


NID: 0101001/15/001

Nome: FLor de Liz

Data da Consulta: / / 

Unidade Sanitária: Seleccione ▼

Idade:

Perimetro craniano:

Peso actual:

Vacinas em dia: ☐ Sim ☐ Não

Estatura:

Vitamina "A" em dia: ☐ Sim ☐ Não

Peso/Estatura:

Desparasitação em dia: ☐ Sim ☐ Não

Histórico Actual

Avaliação Clínica

Teste Efectuados

Tratamento

Alimentação Infantil

Referido para

Alta

☐ Diarreia☐ Febre☐ Dorme sob rede mosquiteira☐ Tosse☐ Contacto com tuberculose



Outros:

Nome do Profissional de Saúde:

### Avaliação Clínica

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sinal de perigo   | <input type="checkbox"/> Edema           | <input type="checkbox"/> Secreção do ouvido                   |
| <input type="checkbox"/> Palidez palmar    | <input type="checkbox"/> Candidíase oral | <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento psicomotor |
| <input type="checkbox"/> Desidratação      | <input type="checkbox"/> Dermatite       |   |
| <input type="checkbox"/> Respiração rápida | <input type="checkbox"/> Adenomegalites  |   |
- Outros:

### Teste Efectuados

- PCR (data):  /  /   PCR (Resultado): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
- Mantoux:  /  /   HIV (Resultado): ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
- Hemoglobina:  Mantoux: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
- Plásmódio(TDR) ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
- Outro:

### Tratamento


- Profilaxia com Cotrimoxazol: ☐ Sim ☐ Não ☐ Amoxicilina ☐ Mebendazol ☐ SRO
- Profilaxia com Isoniazida: ☐ Sim ☐ Não ☐ Nistatina ☐ Multivitaminas ☐ Zinco
- Profilaxia com Nevirapina: ☐ Sim ☐ Não ☐ Antimaláricos ☐ Vitamina A
- ☐ Tratamento nutricional (ATPU)
- ☐ Tratamento nutricional (CSB)
- Outro:

### Alimentação Infantil

#### Tipo de aleitamento:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo | <input type="checkbox"/> Aleitamento misto        |
| <input type="checkbox"/> Aleitamento artificial        | <input type="checkbox"/> Alimentação complementar |

### Referido para

- Internamento: ☐ Sim ☐ Não Data da próxima consulta:  /  /  
- Consulta médica: ☐ Sim ☐ Não

### Alta

- Curado(a): ☐ Sim ☐ Não Transferido para CS(Doença crónica) ☐ Sim ☐ Não E a Data ?????
- Abandono: ☐ Sim ☐ Não Óbito ☐ Sim ☐ Não
- Outro: