

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA  DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BOLETIM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL



PROGRAMA DE SAÚDE REPRODUTIVA

RECOMENDAÇÕES

Para os Pais

- Este Boletim contém informações muito importantes à saúde e ao desenvolvimentos do vosso filho
- O boletim deve ser tratado com cuidado para não se estragar ou extraviar.

- Levem-no sempre quando o vosso filho ou filha for a uma consulta, ao serviço de urgência ou tive que ser internado.

- Levem o Boletim quando forem registrado os vossos filhos à conservatória do Registo Civil.

- Mostrem sempre este boletim ao médico ou a enfermeira que atender a vosso filho ou filha.

- _ Recorram ao boletim para informações que lhes forem pedidas nas creches, jardins de infância, escolas, etc.

Para os Adolescentes

As recomendações feitas para os pais também se destinam aos jovens adolescentes que vão à consulta sem serem acompanhadas.

Para os Médicos e Enfermeiros

- Não se esqueçam de pedir o Boletim aos pais
- Preencham o Boletim cuidadosamente, de forma sucinta e clara
- Informe aos pais da importância do uso do boletim

IDENTIFICAÇÃO

Nº. DE FICHA _____

NOME _____

Data de Nascimento ____/____/____ Sexo M ____ F ____

Nome da mãe _____

Nome do pai _____

Residência _____ Naturalidade _____

IRMÃOS E IRMÃS

ANO DE NASC.	SEXO	OBS.	ANO DE NASC.	SEXO	OBS.

DÊ DE MAMAR AO SEU FILHO IMEDIATAMENTE (NA SALA DE PARTO) APÓS O NASCIMENTO, É DAR PRIMEIRA VACINA

PRÓXIMA VISITA

VACINAÇÃO

Tipo de Vacina	DOSES			
	1ª	2ª	3ª	REFORÇO
BCG + POLIO 0				
D.P.T- HepB - Hib (Pentavalente)				
Anti-Poliomielite				
Anti-Pneumocócia				
Anti-Rotavirus				
Anti-Sarampo				
Anti-Febre Amarela				
Outras				

Período Pré-Natal

Duração da Gravidez Semanas

Nº. De consultas durante a gravidez

Gravidez Normal De Risco

Observações: _____

PERÍODO NEONATAL

Local de parto _____

Tipo de parto: _____

Se parto gemelar, indique:
 Nº de gémeos nados vivos Nº de gémeos feto morto

1º Gémeo 2º Gémeo 3º Gémeo Outros múltiplos

Assist. Médica Parteira Outro

Peso ao nascer gramas

Índice de APGAR ao 1º min 5º min

Reanimação SIM NÃO

Grupo Sanguíneo _____

Factor R. H. _____

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Significa dar só leite de
mama e mais nada

APRECIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

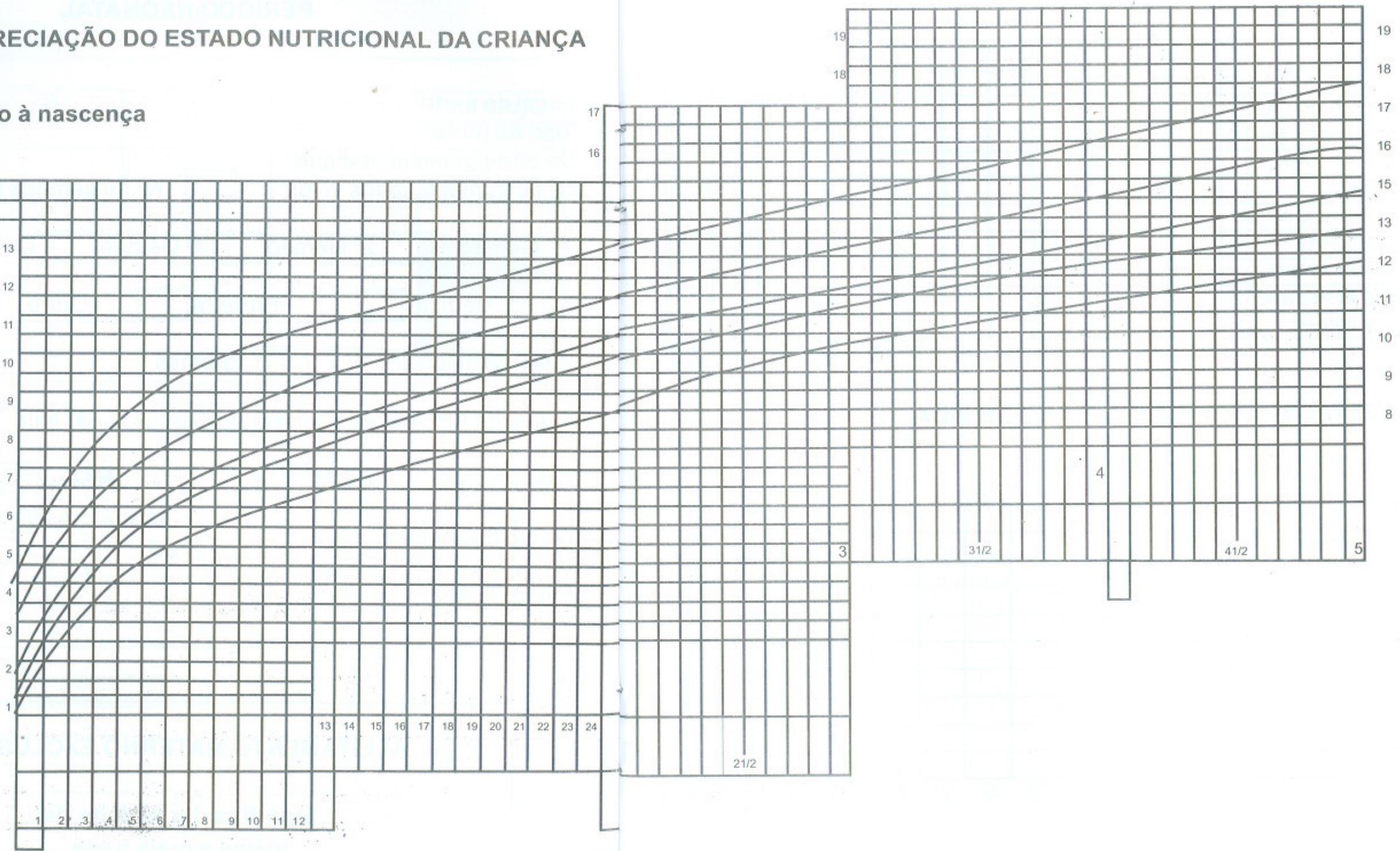
Peso à nascença

Mãe grávida (g)
Mama: Sim (x) Não (o)

BOM

Sinal de alerta

Sinal de Perigo



DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

ASSINALAR COM UMA CRUZ

SORRI													
VOCALIZA													
CONT. DA CABEÇA													
SEGURA UM OBJECTO													
VIRA-SE NA CAMA													
ARRASTA-SE													
SENTA-SE SEM APOIO													
PÕE-SE DE PÉ													
ANDA COM APOIO													
FICA DE É SOZINHO													
ANDA SOZINHA													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

ALIMENTAÇÃO DURANTE O 1º ANO DE VIDA

ASSINALAR COM UMA CRUZ

Leite materno													
Água													
Sumo de frutas													
Papas cereais													
Sopas													
Purés													
Peixe													
Ovos													
Outros													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

OBS:

ANÁLISES LABORATÓRIAS

DATA						
Hemoglobina						
Cel. Falciforme						
G.B.						
URINA II						
OUTRAS						

PARA OS PAIS

- Dê de mamar ao seu bebe logo após o nascimento (1/2 h)
- Leite materno é o melhor para a criança e para a mãe
- Não se deve marcar o horário para as mamadas
- Cada criança adopta o seu horário
- O leite materno deve ser exclusivo até aos 6 meses
- Introdução de água , de outros líquidos e a alimentos sólidos só deve ser a partir dos 6 meses de idade

VISITA 0 - 5 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

VISITA 0 - 5 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

VISITA 0 - 5 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

VISITA 5 - 8 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

PARA OS PAIS

- Alimentar adequada
- Actividade física
- Hábitos de estudo
- Ambiente Saudável
- Promover a segurança
- Cuidar dos dentes

VISITA 9 - 12 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

PARA OS PAIS E FILHOS

- Alimentar adequada
- Tens o direito de dizer "Não" ao uso da droga e outras substâncias
- Hábitos de estudo
- Actividade Saudável
- Promover a segurança
- Cuidar dos dentes

VISITA 13 - 15 ANOS

DATA	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO

PARA OS ADOLESCENTES

- Alimentar adequadamente
- Tens o direito de dizer "Não" ao uso da droga e outras substâncias Nocivas
- Aconselhar-te
- Exercício Físico
- Leitura
- Prazer de não Fumar
- As manifestações sexuais são normais nos (as) adolescente!
- Abstenha-te da relação sexual!

