ESTADO DO RIO DE JANEIRO
**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

## Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança

# FICHA CLÍNICA AMBULATORIAL

**IDENT.**

Nome:_____ DN ☐☐☐☐☐☐

Mãe:_____

Pai:_____ SEXO ☐☐ M F

Endereço:_____

UNID. DE SAÚDE_____

Nº Reg. ☐☐☐☐☐☐

**ANTECEDENTES**

PESO AO NASCER_____ g 250G ( ) ESTATURA_____ cm P. CEF_____ cm

PESO NA ALTA_____ g APGAR: 1º_____ 5º_____ REANIMAÇÃO: SIM( ) NÃO ( )

TIPO DE PARTO: NATURAL ( ) CESÁREO ( ) SIMPLES ( ) MULTIPLO ( )

PRÉ-TERMO ( ) TERMO ( ) PÓS-TERMO ( )

MÃE: IDADE:_____ GESTA:_____ PARA:_____ CONSULTAS: 5 ou mais ( ) Menos de 5 ( ) PRÉ-NATAL: Nenhuma ( )

PATOLOGIAS DO PERÍODO PERINATAL { HIPERBILIRRUBINEMIA ( ) PAT. NEUROLÓGICAS ( ) ANOMALIA CONGENITA ( )_____
DIFIC. RESPIRATÓRIA ( ) SÍFILIS ( ) OUTRAS INF. CONG._____
TRAUMAS PARTO ( ) OUTRAS ( ) _____

ALTA DO RECÉM NASCIDO: SADIO ( ) C/ PATOLOGIA ( )_____

**SAÚDE FAMILIAR**

ANOMALIA CONGENITA ( ) DIABETE ( ) ASMA/ALERGIA ( ) _____

IRMÃOS FALEC. 5 anos ( ) D. MENTAIS ( ) D. INFECCIOSAS ( ) _____

IRMÃOS DESNUTRIDOS ( ) EPILEPSIA ( ) ÁLCOOL/DROGAD. ( ) OUTRAS ( )_____

**CONDIÇÕES SOCIAIS**

RESIDE COM: PAI ( ) MÃE ( ) OUTROS ( )

MÃE: TRAB. REMUNERADO: EM CASA ( ) FORA DE CASA ( ) NÃO ( )

INSTRUÇÃO: ANALFABETA ( ) 1º GRAU COMPLETO ( ) 1º GRAU COMPLETO E MAIS ( )

PROFISSÃO DO PAI:_____

REDE DE ÁGUA: SIM ( ) NÃO ( ) REDE DE ESGOTO: SIM ( ) NÃO ( )

**ASPECTOS DINÂMICOS**

**ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO**

| MESES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LEITE MATERNO | | | | | | | | | | | |
| OUTRO LEITE | | | | | | | | | | | |
| COMIDA DE SAL | | | | | | | | | | | |

**VACINAÇÃO BÁSICA**

| | BCG | ANTIPÓLIO | DPT (TRÍPLICE) | ANTI-SARAMPO | TOX. TETÂNICO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1ª DOSE | | | | | |
| 2ª DOSE | | | | | |
| 3ª DOSE | | | | | |
| REFORÇO | | | | | |

**INTERCORRÊNCIAS**

| PROBLEMAS INTERCORRENTES | IDADE | INTERNAÇÃO SIM | INTERNAÇÃO NÃO | PROBLEMAS INTERCORRENTES | IDADE | INTERNAÇÃO SIM | INTERNAÇÃO NÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESTES DADOS SÃO IMPORTANTES PARA A ORIENTAÇÃO DAS DEMAIS CONSULTAS E PARA AVALIAÇÃO DO RISCO.

SMSQ-039