

Nome da criança:		Data Nascimento	
Nome da mãe ou responsável:			
Data da última consulta em puericultura:		____/____/____	
Motivo da Consulta:			
Alimentação: (estado nutricional e avaliação alimentar)			
Imunização: Calendário Vacinal correto () Sim () Não Obs.:			
Eventos adversos: () Sim () Não Qual?			
Exame da capacidade visual:			
Avaliação da função auditiva:			
Avaliação da saúde bucal:			
Funções de eliminação Intestinal:		Funções de eliminação Urinária:	
Sono - avaliação qualitativa e quantitativa:			
Desenvolvimento neuropsicomotor:			
Há indícios/evidências de alterações ou desvios do desenvolvimento? () Sim () Não Qual?			
Relacionamentos e desempenho escolar:			
Avaliação do desenvolvimento e condição da sexualidade:			
Avaliação dos cuidados domiciliares:			
Dados antropométricos:			
Peso:		Estatura:	
IMC		PC	
PA			
Exame físico:			
Diagnóstico:			
Plano/conduta:			
Observações Adicionais:			
Medicação em Uso:			

Assinatura: _____