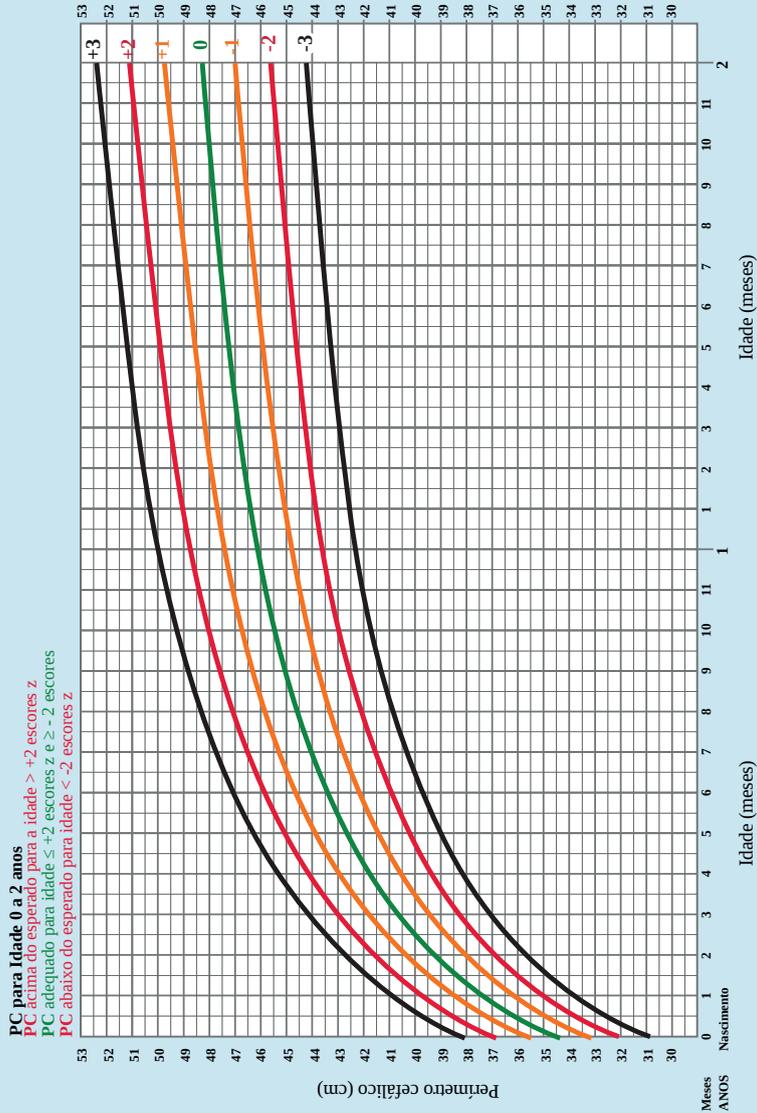


Gráfico para Peso para Idade de 0 a 2 Anos - Menino

Peso para Idade 0 a 2 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

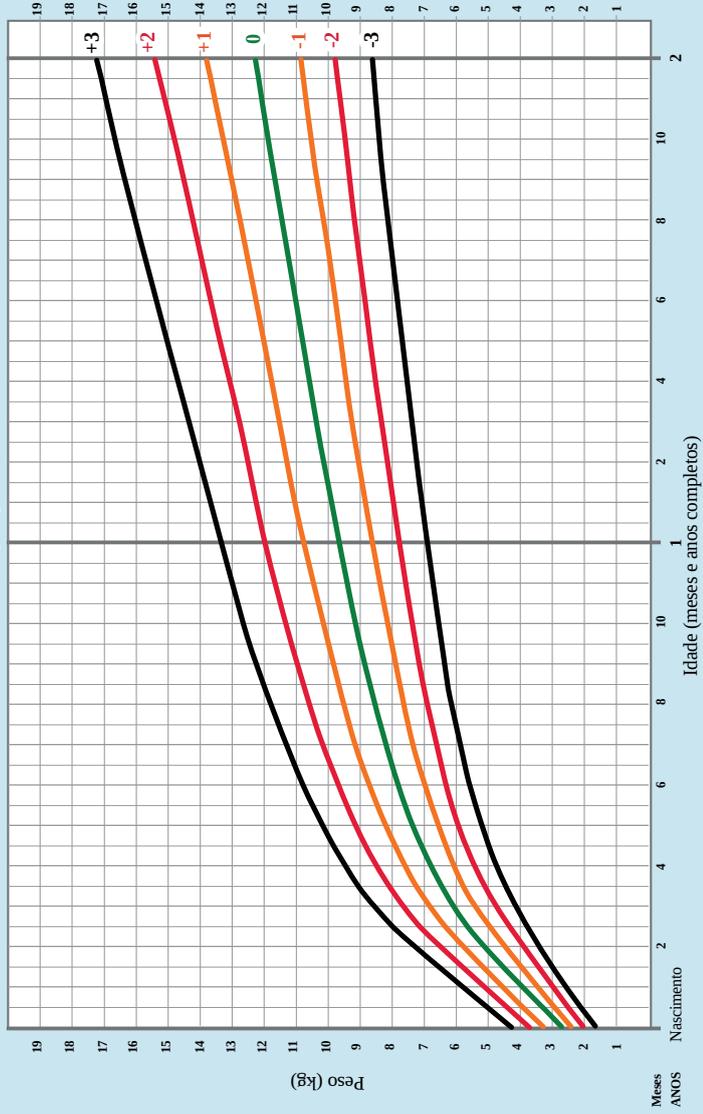
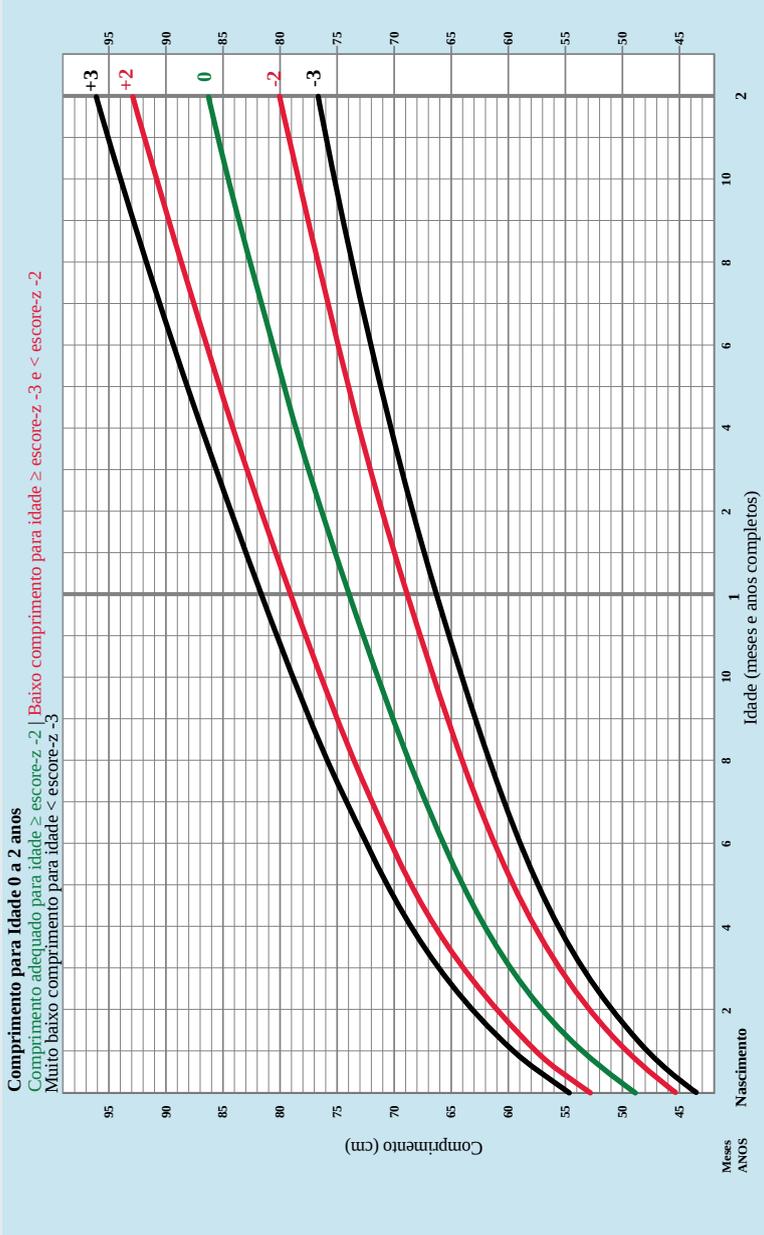
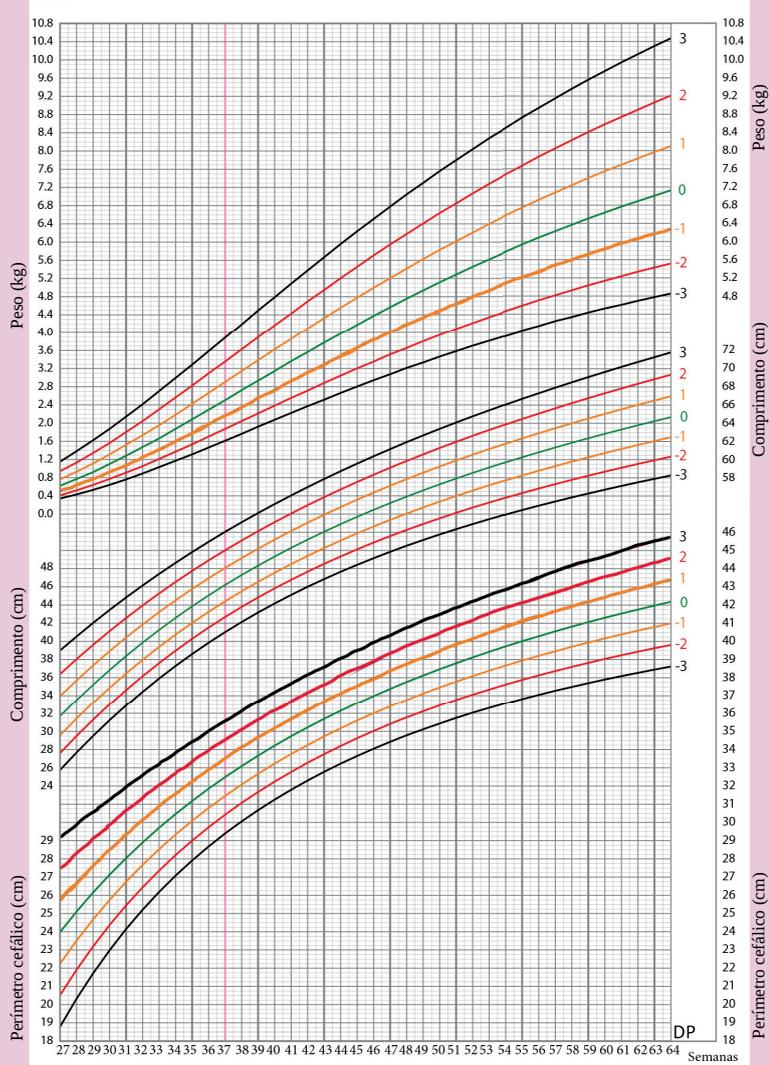


Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos - Menino



Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo - Menina



Perímetro cefálico/ Comprimento/ Peso

Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)

Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos - Menina

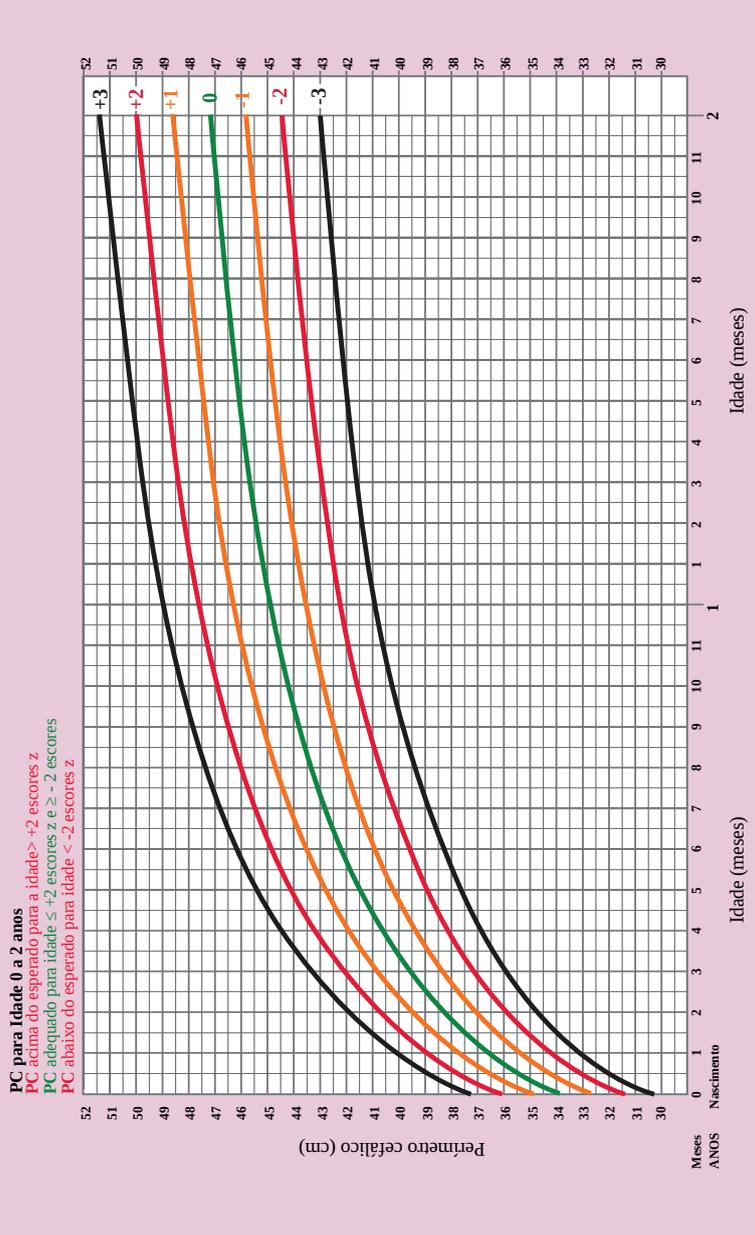


Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos - Menina

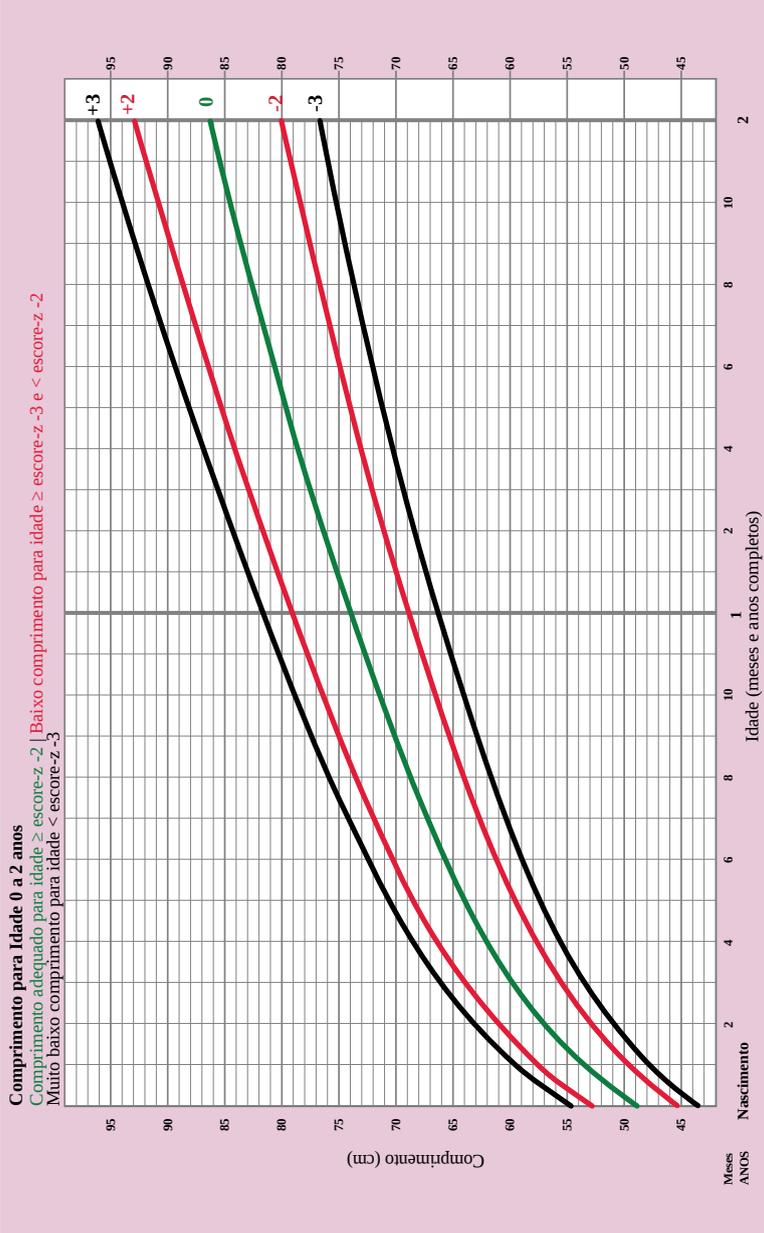
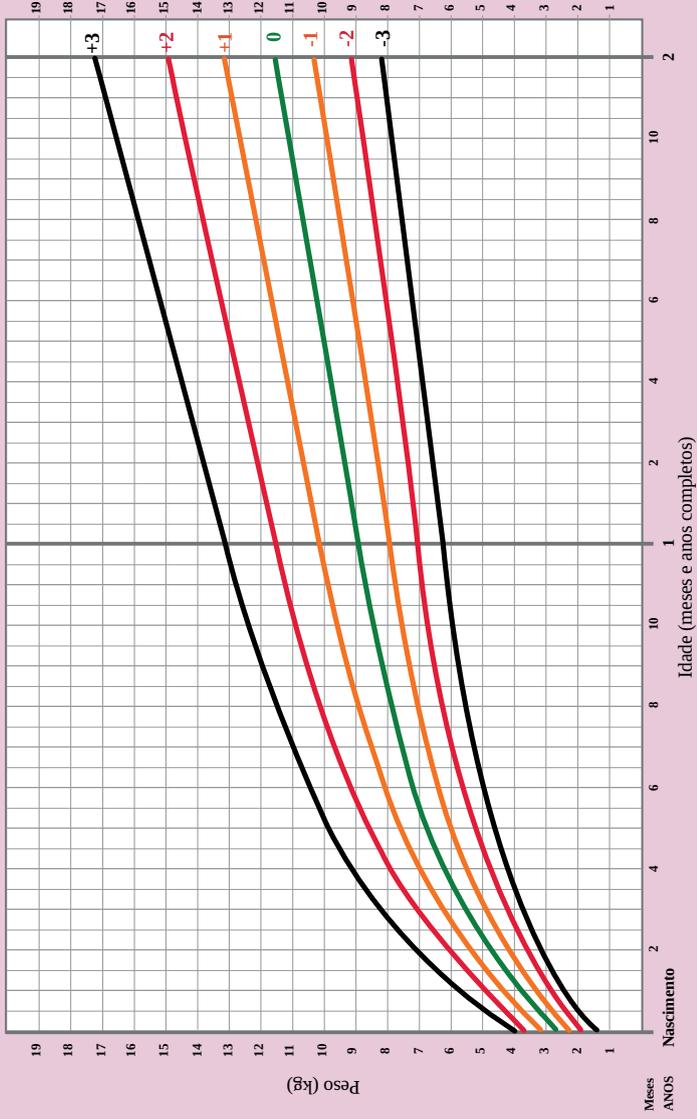


Gráfico para Peso para Idade de 0 a 2 Anos - Menina

Peso para idade 0 a 2 anos

Peso elevado para idade > escore-z +2 | Peso adequado para idade ≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +2

Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < escore-z -2 | Muito baixo peso para idade < escore-z -3



REGISTRO DAS VACINAS

Nome:					
Até 12 meses	BCG	Hepatite B	Penta		
	Dose única	Dose ao nascer	1ª Dose	2ª Dose	
	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	
	Rotavírus humano		Pneumocócica 10V (conjugada)		
	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	
	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	
	A partir de 12 meses	Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	DTP	
		Reforço	Reforço	1º Reforço	1º Reforço
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	
Hepatite A		Pneumocócica 23V (povos indígenas)	HPV		
Uma dose		Uma dose	Dose	Dose	
Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:		Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produit: Unidade: Ass.:	

			Data de Nascimento: ____/____/____	
		VIP		
	3ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:
	Meningocócica C (conjugada)		Febre amarela	Tríplice viral
	1ª Dose	2ª Dose	Dose única	1ª Dose
	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:
	VOP		Tetra viral	Varicela
	1º Reforço	1º Reforço	Uma dose	Uma dose
	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:
		Influenza		
	Dose	Uma dose		
	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:	Data: / / Lote: Lab.Produz: Unidade: Ass.:		

OUTRAS VACINAS

Nome:	
OUTRAS VACINAS	
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____

CAMPANHAS

Data de nascimento: ____/____/____

CAMPANHAS

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____

Vacina: _____
Data: ____/____/____
Lote: _____
Lab. Produz: _____
Unidade: _____
Nome vacinador: _____



www.neocenter.com.br
@nossoneocenter

NEOENTER