



FICHA DE SAÚDE DA CRIANÇA

1- Identificação da criança

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Tipo sanguíneo _____ RH _____

Pediatra da Criança: _____

Telefone do consultório: _____

2- Doenças que a criança já teve:

() Bronquite asmática () Coqueluche () Rubéola

() Caxumba () Convulsão febril () Sarampo

() Catapora () Desidratação

() Outros, especificar: _____

3- A criança apresenta alergia a:

() Alimentos com corantes () Picadas de insetos () Poeira

() Chocolate () Leite de vaca () Grama

() Mofo () Não apresenta () Medicamentos

() **Outros**, Especificar: _____

4- Em caso de febre, o responsável pelo LDI e LDH poderá ministrar o antitérmico?

(especificar): _____

5- Doenças familiares (especificar):

6- - Antecedentes obstétricos:

A mãe fez Pré-Natal? _____

Saúde da mãe durante a gravidez: _____

Condições do parto: _____

Condições da criança ao nascer: _____

Peso: _____ Altura: _____

7- Exame físico da criança antes de entrar na instituição:

Peso: _____ Altura: _____

Audição: _____

Visão: _____

Linguagem: _____

Nutrição: _____

Outros: _____

8- Observações:

- A criança está sob tratamento médico? _____

Especificar: _____

- A criança necessita de cuidados especiais: _____

Especificar: _____

Outros: _____

Data da consulta: _____

CRM do Médico Pediatra _____

Assinatura do Médico Pediatra _____