

Nome:	Data de nascimento: ____/____/____		Campanhas				Outras Vacinas			
	Data:	Lote:	Lab. Produz:	Unidade:	Nome vacinador:	Data:	Lote:	Lab. Produz:	Unidade:	Nome vacinador:
	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____	____	____	____	____
	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____	____	____	____	____
	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____	____	____	____	____
	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____	____	____	____	____

Dados do Recém-Nascido

Nascimento:

Nascido às ____ de ____ do dia ____/____/____
 Maternidade/Cidade, UF: _____
 Peso ao nascer: ____ g Comprimento ao nascer: ____ cm
 Perímetro cefálico: ____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
 Apgar: 1º min: ____ 5º min: ____
 Idade gestacional (IG): ____ semanas ____ dias
 Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
 Tipagem sanguínea do RN: ____ Mãe: ____
 Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN):
 () Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro: ____
 Aleitamento materno na primeira hora da vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:

Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo
 Conduta: _____
Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado
 Conduta: _____
Teste do Pezinho: () Não () Sim Data: ____/____/____
 Realizar entre o 3º e 5º dia de vida.
 Resultado:
 Deficiência de Biotinidase: () Normal () Alterado
 Hiperplasia Adrenal Congênita: () Normal () Alterado
 Fibrose Cística: () Normal () Alterado
 Fenilcetonúria: () Normal () Alterado
 Hipotireoidismo: () Normal () Alterado
 Anemia falciforme: () Normal () Alterado
 Outros: _____
Triagem auditiva: () Não () Sim Data: ____/____/____
 Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.
 Testes realizados: () PEATE () EOA
 Resultado: OD: ____ OE: ____ (normal/alterado)
 Conduta: _____
 Reteste: Até 30 dias () Não () Sim Data: ____/____/____
 Testes realizados: () PEATE () EOA
 Resultado: OD: ____ OE: ____ (normal/alterado)
Teste da Oximetria: () Normal () Alterado
 Conduta: _____

Dados na alta:

Data: ____/____/____ Peso: ____
 Alimentação:
 () Leite materno () Leite materno e outro leite () Outro leite: _____

CARTÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Município de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Unidade Básica que frequenta: _____

Nº do Prontuário na UBS: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo: _____

Nº do Registro Civil de Nascimento: _____

Nº do Cartão do SUS: _____



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

NOME: _____					DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____			
DOSES/ VACINAS	BCG	Hepatite B	Penta	VIP	Pneumocócica 10V/ (conjugada)	Rotavírus humano	Meningocócica C (conjugada)	Outras Vacinas
Ao nascer	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____						Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
1ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
2ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
3ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____				Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
DOSES/ VACINAS	Febre Amarela	Hepatite A	DPT	VOP	Triplíce viral	Tetra viral	Varicela	HPV
Dose	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Dose								Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Reforço			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____				
Reforço			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____				