

Data da Consulta:

NID:

Nome:

/ /



Sexo:

☐ Femenino

☐ Masculino

Data de Nascimento:

/ /



Residência:

Distrito:

Localidade:

Circulo:

Aldeia(Bairro):

Célula:

Selecione



Selecione



Casa nº:

Quarteirão:

Ponto de Referência:

Endereço de habitação temporária:

Em casa de:

Nome da mãe:

Local de Trabalho:

Nome da pai:

Local de Trabalho:

Pessoa a contactar em caso de necessidade:

Telefones:

Visitas Domiciliares - Consentimento:

☐ Sim

☐ Não

Motivo da Consulta

Alimentação Artificial

PVT

Outras Doenças na família

Situação social

Motivos:

- ☐ Prematuridade
- ☐ Peso ao nascer inferior a 2.5 kg
- ☐ Crescimento insuficiente
- ☐ Desnutrição aguda
- ☐ Exposição ao HIV. Código PTV
- ☐ Mãe Falecida/Ausente
- ☐ Contacto com Tuberculose
- ☐ Gêmeos
- ☐ Leite artificial ou desmame brusco
- ☐ Migração recente da família

Outros:

Local de parto:

- ☐ Maternidade
- ☐ Casa
- ☐ Caminho

Peso de nascimento:

Perímetro craniano:

Idade gestacional:

Tipo de parto:

- ☐ Normal
- ☐ Cesariana
- ☐ Ventosa
- ☐ Pélvico

Aleitamento:

- ☐ Materno
- ☐ Artificial
- ☐ Misto

Idade de Desmame:

Motivo de Desmame:

Data da alta:

/ /



☐ Curado(a)

☐ Óbito

☐ Abandono

Submeter

## Alimentação Artificial

### Detalhes

## PVT

### PVT Mãe:

- ☐ Monoprofilaxia  
☐ Bipprofilaxia  
☐ Triprofilaxia  
☐ TARV  
☐ Nenhum

Outros:

### PVT criança:

- ☐ NVP  
☐ AZT  
☐ NVP+AZT  
☐ Nenhum

Outros:

### Antecedentes pessoais da criança:

Causas de internamentos:

Transfusão de sangue:

Doenças anteriores:

## Outras Doenças na família

### Outras doenças na família:

- ☐ Doença alérgica    ☐ Hipertensão arterial  
☐ Diabetes mellitus    ☐ Doenças cardíacas  
☐ Asma

Outros:

### Contacto com tuberculose:

- ☐ Sim    ☐ Domiciliar  
☐ Não    ☐ Não Domiciliar

## Situação social

### Situação social :

#### Agrado familiar:

Adultos:

Crianças

#### Casa:

- ☐ Caniço/bambu  
☐ Chapa  
☐ Bloco

Outros:

#### Tem fonte de água:

- ☐ Poço  
☐ Água canalizada  
☐ Fonte de água  
☐ De 50 metros

Outros:

#### Rede mosquiteira:

- ☐ REMTIL ??  
☐ Sim  
☐ Não

#### Excretas:

- ☐ Latrina melhorada  
☐ Sanitário  
☐ Nenhum

### Rendimento:

- ☐ Agricultura de subsistência  
☐ Emprego

Outro:

- ☐ Autoemprego  
☐ Apoio familiar

- ☐ Apoio do INAS  
☐ Apoio de outras instituições