



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA TEBAS/PR
CNPJ/MF – 80.620.172/0001-05
RUA LUIZA LAITNER MOLETA, 751.
CEP: 85250-000 – FONE/FAX: (42) 3643-114



Nome da criança: _____ DN: _____ Sexo: F () M ()
Apgar: _____ Peso: _____ ALT: _____ PC: _____ PT: _____ PA: _____
Data da alta: _____ Peso na alta: _____ ALT na alta: _____ PC na alta: _____
Parto: _____ Médico que fez o parto: _____ IG: _____
Local de Nascimento: _____
Mãe: _____ Pai: _____
Endereço: _____ Cartão SUS: _____
SISVAN () sim () não Bolsa Família () sim () não Leite Crianças () sim () não

Acompanhamento:

Data: ____/____/____ Idade em mês: _____ Aleitamento Materno: () Sim () Não

Obs. Sobre aleitamento e/ou alimentação: _____

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ g Est: _____ cm PC: _____ cm PT: _____ cm PA: _____ cm FC: _____ bpm FR: _____ rpm
Temperatura: _____ Crânio: _____ Fontanelas: Bregma _____ Lambda _____
Mucosa ocular: Corada: () Sim () Não Esclera, icterícia: () Sim () Não Secreção conjuntiva: () Sim () Não
Ouvido: _____ Nariz: _____ Boca: _____
Pele: coloração _____ presença de lesões () sim não ()
Região cervical: _____ Tórax: _____ Coração: _____
Pulmão: _____ Abdômen: _____
Coto umbilical: secreção () sim () não Genitália externa: _____

Eliminações Fisiológicas: presente () ausente () quantos dias: _____ Coloração/consistência: _____

Reflexos: Procura: _____ Marcha: _____ Cutâneo e plantar (babinski): _____ Alerta: _____ Galant: _____ Pontos
cardeais: _____ Sucção _____ Moro _____ Manobra de Ortolani: _____ Manobra de Barlow: _____ Equilíbrio
estático (pescoço): _____ Equilíbrio dinâmico (giro da cabeça): _____ Engatinhar ou
asfixia: _____ Ciliar: _____ Olhos de boneca: _____

Curva de crescimento: () Ascendente () Horizontal () Descendente

DNPM (Desenvolvimento neuropsicomotor):

Queixas: _____

Saúde Bucal:

Apresenta alguma alteração e/ou lesão bucal: () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Já foi encaminhada (o) para consulta odontológica? () Sim () Não

Triagem neonatal:

Encaminhado para teste da orelhinha? () Sim () Não

Realizado teste do olhinho? () Sim () Não

Realizado teste do coraçãozinho? () normal () alterado