

CARTÃO DE ALTA DO RECÊM-NASCIDO

HOSPITAL

Unimed 

Regional Jaú

Nome: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Data do nascimento: ____/____/____

Hora: _____

Local: _____

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Tipo de parto: Normal Fórceps Cesáreo

Indicação: _____ Sexo: Masc. Fem.

Apgar 1' _____ 5' _____ 10' _____

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm PC: _____ cm

Idade Gestacional: _____ semanas AIG PIG GIG

DUM Capurro Dubowitz New Ballard Outro

Tipo Sanguíneo: RN: _____ Mãe _____

Coombs: Direto: _____ Indireto: _____

VDRL da mãe no parto: _____ VDRL do RN: _____

Outros exames: _____

Intercorrências ocorridas: _____

Fototerapia () sim () não

BT _____ BD _____ BI _____ Reticulócitos _____

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Tipo de alimentação no hospital e na alta:

() leite materno () fórmula () misto

Data da alta: ____/____/____

Peso: _____

Retorno ambulatorial: ____/____/____ às ____:____

Obstetra

Pediatra

TESTES NEONATAIS

“Teste do Pezinho”:

Por meio de gotas de sangue tiradas do calcanhar da criança, é possível se fazer uma importante avaliação inicial para detectar algumas doenças genéticas (transmitidas pelos genes da mãe e do pai) e congênicas (que se desenvolvem no útero), que precisam de tratamento o mais rápido possível para evitar graves sequelas no futuro.

Orientação: Procurar a UBS - Unidade Básica de Saúde na 1ª semana de vida

“Teste do Olhinho” ou Triagem Visual ou Reflexo Vermelho:

É realizado em bebês na 1ª semana de vida, e que pode detectar e prevenir diversas patologias oculares, assim como o agravamento dessas alterações, como uma cegueira.

- Normal
 Duvidoso
 Alterado

Orientação: Se duvidoso ou alterado, consultar o Oftalmologista.

“Teste do coraçãozinho” ou Teste da Oximetria de Pulso (saturação de O2):

Permite identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave, no coração e, em caso positivo, o paciente é submetido ao exame de ecocardiograma para confirmar o diagnóstico.

Membro superior: Lado D

Membro inferior: Lado E

“Teste da orelhinha” ou Triagem Auditiva

É realizado nos bebês para avaliar a audição e detectar precocemente algum grau de surdez.

Orientação: Fonoaudiólogo ou Otorrino com pedido médico.

“Teste da linguinha”

Ele possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce de alterações que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar.

Orientação: Fonoaudiólogo ou Otorrino com pedido médico.

- Normal Alterado

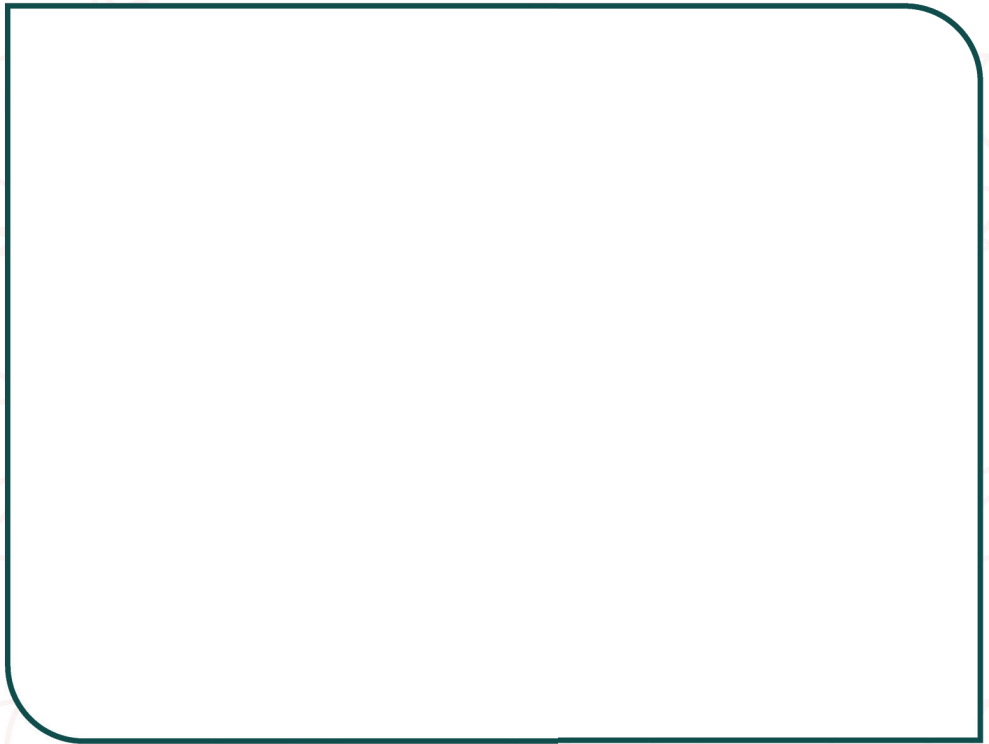
“Teste de Ortolani”

Ele possibilita diagnosticar luxação congênita do quadril.

Quadril direito Normal Alterado

Quadril esquerdo Normal Alterado

PÉ DIREITO DO RN





Cuidados com a saúde do Bebê



TESTE DO PEZINHO

O Teste do Pezinho é um exame rápido em que gotinhas de sangue do calcanhar do bebê são coletadas e tem a finalidade de diagnosticar e impedir o desenvolvimento de doenças genéticas ou metabólicas que podem levar à deficiência intelectual ou causar prejuízos à qualidade de vida. Com este exame, é possível diagnosticar várias doenças. Muitas delas não apresentam sintomas no nascimento e podem aparecer mesmo sem ter casos na família. Para que a prevenção seja possível, a coleta deve ser efetuada entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.



TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Trata-se de um teste que deve ser realizado no recém-nascido ainda na maternidade, após as primeiras 24 horas de vida e antes da alta hospitalar para rastreio de cardiopatias congênitas críticas. Consiste na medição da saturação (níveis de oxigênio no sangue) do bebê, através da utilização de um aparelho denominado “oxímetro”.



TESTE DA ORELHINHA

A triagem auditiva é a maneira mais eficiente e moderna de se conhecer precocemente a perda auditiva. É feita inicialmente através de Emissões Otoacústicas Evocadas. Deve ser realizado nos primeiros 30 dias do nascimento ou até completar 3 meses de vida, para que o tratamento ocorra antes dos 6 meses. Com o início precoce do tratamento, a criança aprenderá a ouvir e falar antes de adquirir vícios, podendo desenvolver um sistema de comunicação mais completo e eficiente, obtendo melhores chances de frequentar a escola regular e de se adaptar à sociedade.

Como é realizado: o exame de Emissão Otoacústicas Evocadas (EOAE) ou Triagem Auditiva é indolor com o bebê quieto com duração de 5 a 10 minutos, não tem contraindicação, não exige nenhum tipo de intervenção invasiva e é absolutamente inócuo.

Fatores de risco para alteração auditiva: Presença de antecedentes familiares; Malformações craniofaciais; Síndrome genética; Icterícia neonatal acentuada, Asfixia neonatal, Peso menor que 1500 gramas; Ventilação mecânica por mais de 05 dias; Infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose, etc).

Ouvidos atentos ao desenvolvimento do seu bebê:

0-3 meses: O bebê se assusta, chora ou acorda com sons fortes e repentinos, como a batida de porta, e acalma-se ao ouvir a voz familiar.

3-6 meses: O bebê olha ou mexe a cabeça para os lados procurando a origem do som, reconhece a voz materna e emite sons sem significado (balbucio).

6 meses: O bebê localiza prontamente sons de seu interesse, até em intensidade suave, virando a cabeça para o lado em que o som foi apresentado. Também já atende quando chama pelo nome.

9 meses: O bebê localiza sons nas direções abaixo e acima da sua cabeça, intensifica o balbucio e brinca com a própria voz, repetindo suas emissões (exemplo: dá, dá).

1 ano: O bebê, quando solicitado, aponta e reconhece o nome de objetos e pessoas familiares, atende às ordens simples (ex: dar tchau, bater palmas, etc). Já começa a emitir as palavras. A partir dessa idade, o desenvolvimento de linguagem é intensificado, com o aumento constante do vocabulário.

2 anos: O bebê usa sentenças simples combinando palavras e usa a linguagem para se comunicar.

Observação: Em caso de meningite, caxumba, otites de repetição e histórico familiar de deficiência auditiva, a audição deverá ser avaliada periodicamente.



TESTE DA LINGUINHA ANTES DA ALTA

Todos os recém-nascidos ao passarem pelo exame do médico berçarista terão obrigatoriamente a avaliação do teste da linguinha. O teste consiste na observação de frênulo da língua através de exame clínico simples. O médico berçarista indicará a necessidade de acompanhamento, ou não, por parte do médico pediatra escolhido pela família. Raros são os casos em que haverá necessidade de liberação de frênulo lingual. Nestas situações, o pediatra da criança indicará à família um médico especialista para realizar a soltura do frênulo lingual. Esta ação faz parte do protocolo de atendimento integral ao recém-nascido, em cumprimento da Lei n 13.0002, de 20/06/2014.



TESTE DO OLHINHO ANTES DA ALTA

O teste é indolor. Utiliza-se apenas um aparelho de observação externa dos olhos através de um fecho de luz em cada olho. Este exame é feito na primeira semana de vida do bebê. Ele indica se a criança possui alguma anomalia ocular. O cartão com o resultado do teste deve ser apresentado ao pediatra da criança logo na primeira consulta.

Fique atento a estes sinais de problemas na visão de seu bebê:

- Manchas brancas na pupila
- Olhos excessivamente lacrimejantes ou grandes
- Irritabilidade ocular
- Olhos que balançam constantemente de um lado para outro
- O resultado alterado ou duvidoso do exame indica que o teste deve ser repetido por oftalmologista para confirmação.
- Este simples teste pode prevenir várias doenças no recém-nascido e possibilitar o tratamento imediato, aumentando a chance de cura e diminuindo a probabilidade de perder a visão.
- No recém-nascido, algumas doenças podem levar a perda da visão, como catarata, glaucoma congênito, retinopatia da prematuridade, traumas do parto, tumores, entre outras. Essas doenças são graves e devem ser tratadas imediatamente.
- Todo recém-nascido prematuro com peso menor de 1500 gramas e/ou com idade menor de 32 semanas deverá ser encaminhado ao oftalmologista com 1 mês de vida. Critério recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (SBOP).
- O teste do olhinho é Lei Estadual (12.551/2007) desde 5 de março de 2007.

DORMIR DE BARRIGA PRA CIMA É MAIS SEGURO!



- Coloque o seu bebê para dormir de barriga para cima
- Deixe travesseiros, almofadas e objetos fofos fora do berço
- Não agasalhe demais o bebê

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E

Consultas recomendadas



CONSULTA DA 1ª SEMANA

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo (LME)
() Leite materno e leite artificial (LM+LA)
() Leite artificial (LA) _____
Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Vacinas

- Hepatite B () Não () Sim
BCG () Não () Sim

3. Sinais de alerta

- Coto umbilical infeccionado () Não () Sim
Icterícia () Não () Sim
Diarreia/Vômitos () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Ausculta cardíaca alterada/Cianose () Não () Sim
Outros: _____

5. Desenvolvimento e laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

CONSULTA DO 1º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Triagem neonatal - Testes

- Pezinho** - Realizado () sim () não / Resultado () normal () alterado / Encaminhado _____
Orelhinha - Realizado () sim () não / Resultado () normal () alterado / Encaminhado _____
Olhinho - Realizado () sim () não / Resultado () normal () alterado / Encaminhado _____
Coraçãozinho - Realizado () sim () não / Resultado () normal () alterado / Encaminhado _____

3. Aleitamento/alimentação

- () Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

5. Exame ocular

- Abertura ocular normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Segue com o olhar () Não () Sim

7. Desenvolvimento

- Observação da interação mãe-filho _____
Adequado para idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações _____

9. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

4. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
Cólica/Engasgos () Não () Sim
Diarreia/Constipação () Não () Sim
Vômitos/Golfadas () Não () Sim
Dificuldades para respirar () Não () Sim
(FR>60 ou <30) () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Outros: _____

6. Verificações importantes

- Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Tempo de sono em 24 horas _____
Posição no sono quando deitado no berço:
De barriga para cima? _____
Funcionamento do intestino e cólicas _____
Higiene e cuidados gerais _____
Sinais de violências/negligências _____
Acidentes domésticos () Não () Sim

CONSULTA DO 2º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo
() Leite materno e leite artificial
() Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

6. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Posição no sono _____
Tempo de Sono _____
Troca de posição durante o dia _____
Funcionamento do intestino e cólicas _____
Higiene e cuidados gerais _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou bico _____
Uso de soro fisiológico nasal _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

3. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim
Cólica/Engasgos () Não () Sim
Diarreia/Constipação () Não () Sim
Vômitos/Golfadas () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Outros: _____

5. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Adequado para idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

CONSULTA DO 4º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

- Leite materno exclusivo
 Leite materno e leite artificial
 Leite artificial _____
Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

4. Exame ocular

- Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Secreção ocular () Não () Sim

5. Desenvolvimento

Observação da interação mãe-filho _____

Adequado para a idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações: _____

8. Laços de afeto

Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

5. Exame ocular

- Abertura ocular normal () Não () Sim
Pupilas normais () Não () Sim
Estrabismo () Não () Sim
Segue com o olhar () Não () Sim

3. Sinais de alerta

- Secreção nasal () Não () Sim
Cólica/Engasgos () Não () Sim
Diarreia/Constipação () Não () Sim
Vômitos/Golfadas () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim
Hérnia inguinal/umbilical () Não () Sim
Outros: _____

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase

- Funcionamento do intestino _____
Higiene e cuidados gerais _____
Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes uso de chupeta ou bico, etc. _____
Acidentes domésticos _____
Sinais de violências/negligências () Não () Sim

CONSULTA DO 6º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno

() Leite artificial _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremores () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

CONSULTA DO 9º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno

() Leite artificial _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

CONSULTA DO 12º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno
() Leite artificial _____
Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
Quais alimentos foram introduzidos? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____
Recebe algum tipo de alimento industrializado?
() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim
Vômitos () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Sibilâncias () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim
Convulsões ou tremores () Não () Sim
Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Suplementação de Ferro () Não () Sim
Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim
Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Acidentes domésticos () Não () Sim
Sinais de violências/negligências _____

CONSULTA DO 18º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno
() Leite artificial _____
Parou de amamentar? () Não () Sim
Com que idade? _____
O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____
Recebe algum tipo de alimento industrializado?
() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()
Alerta para o desenvolvimento ()
Provável atraso no desenvolvimento ()
Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim
Vômitos () Não () Sim
Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim
Sibilâncias () Não () Sim
Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim
Convulsões ou tremor () Não () Sim
Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim
Suplementação de Ferro () Não () Sim
Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim
Suplementação de vitamina A () Não () Sim
Acompanhamento odontológico () Não () Sim
Acidentes domésticos () Não () Sim
Sinais de violências/negligências _____

CONSULTA DO 24º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Estatura *: _____ cm IMC: _____

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno

() Leite artificial _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

CONSULTA DO 36º MÊS: _____ / _____ / _____

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Estatura *: _____ cm IMC: _____

2. Aleitamento/alimentação

() Leite materno

() Leite artificial _____

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

O que a criança está comendo? _____

Quantas porções de fruta/dia? _____

Recebe algum tipo de alimento industrializado?

() Não () Sim. Qual? _____

4. Desenvolvimento

Adequado para a idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

6. Laços de afeto

3. Sinais de alerta

Diarreia () Não () Sim

Vômitos () Não () Sim

Febre ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) () Não () Sim

Sibilâncias () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR >60 ou <30) () Não () Sim

Convulsões ou tremor () Não () Sim

Outros: _____

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

Suplementação de Ferro () Não () Sim

Suplementação de Micronutrientes () Não () Sim

Suplementação de vitamina A () Não () Sim

Acompanhamento odontológico () Não () Sim

Acidentes domésticos () Não () Sim

Sinais de violências/negligências _____

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR DA MATERNIDADE

Introdução

A alta hospitalar após o parto é um momento que costuma gerar insegurança nos pais, inclusive naqueles que já tiveram outros filhos. Tirar o bebê do ambiente controlado do hospital, onde médicos e enfermeiros estão próximos para socorrer, mesmo quando o problema é simples, chega a apavorar algumas pessoas, especialmente quando elas sabem que estarão voltando para casa e terão que enfrentar os desafios de cuidar do bebê sozinhas ou com pouca experiência.

Não tenha medo de pegá-lo no colo e transmitir carinho em cada gesto.

Converse, cante e brinque com o seu bebê. Através do contato físico e dos gestos de carinho é que as conexões se fortalecem. Para amenizar a tensão desse momento que antecede a alta hospitalar e não deixar que a alegria da chegada do bebê seja substituída pelo medo, insegurança e ansiedade, o Hospital Unimed Regional Jaú preparou esta Cartilha com orientações importantes para esse período.

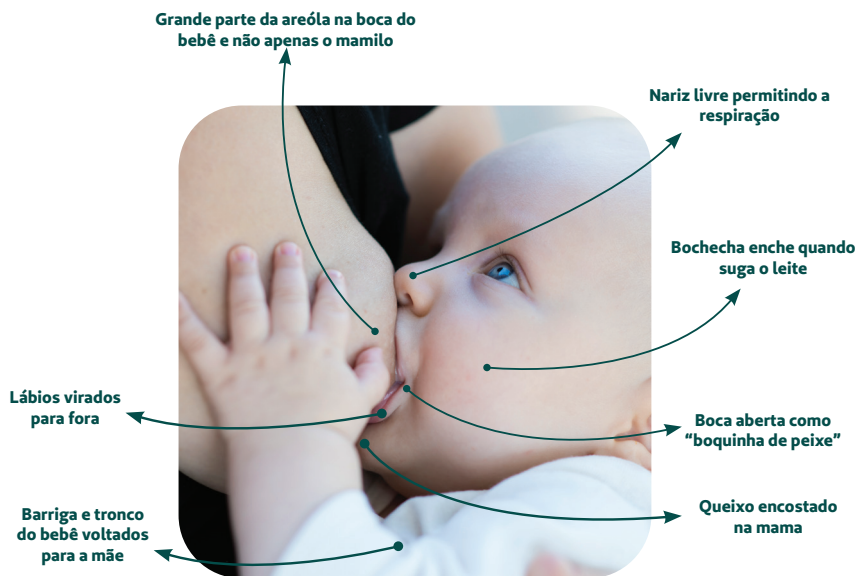


A IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

- ✓ O Aleitamento Materno propicia maior equilíbrio emocional na vida adulta.
- ✓ O leite materno é o melhor e mais completo alimento para o seu bebê.
- ✓ Está pronto, na temperatura ideal, sem perigo de contaminação e é grátis!
- ✓ Tem tudo o que ele precisa para crescer e se desenvolver forte e saudável.
- ✓ Protege o bebê e a mãe contra várias doenças.
- ✓ Não existe leite fraco.
- ✓ Quanto mais cedo e mais vezes o bebê mamar, mais rápido o leite aumenta
O leite dos primeiros dias chama-se colostro. Alimenta muito bem e é rico em
✓ anticorpos. Parece até uma primeira vacina!
Procure uma posição confortável e coloque o bebê de frente para você, apoiando
✓ bem as costas dele.
- ✓ O bebê deve abocanhar uma boa parte da aréola e não só o bico do seio.
- ✓ Deixe a criança mamar o tempo que quiser e toda vez que tiver fome (de dia e à noite). Com o tempo ele mesmo regulará as mamadas. Comece oferecendo o seio que estiver mais cheio de leite. Só quando esvaziar um seio é que você deve oferecer o outro.
- ✓ Nos primeiros dias pode ser necessário esvaziar as mamas para evitar que fiquem empedradas. Massagear as mamas com movimentos circulares, começando em torno do bico. Prossiga tirando o leite, até não sentir mais nenhum ponto dolorido.
- ✓ Até os 6 meses de vida não precisa oferecer água ou qualquer outro tipo de alimento.
- ✓ Passar álcool a 70% no umbigo 2 a 3 vezes ao dia. Não precisa deixar com gaze ou qualquer outro curativo. Não use outros produtos nem faixas, cinteiros ou moedas. Isso não ajuda em nada e pode até fazer mal.

- ✓ Para manusear seu bebê, lave as mãos para evitar infecção.
- ✓ Para o banho, use água morna ou quase fria e sabonete neutro (glicerina ou sabão de coco).
- ✓ A cada troca de fraldas lave com água corrente morna para evitar assaduras.
Não use talco, perfume, xampu ou loções de bebê, pois esses produtos
- ✓ podem causar alergias.
- ✓ Não deixe o bebê dormir de bruços.
- ✓ Coloque-o de lado ou de barriga para cima. Não coloque travesseiros nem almofadas. O colchão não deve ser muito macio.

Amamentação



GRUPO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO UNIMED REGIONAL JAÚ

Visando à Promoção da Saúde e a Prevenção de Riscos e Doenças de suas beneficiárias e seus filhos, a Unimed Regional Jaú criou em 2019, o Grupo de Apoio à Amamentação.

Formado por médicas pediatras, médica clínica, enfermeira e assistentes sociais, o Programa tem como público-alvo recém-nascidos, lactentes, mães com dificuldades quanto à técnica de amamentação e gestantes.

Sala de apoio à amamentação Unimed Regional Jaú



NAS – Núcleo de Atenção à Saúde

Rua Álvaro Floret, 315 – Vila Hilst
Às terças e quintas-feiras – das 09h às 11h.

OBS: As orientações ocorrem com hora marcada.
Para agendá-la, ligue (14) 3621-4877

**serviço disponível para beneficiárias Unimed*

A consulta do bebê ao Médico Pediatra deverá ocorrer o quanto antes

A primeira consulta ao pediatra é uma oportunidade para avaliação médica e de orientação a mãe quanto a questões pertinentes ao aleitamento, funcionamento do intestino, ritmo de sono, vacinas, entre outros pontos importantes. Propiciando mais segurança a família e favorecendo um crescimento saudável.

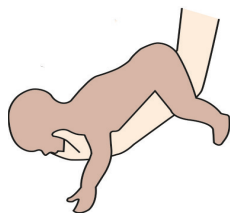
Mas o retorno ao médico deve ser imediato, se:

- ✓ Parar de mamar
- ✓ Perder muito peso
- ✓ Tiver febre (temperatura maior ou igual 37,8° C)
- ✓ Apresentar icterícia (pele muito amarela)
- ✓ Ficar molinho ou roxinho
- ✓ Bebê que faz pouco xixi e côco ou não esteja fazendo

E se o bebê engasgar? Faça a manobra de Heimlich

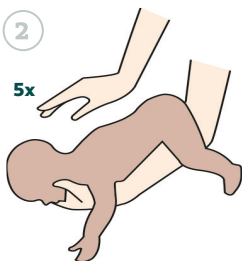
A Manobra de Heimlich é o melhor método pré-hospitalar de desobstrução das vias aéreas superiores por corpo estranho. Essa manobra foi descrita pela primeira vez pelo médico estadunidense Henry Heimlich em 1974 e induz uma tosse artificial, que deve expelir o objeto da traqueia da vítima.

1



Vire a criança de costas para você: incline a cabeça dela um pouco para baixo, sempre apoiando na sua coxa.

2



Bata entre as escápulas utilizando a palma da mão. Repita este ato por 5 vezes para desobstruir as vias aéreas.

3



Caso a criança permaneça engasgada, vire-a de frente para você e realize até 5 compressões torácicas com dois dedos (anelar e médio).

Dicas de cuidados com o bebê

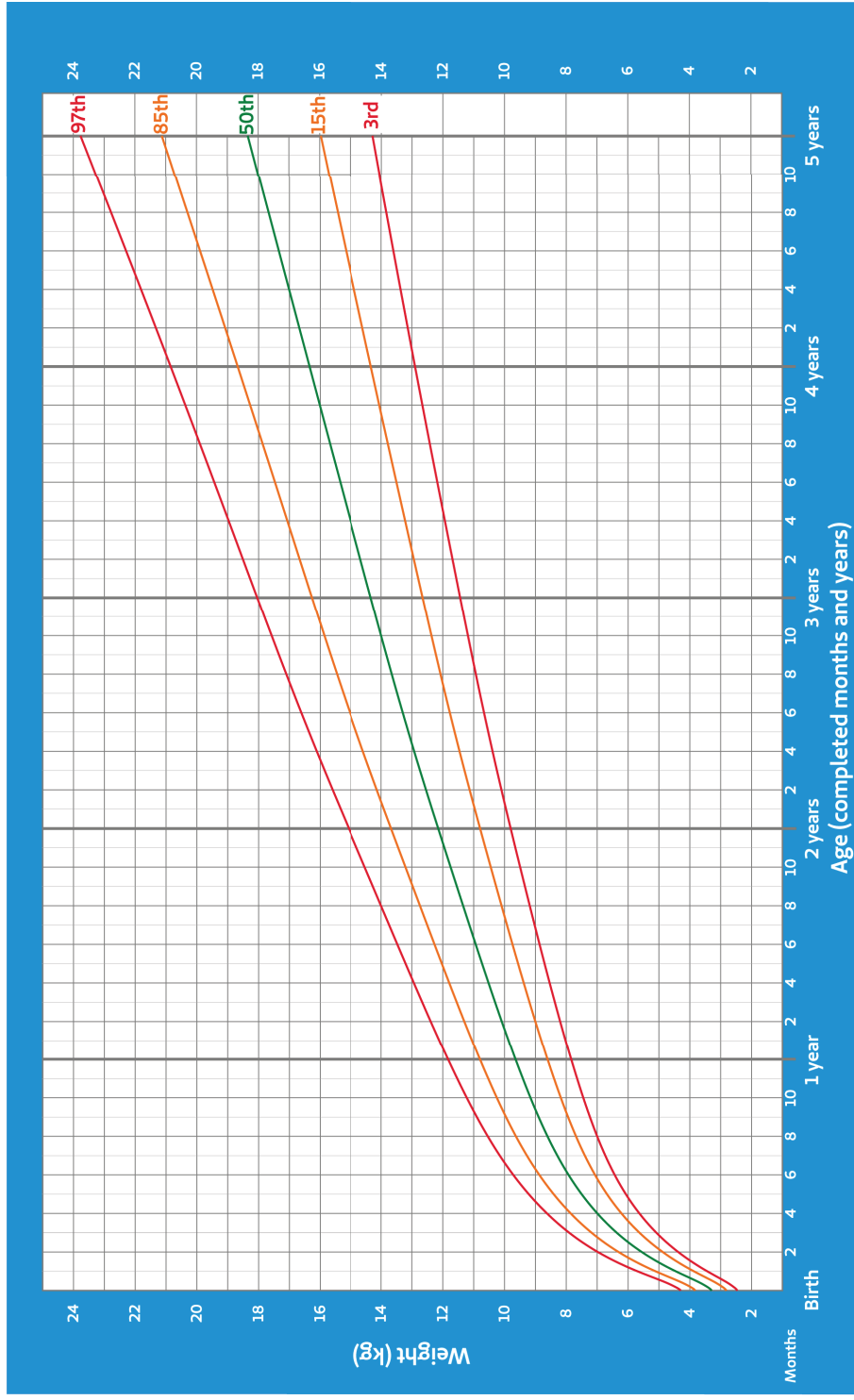
- Fazer a higienização do coto umbilical com álcool a 70%, em toda troca de fraldas, mas manter coto umbilical seco e limpo
- É orientado que seja dados apenas um banho por dia, após a queda do coto umbilical. Caso queira dar mais banho no dia, lembre-se que o uso do sabonete deve ser apenas uma vez ao dia para não ressecar a pele
- O coto umbilical leva até 21 dias para cair
- Soro fisiológico para higiene nasal (espirros e fungor nasal são comuns)

Não é só o bebê que precisa de cuidados

- Este é um período de tensão, principalmente para a mãe que amamenta, pois se sente sobrecarregada com a demanda constante do filho.
- A rede de apoio é de extrema importância, o suporte de toda a família para que tudo ocorra de forma tranquila e segura.

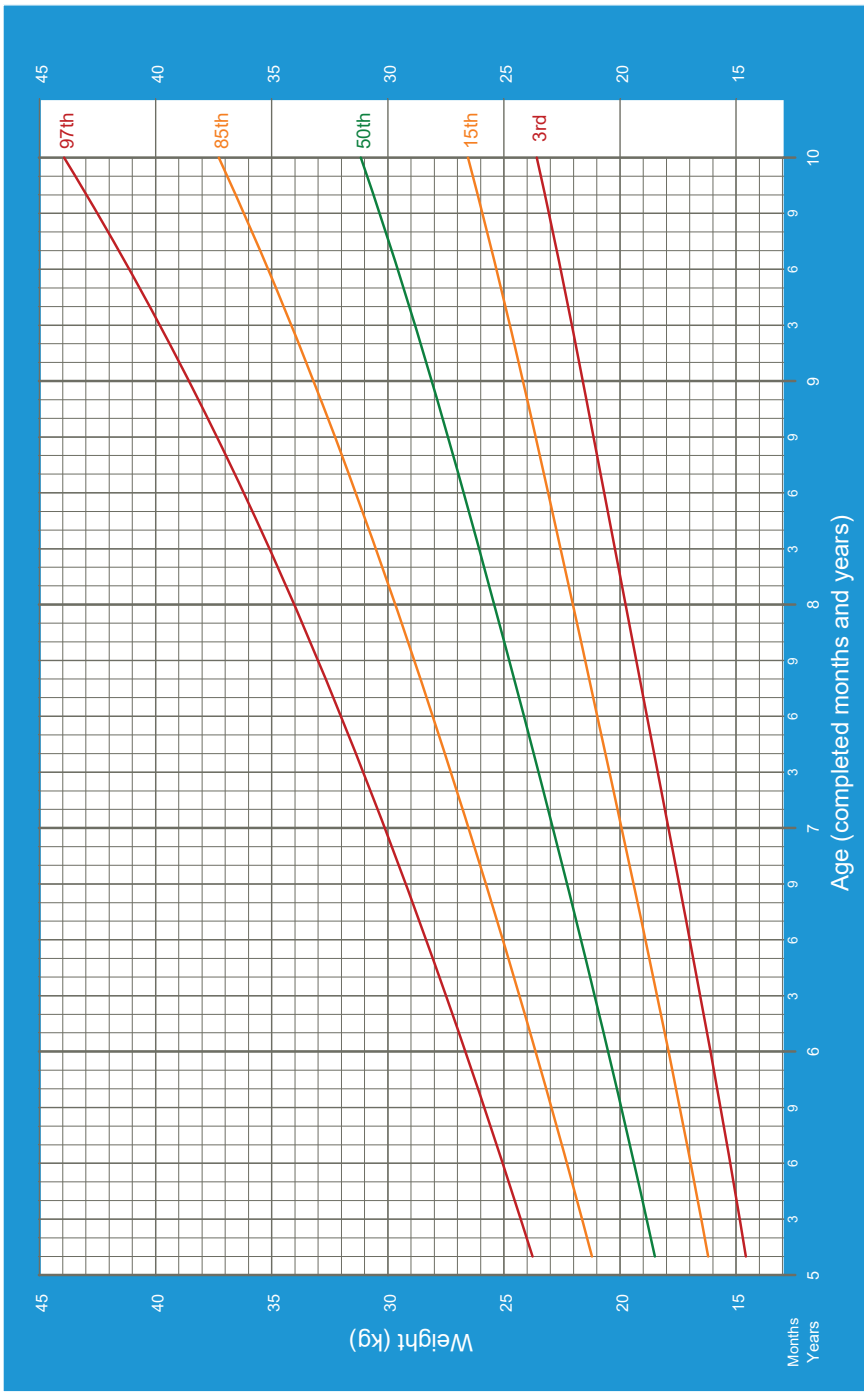
Peso para idade – meninos

De 0 a 5 anos (em percentil)



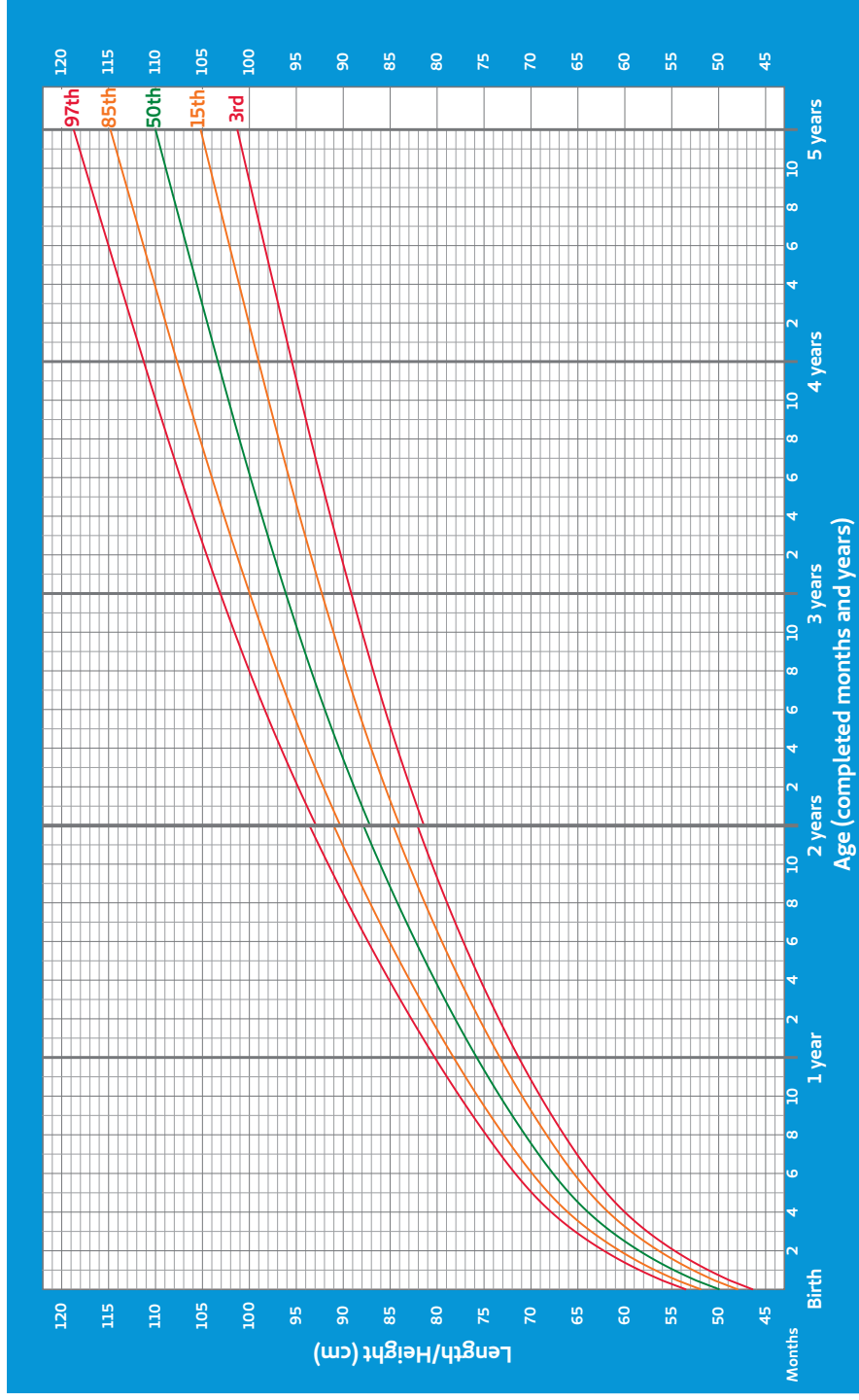
Peso para idade - meninos

De 5 a 10 anos (em percentil)



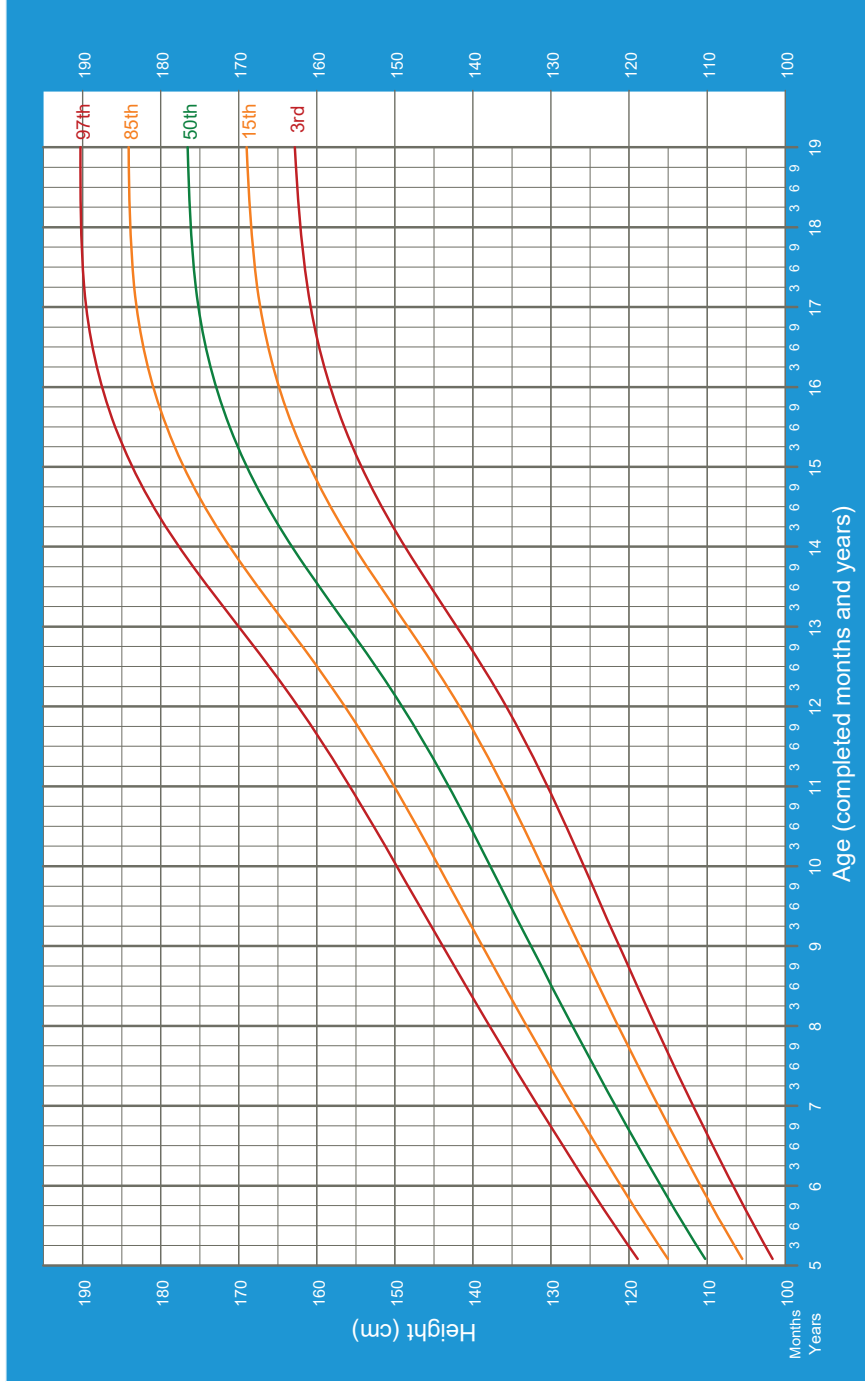
Altura para idade – meninos

De 0 a 5 anos (em percentil)



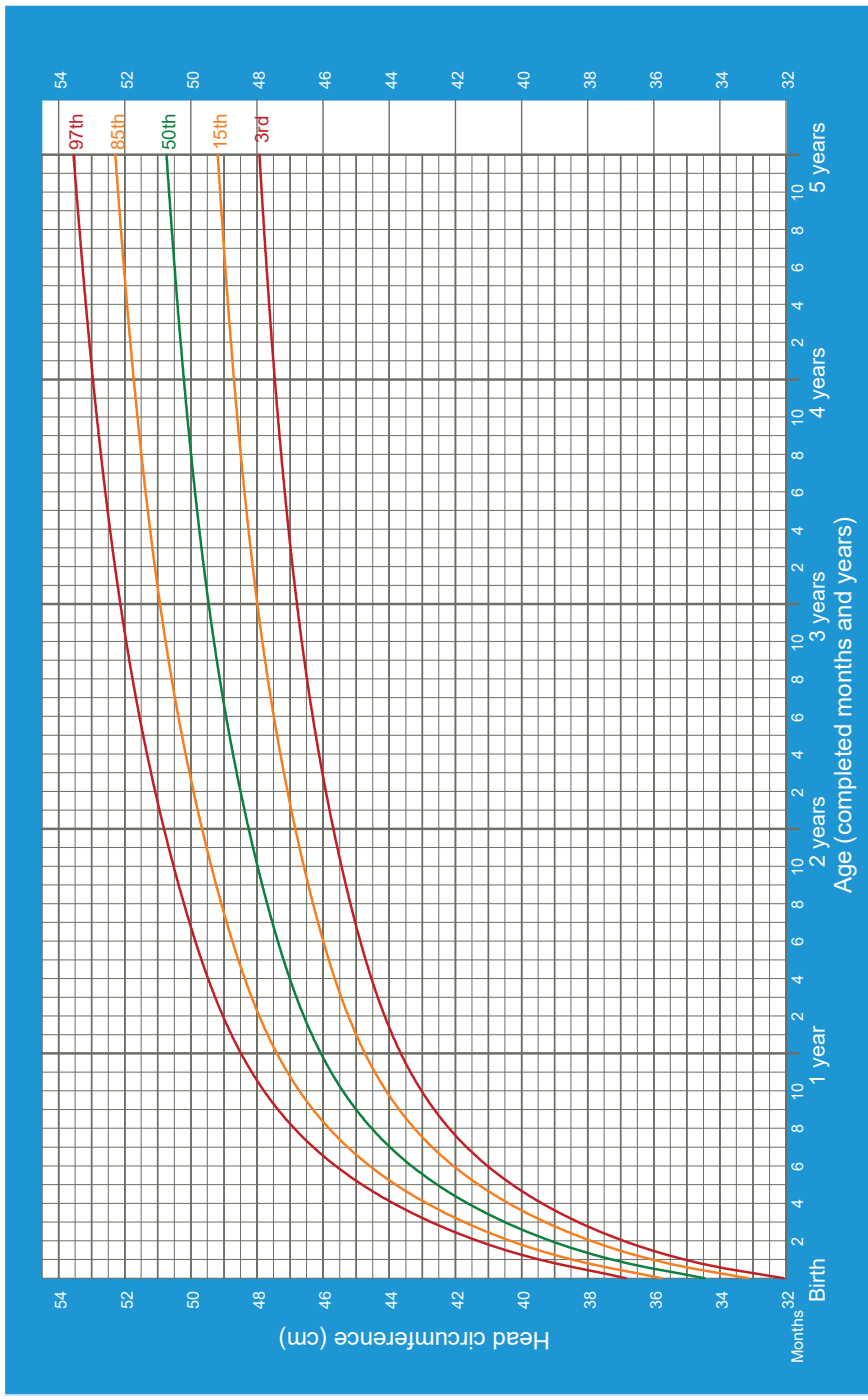
Altura para idade - meninos

De 05 a 19 anos (em percentil)



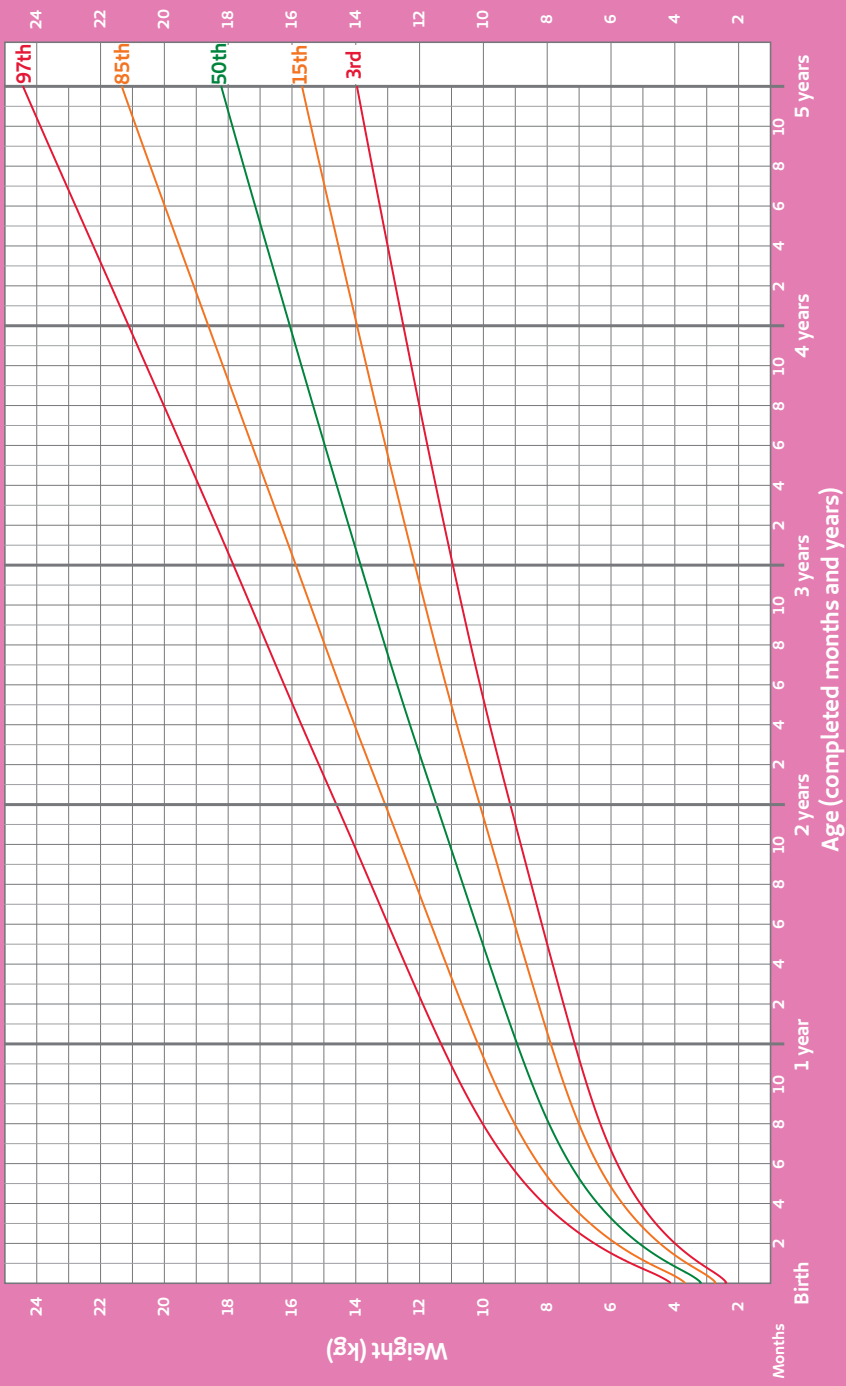
Perímetro cefálico - meninos

De 0 a 5 anos (em percentil)



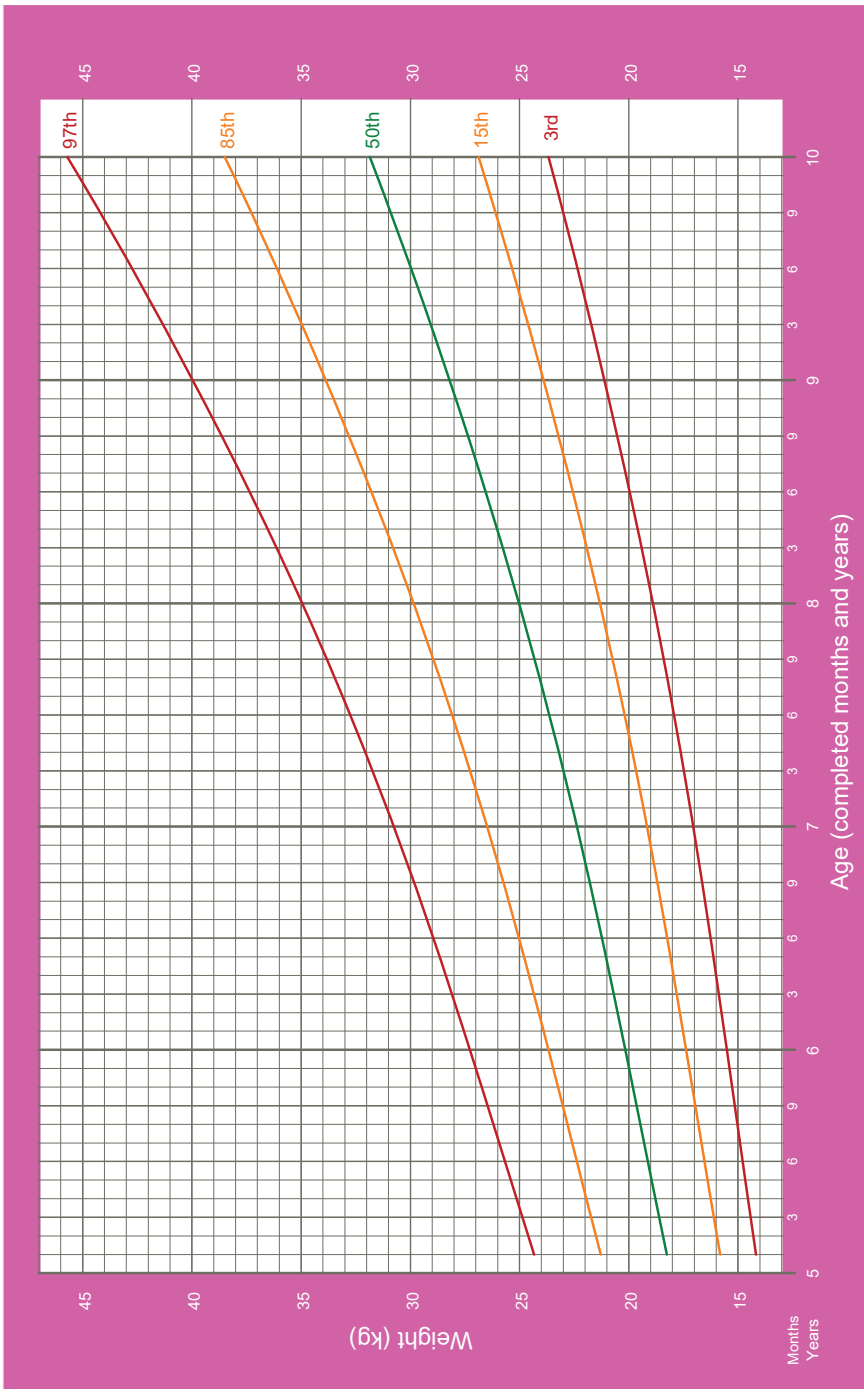
Peso para idade – meninas

0 a 5 anos (em percentil)



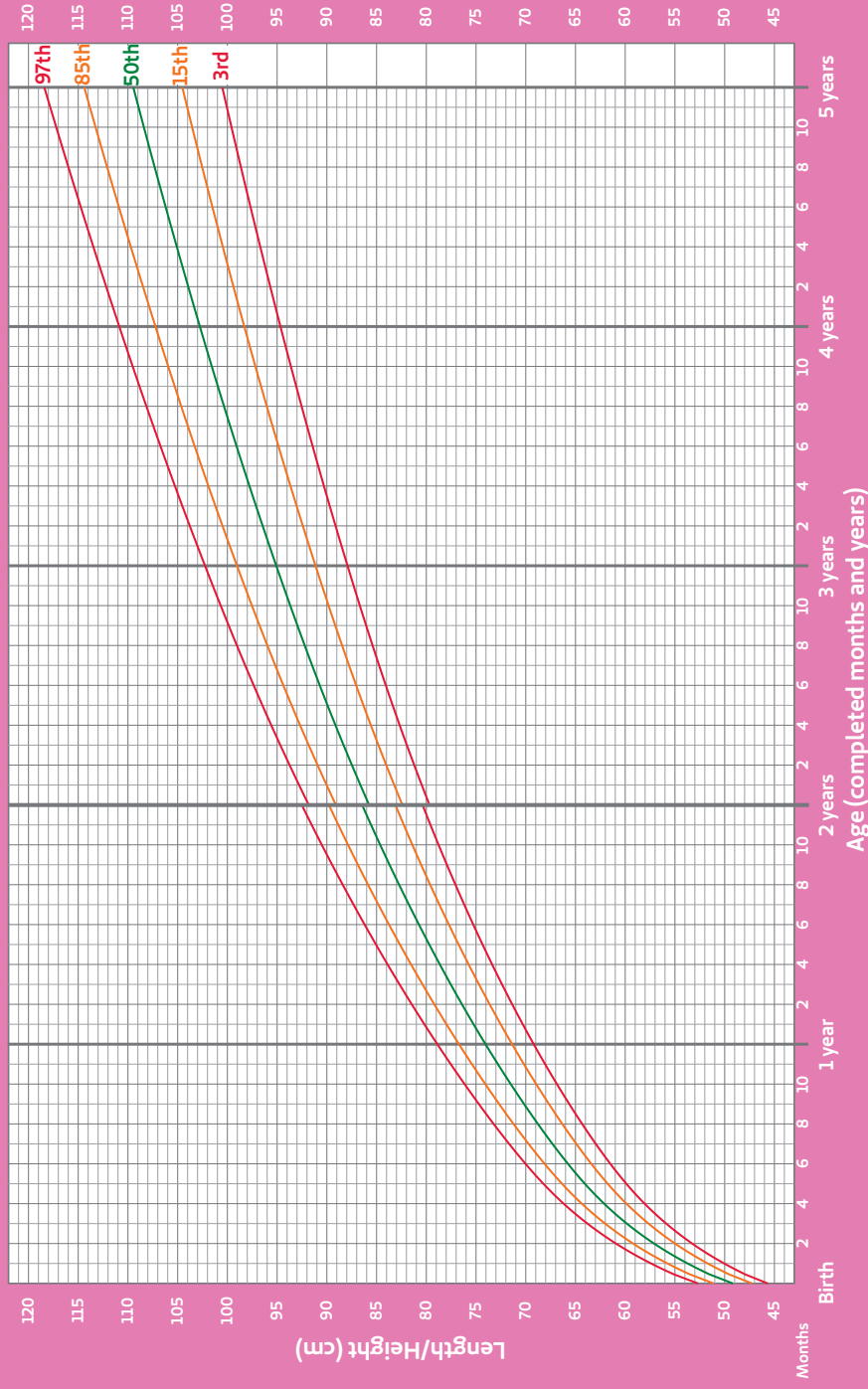
Peso para idade - meninas

De 05 a 10 anos (em percentil)



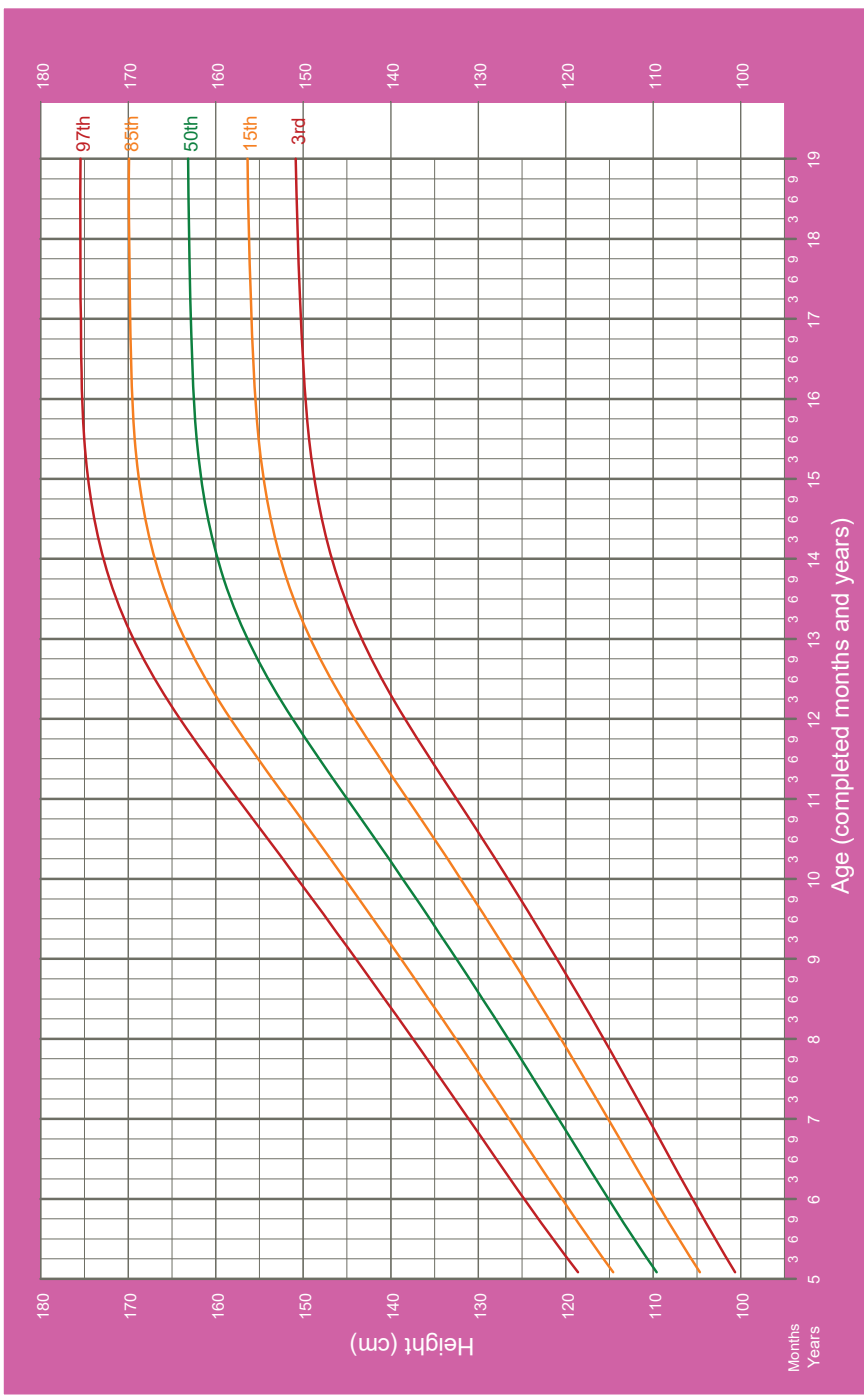
Altura para idade – meninas

De 0 a 5 anos (em percentil)



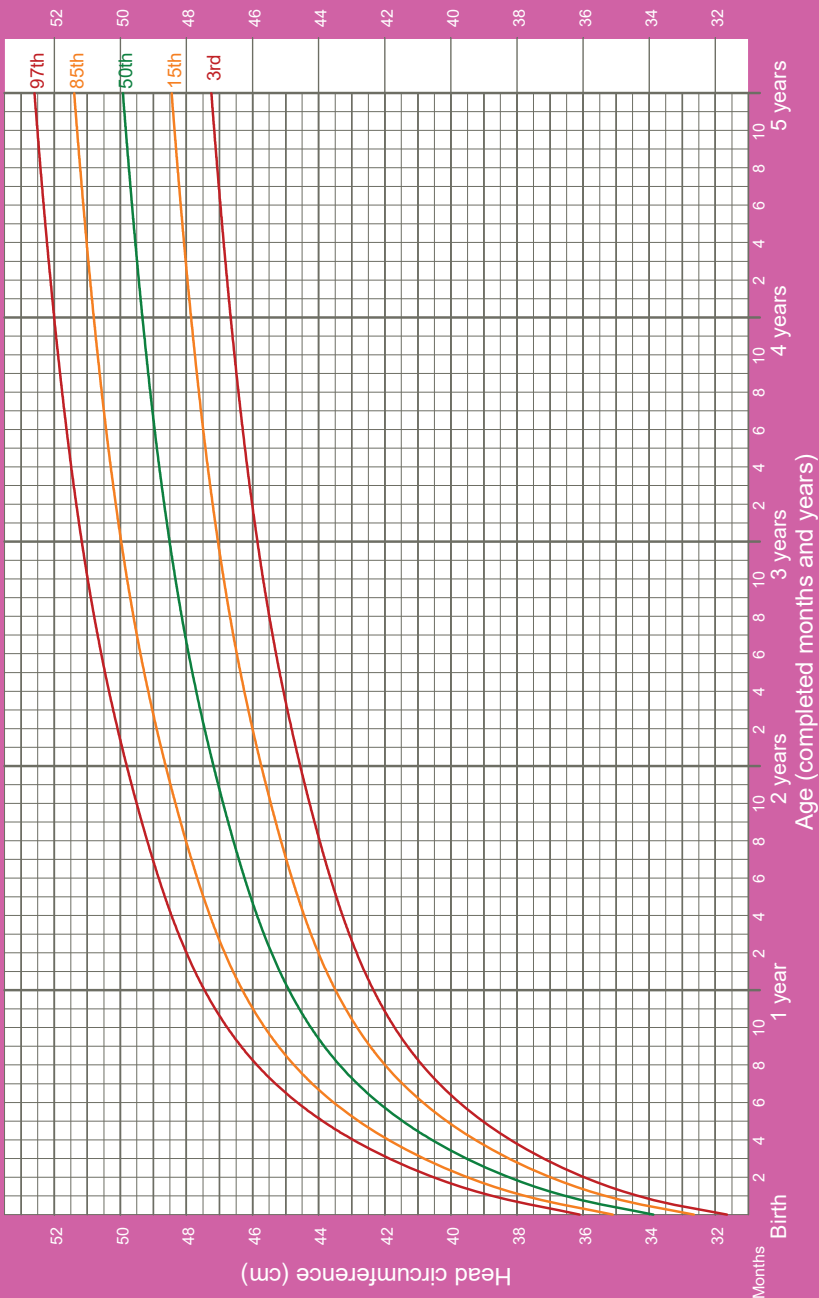
Altura para idade - meninas

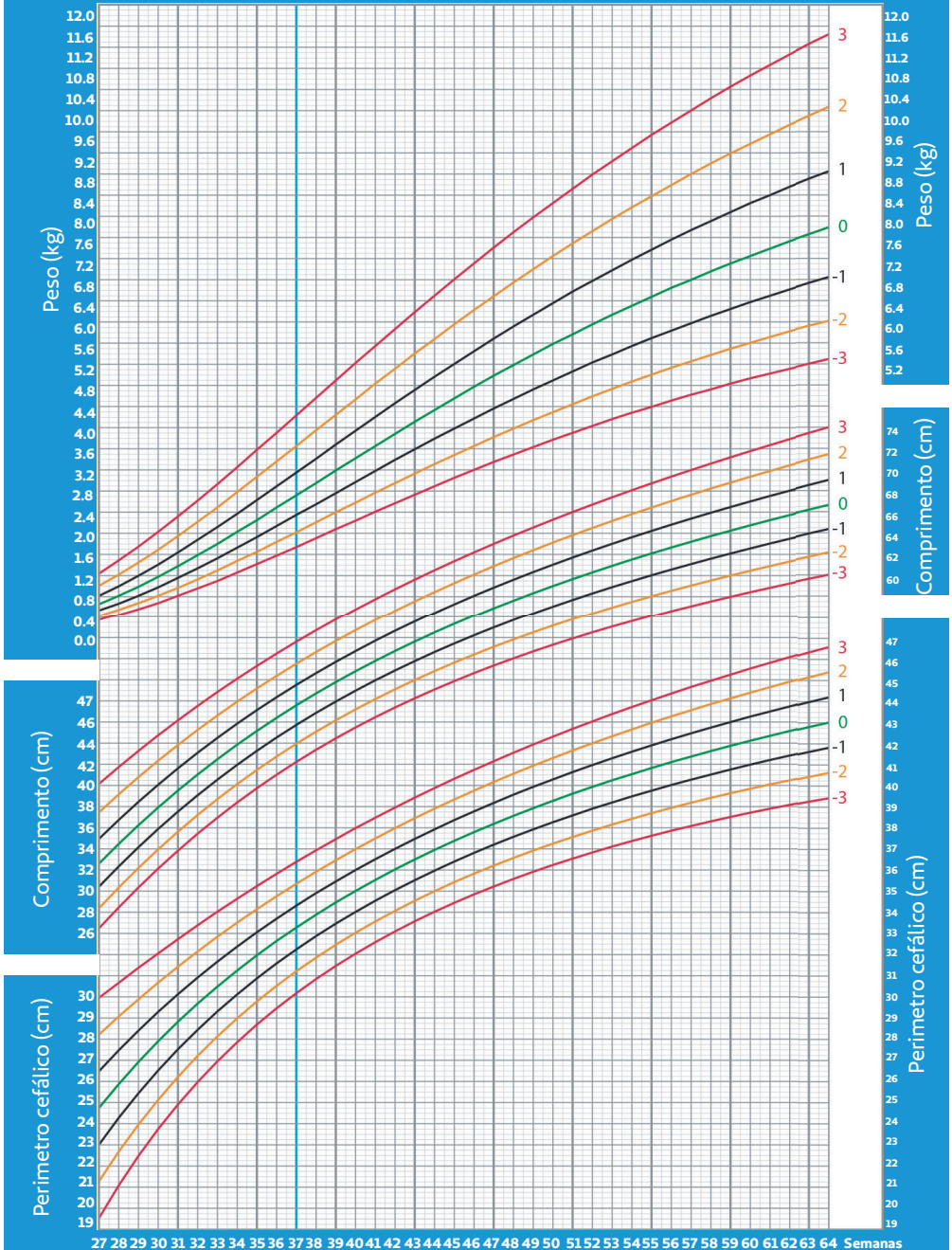
De 5 a 19 anos (em percentil)



Perímetro cefálico - meninas

De 0 a 5 anos (em percentil)

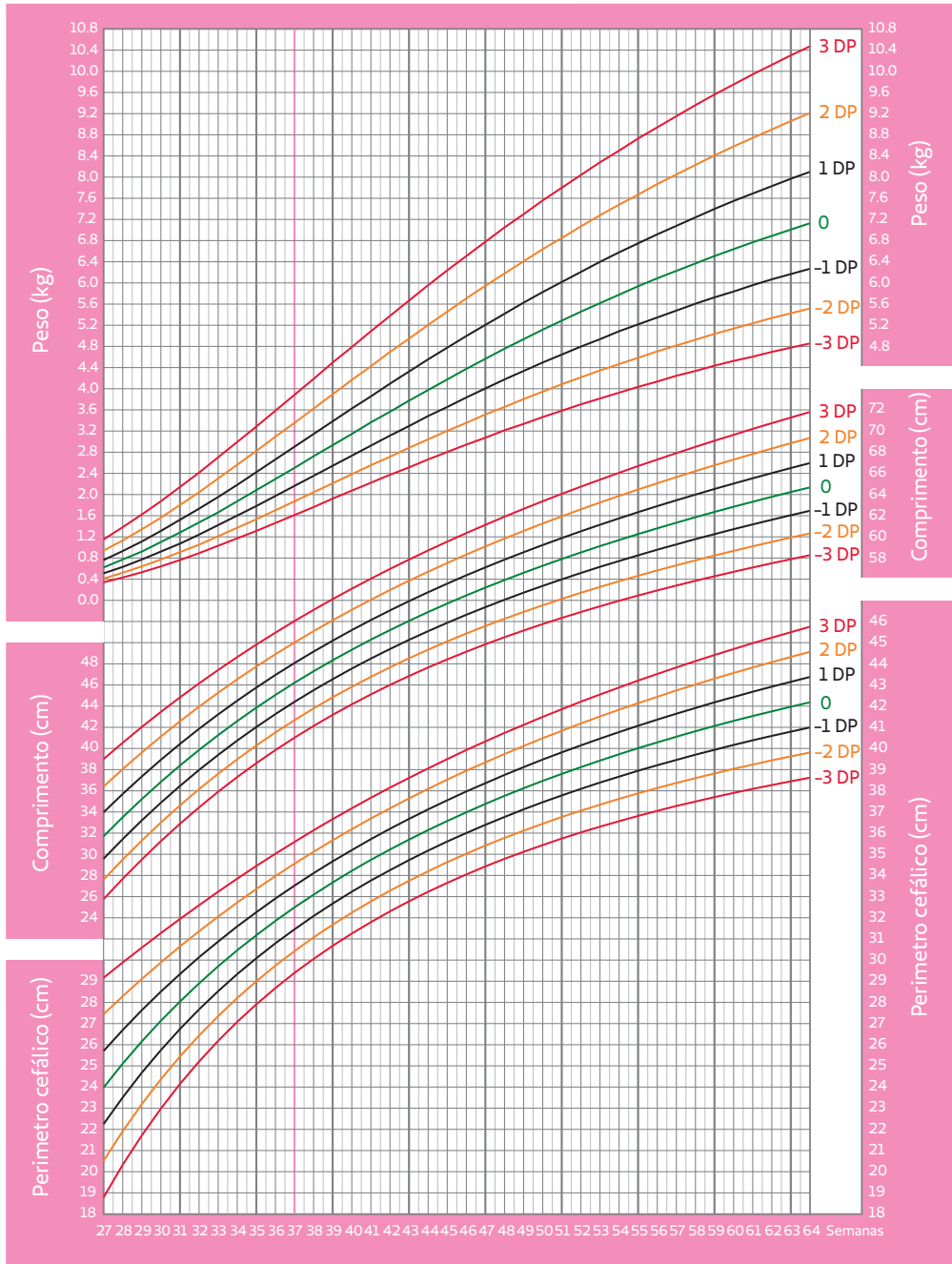




Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)

Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

Curvas Internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas)



Perímetro cefálico/ Comprimento/ Peso

Adequado para a idade ≥ 2 e ≤ -2 (traçado paralelo as curvas)

Risco para a idade > 2 e < -2 (traçado horizontal ou vertical que ultrapasse o intervalo da classificação Adequado)

Teste do Desenvolvimento de Denver

Instruções

1. O teste baseia-se na observação direta do que a criança pode fazer e no relato dos pais (ou da pessoa que lida habitualmente com a criança).

2. A criança deve ficar bem à vontade antes de se iniciar o teste e não deve ser cobrado um desempenho.

3. Nas faixas etárias mais avançadas deve-se começar o teste com alguns itens abaixo da idade para que a criança seja bem sucedida no início e sintam-se estimulada a prosseguir.

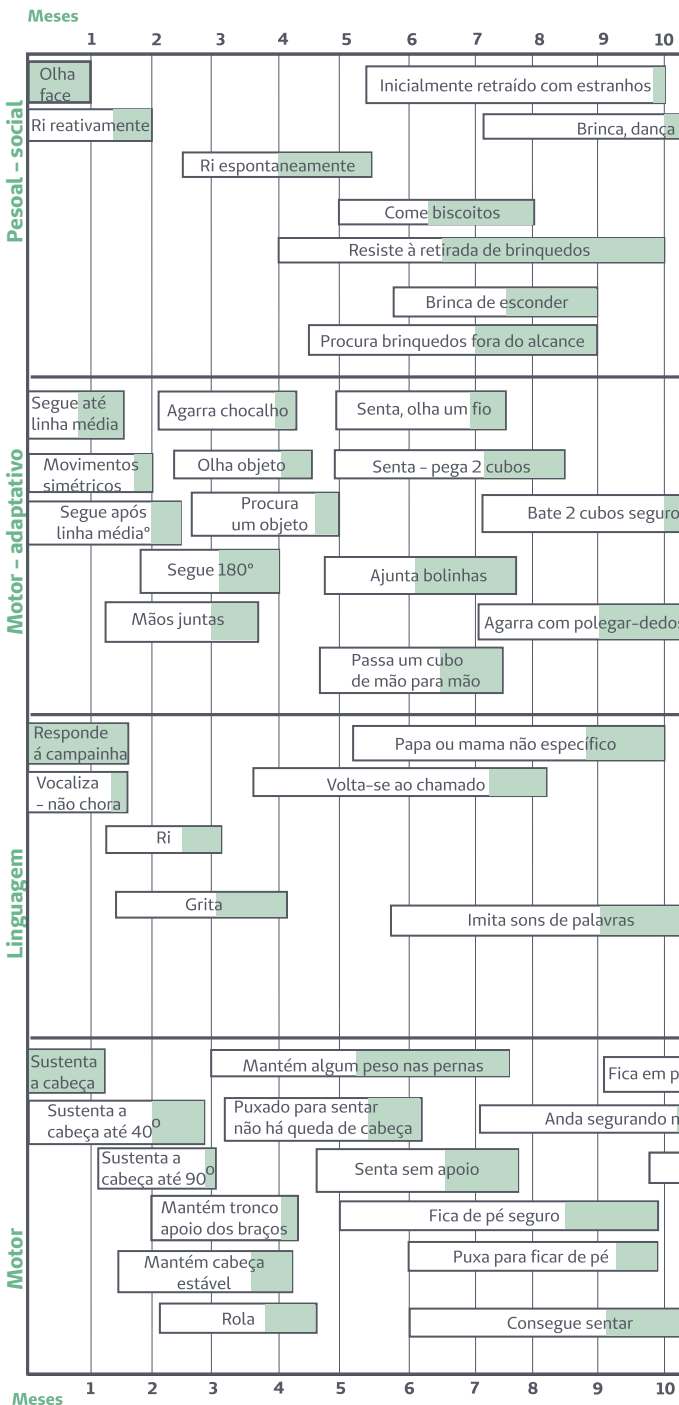
4. Deve-se evitar distrair a criança com outros materiais que não os do teste.

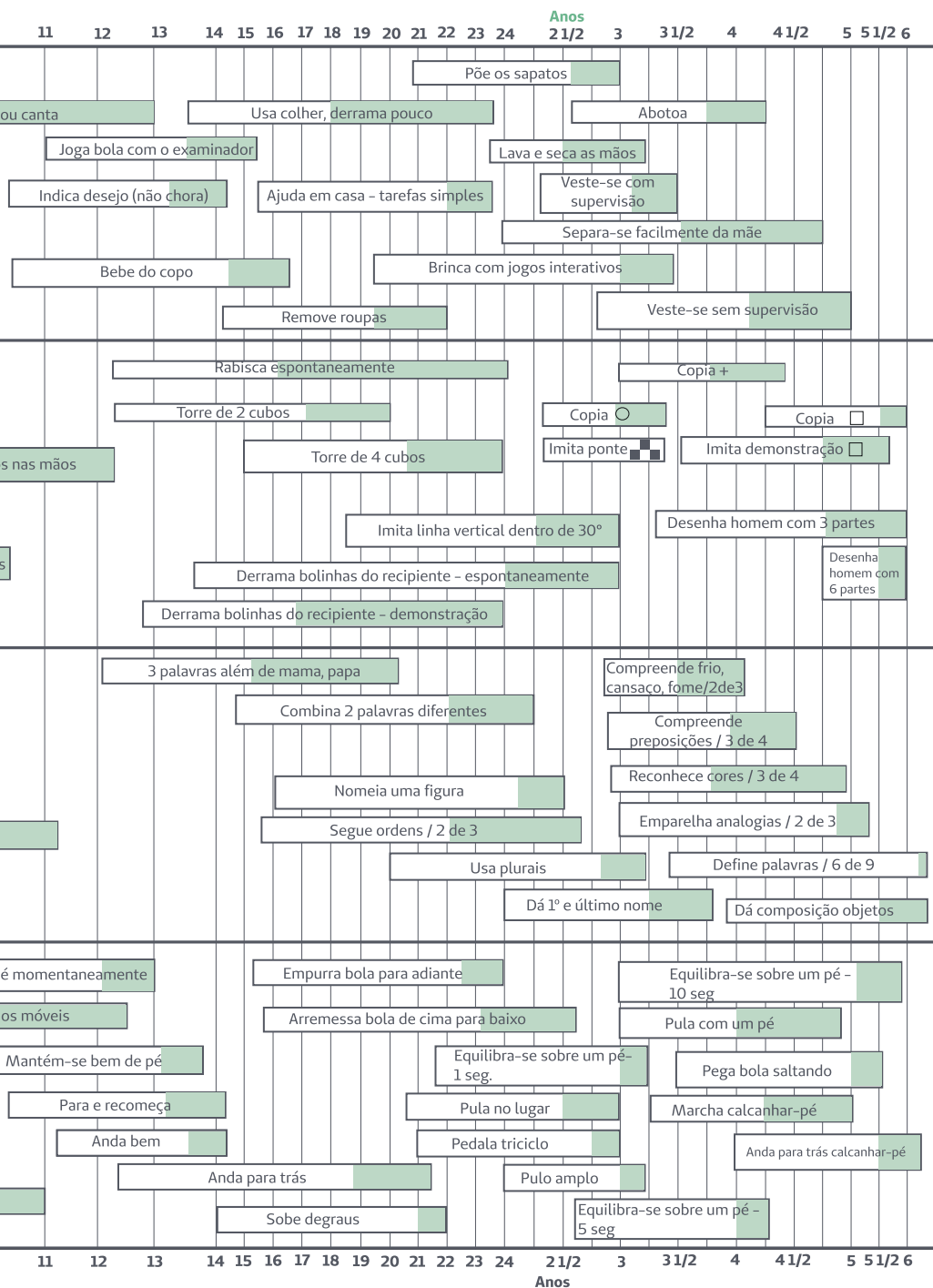
5. Cada item é representado por uma faixa indicativa da época em que uma criança normal pode começar a realizar aquela função.

6. A parte sombreada da faixa indica a idade em que 75 a 90% das crianças tornam-se capazes de executar o item de teste.

7. A incapacidade de realizar um item ultrapassado por 90% das crianças da mesma idade deve ser considerada importante, principalmente quando há várias falhas em um setor.

8. O teste não faz diagnósticos. Alerta quanto à presença de deficiências e indica a necessidade de investigação mais aprofundada.





Pesoal - social

Motor - adaptativo

Linguagem

Motor

NÃO SE ESQUEÇA DA VACINAÇÃO!



Ao nascer

BCG – Tuberculose – 1ª dose

Hepatite B – 1ª dose

Observação: Em função da menor resposta à vacina em bebês nascidos com menos de 2 kg ou idade gestacional inferior a 33 semanas, recomenda-se completar o esquema de 4 doses. Neste caso, após a dose do nascimento serão aplicadas mais 3 doses aos 2, 4 e 6 meses de idade.

Prematuros: Palivizumabe é recomendado até 1 ano de idade para crianças nascidas com idade gestacional inferior a 28 semanas, e até 6 meses para crianças nascidas com idade gestacional entre 28 e 32 semanas.* Deve ser aplicada nos meses de maior circulação do vírus sincicial respiratório, o que depende da região do Brasil: região Norte, de Janeiro a Junho; região Sul, de Março a Agosto, região Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, de Fevereiro a Julho.

**Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, independente da idade gestacional ao nascer, até o segundo ano de vida, desde que esteja em tratamento destas condições nos últimos seis meses, também tem indicação de Palivizumabe.*



2 meses

Hepatite B – 2ª dose

DTP ou DTPa (difteria, tétano, coqueluche) – 1ª dose

Haemophilus B – 1ª dose

Poliomielite (inativada) – 1ª dose

Pneumocócica conjugada – 1ª dose

Observação: A Pneumo 13 valente é encontrada na rede privada. O Programa Nacional de Imunização (PNI) oferece a Pneumo 10 valente.

Rotavírus – 1ª dose

Observação: A vacina contra rotavírus monovalente está disponível na rede pública com esquema de duas doses. A vacina contra rotavírus pentavalente está disponível apenas na rede privada com esquema de 3 doses, idealmente aos 2, 4 e 6 meses de idade.

Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNS cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode ser contraindicada e seu uso deve ser avaliado pelo médico. Não utilizar em crianças hospitalizadas.



3 meses

Meningocócica C conjugada ou preferencialmente ACWY – 1ª dose

Sempre que possível, preferir a vacina meningocócica ACWY, inclusive para os reforços de crianças já vacinadas com a meningocócica C conjugada. A meningocócica ACWY é encontrada na rede privada.

Meningo C: 2 doses aos 3 e 5 meses e reforço entre 12 a 15 meses.

Meningo ACWY: 2 doses aos 3 e 5 meses de idade e reforço entre 12 e 15 meses e reforços a cada 5 anos até a adolescência.

Meningocócica B – 1ª dose

Observação: No caso da Meningo B crianças entre 3 e 11 meses devem receber duas doses com intervalo de dois meses entre elas e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de idade. Crianças de 12 a 23 meses devem receber 2 doses com intervalo de 2 meses entre elas, também com uma dose de reforço 12 a 23 meses após o esquema das duas doses.. A partir de 24 meses de idade: duas doses com intervalo mínimo de um mês entre elas e não estabelecida ainda a necessidade de dose de reforço. Vacina encontrada na rede privada.



4 meses

DTP ou DTPa (difteria, tétano, coqueluche) – 2ª dose

Haemophilus B – 2ª dose

Poliomielite (Inativada) – 2ª dose

Pneumocócica conjugada – 2ª dose

Rotavírus – 2ª dose



5 meses

Meningocócica C conjugada ou preferencialmente ACWY – 2ª dose

Meningocócica B – 2ª dose



6 meses

Hepatite B – 3ª dose

DTP ou DTPa (difteria, tétano, coqueluche) – 3ª dose

Haemophilus B – 3ª dose

Poliomelite inativada – 3ª dose

Pneumocócica conjugada – 3ª dose

Observação: O Programa Nacional de Imunização (PNI) adotou, a partir de Janeiro de 2016 esquema de duas doses da Pneumo 10 aos 2 e 4 meses de vida, com reforço aos 12 meses. A pneumo 13 valente é encontrada na rede privada.

Influenza (Gripe) – 1ª dose

Observação: Vacina contra gripe indicada anualmente. Preferencialmente a quadrivalente.

Rotavírus – 3ª dose (exclusivamente para aqueles que adotaram esquema com a pentavalente na rede privada)



7 meses

Influenza (gripe) – 2ª dose

Observação: Faz-se 2 doses com intervalo de 1 mês entre elas na primovacinação antes dos 9 anos de idade, posteriormente dose anual.



9 meses

Febre Amarela – 1ª dose

Observação: recomenda-se que menores de 2 anos de idade não recebam vacina contra a febre amarela e triplice viral no mesmo dia, respeitando um intervalo mínimo de 30 dias entre elas. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.



12 meses

SCR (Sarampo, Caxumba, Rubéola) – 1ª dose

Varicela (Catapora) – 1ª dose

Hepatite A – 1ª dose

Observação: O uso das vacinas SCR e Varicela em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.



12 a 15 meses

Pneumocócica conjugada – Reforço, preferencialmente a Pneumo 13 valente

Meningocócica C ou preferencialmente ACWY – 1º reforço

Meningocócica B – reforço



15 meses

DTP ou DTPa (Difteria, tétano, coqueluche) – 1º reforço

Haemophilus B – reforço

Poliomielite (Oral ou Inativada) – 1º reforço – lembrando que o uso da Polio oral em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico e substituído pela Polio inativada.



15 meses a 2 anos

SCR (Sarampo, Caxumba, Rubéola) – 2ª dose

Varicela (Catapora) – 2ª dose

Observação: As segundas doses das vacinas contra Sarampo, Caxumba, Rubéola (SCR) e Varicela já podem ser aplicadas a partir dos 15 meses, lembrando que o uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.



18 meses

Hepatite A – 2ª dose (6 meses após a 1ª dose)



4 a 5 anos

DTP ou DTPa (difteria, tétano, coqueluche) – 2º reforço

Poliomielite – 2º reforço

Febre Amarela – 2ª dose

Observação: lembrando que o uso da Polio oral e Febre Amarela em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.



5 a 6 anos

Meningocócica C conjugada ou preferencialmente ACWY – 2º reforço

Em virtude da redução dos títulos protetores de anticorpos, reforços das vacinas conjugadas (C ou ACWY) são necessários entre (12 e 15 meses, entre 5 a 6 anos e na adolescência aos 11 anos de idade ou 5 anos após o último reforço).



9 a 10 anos

dTpa (difteria, tétano, coqueluche) – 3º reforço

Observação: Vacina contra dTpa, reforço a cada 10 anos.



11 anos

Meningo ACWY – 3º reforço



9 a 14 anos

HPV – 2 doses

Duas vacinas estão disponíveis no Brasil, HPV4 e HPV9. A HPV4 está disponível na Rede Pública dos 9 aos 14 anos para meninos e meninas em duas doses com intervalo de 6 meses. Na Rede Privada a HPV4 e HPV9 estão disponíveis para todos dos 9 aos 45 anos, sendo 2 doses para menos de 15 anos e 3 doses para maiores de 15 anos. Homens e Mulheres em idades fora da faixa etária de licenciamento também podem ser beneficiados com a vacinação a depender do critério médico. A Sociedade Brasileira de Imunização recomenda, sempre que possível, o uso preferencial da HPV9 e a revacinação dos anteriormente vacinados com HPV2 ou HPV4 com intuito de ampliar a proteção para os sorotipos adicionais, respeitando o intervalo de 1 ano da última dose de HPV2 ou 4 para esquema com HPV9.

Dengue

A vacina contra Dengue (Dengvaxia) está indicada dos 9 aos 45 anos de idade para pessoas que vivem em regiões endêmicas e já tiveram dengue. Contraindicada para pessoas soronegativas (que não tiveram dengue), mulheres grávidas, amamentando ou imunodeprimidos. Esquema de 3 doses com intervalo de 6 meses entre elas.

Em 2023 uma nova vacina contra a Dengue (QDenga) foi aprovada pela Anvisa. Está licenciada dos 4 aos 60 anos para quem teve e não teve dengue com o esquema de duas doses com 3 meses de intervalo entre elas. Trata-se de vacina de vírus vivo atenuado contraindicado para grávidas, amamentando e imunodeprimidos

VACINAÇÃO E LACTAÇÃO

Em geral, as vacinas não estão contraindicadas durante a lactação (amamentação). A exceção é a vacinação contra Febre Amarela, que deve ser evitada em mulheres lactantes há menos de 6 meses. Vacina contra Dengue é contraindicada para mulheres grávidas e que estejam amamentando.

CONTACTANTES

A prevenção de doenças infecciosas em lactentes jovens e prematuros pode ser obtida com a vacinação de crianças, adolescentes e adultos que têm contato frequente com eles (mãe, pai, irmãos, avós, babás e outros) que podem ser fontes, principalmente, das seguintes infecções imunopreveníveis: coqueluche, influenza, varicela, sarampo, caxumba e rubéola.

Pessoas com histórico de anafilaxia aos componentes das vacinas ou eventos adversos graves, imunocomprometidas ou em tratamentos imunossupressores requerem orientações especiais.



Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (PÚBLICO)	CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA SUGERIDO PELAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE IMUNIZAÇÃO E PEDIATRIA (PARTICULAR)	OBSERVAÇÕES
Ao nascer	BCG e Hepatite B	BCG e Hepatite B	
2 meses	1º Pentavalente 1º VIP 1º Pneucocócica 10v 1º Rotavírus Monovalente	1º Hexavalente acelular 1º Pneucocócica 13v 1º Rotavírus Pentavalente	A Hexavalente acelular substitui a Pentavalente e VIP da Rede Pública. Por ser acelular costuma dar menos reações.
3 meses	1º Meningocócica C	1º Meningocócica ACWY 1º Meningocócica B	A Meningocócica ACWY substitui a Meningocócica C da Rede Pública e inclui os sorotipos AWY. Meningocócica B exclusivamente na Rede Particular.
4 meses	2º Pentavalente 2º VIP 2º Pneucocócica 10v 2º Rotavírus Monovalente	2º Pentavalente ou Hexavalente acelular 2º Pneucocócica 13v 2º Rotavírus Pentavalente	Crianças prematuras ou imunodeprimidas fazer Hexavalente.
5 meses	2º Meningocócica C	2º Meningocócica ACWY 2º Meningocócica B	
6 meses	3º Pentavalente 3º VIP 1ª dose de Influenza (gripe)	3º Hexavalente acelular 3º Pneucocócica 13v 3º Rotavírus Pentavalente 1ª dose de Influenza (gripe)	Na Rede Pública é disponível a vacina contra a Influenza Trivalente. Na Rede Particular a Tetravalente.
7 meses	2º dose de Influenza (gripe)	2ª dose de Influenza (gripe)	
9 meses	1º dose Febre amarela	1ª dose Febre amarela	
12 meses	Reforço Pneumocócica 10v Reforço Meninocócica C 1ª dose Tríplice viral	Reforço Pneumocócica 13v Reforço Meninocócica ACWY Reforço Meninocócica B 1ª dose Tríplice viral 1ª dose Varicela 1ª dose Hepatite A	Essas vacinas podem ser feitas entre doze e quinze meses.
15 meses	1º Reforço DTP 1º Reforço VOP (Polio) 2º dose da Tríplice Viral 1º dose Varicela Hepatite A	1º Reforço Pentavalente acelular 2ª dose Tríplice viral 2ª dose da Varicela	A segunda dose da Varicela pode ser dada a partir de 3 meses após a 1ª dose.
18 meses		2ª dose Hepatite A	A 2ª dose da Hepatite A deve ser dada 6 meses após a primeira dose.

IDADE	CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (PÚBLICO)	CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA SUGERIDO PELAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE IMUNIZAÇÃO E PEDIATRIA (PARTICULAR)	OBSERVAÇÕES
4 anos	2º Reforço DTP 2º Reforço VOP (Polio) 2ª dose Varicela 2ª dose Febre Amarela	2º Reforço DTPa + VIP (Difteria, Tétano e Coqueluche + Polio) 2ª dose Febre Amarela Dengue (2 doses intervalo de 3 meses)	*
6 anos	Reforço Meningocócica C	Reforço Meningocócica ACWY	
9 anos	HPV Quadrivalente (2 doses com intervalo de 6 meses)	HPV Quadrivalente ou Nonavalente (2 doses com intervalo de 6 meses)	
10 anos		3º Reforço dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche)	
11 anos	Meningocócica ACWY	Reforço Meningocócica ACWY	
14 anos	dT (Difteria e Tétano)		

*Existem duas vacinas contra a dengue licenciadas no Brasil. A QDENGGA licenciada dos 4 aos 60 anos em duas doses com intervalo de 3 meses para quem teve e não teve Dengue e a Dengvaxia licenciada dos 9 aos 45 anos em três doses com intervalo de 6 meses entre elas exclusivamente para quem já teve Dengue. Ambas as vacinas são de vírus vivo atenuado contraindicado para imunodeprimidos, gestantes e mulheres amamentando.

Na Rede Pública (SUS) o calendário vacinal segue o Programa Nacional de Imunização (PNI) que tem como objetivo principal garantir a saúde coletiva.

Na Rede Particular o calendário de vacinação segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e tem como foco principal a saúde individual contemplando além das proteções existentes no calendário do PNI outras proteções adicionais.

Algumas vacinas da rede particular contemplam uma proteção mais ampla. Um exemplo é a vacina contra o Pneumococo. No SUS está disponível a Pneumo 10, já na rede particular a Pneumo 13.

Outras diferenças são a quantidade de picadas ou os efeitos adversos como é o caso da Hexavalente acelular (particular) que substitui a vacina Pentavalente de células inteiras e a poliomielite inativada da rede pública.

Atenção: Todas as vacinas aprovadas pela Anvisa, disponíveis no calendário do Programa Nacional de Imunização ou no calendário proposto pelas Sociedades Brasileiras de Imunização ou Pediatria, são seguras e eficazes. O importante é se vacinar e vacinar a quem você ama!

Registro das vacinas do Calendário de vacinação - criança

Nome:				
DOSES/VACINAS	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP
AO NASCER	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:		
1ª DOSE			Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
2ª DOSE			Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
3ª DOSE			Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
DOSES/VACINAS	FEBRE AMARELA	HEPATITE A	DTP	VOP
DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:
DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:
DOSES/VACINAS	INFLUENZA			
	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:		Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:	
	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:			

Nome:			Data de nascimento:	
DOSES/VACINAS	PNEUMOCÓCICA	ROTAVÍRUS HUMANO	MENINGOCOCICA C	MENINGOCOCICA B
1ª DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
2ª DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
3ª DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
4ª DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:			
DOSES/VACINAS	TRIPLICE VIRAL	VARICELA	DENGUE	HPV
DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Vacina: Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Ass.:
DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:
DOSE	Data: Lote: Lab;Produç: Unidade: Nome vacinador.:			



VIAJE COM SEGURANÇA



Do nascimento até 13 kg ou até 1 ano de idade, no bebê conforto, presa de costas para o movimento.



De 1 a 4 anos (13 a 18 kg) em cadeirinha de segurança.



De 4 a 7 anos e meio em assento de elevação ou "booster".



Acima de 7 anos e meio, com cinto de segurança.

ANS n° 30676-2

Unimed 
Regional Jaú

www.unimedjau.com.br
Av. Antônio de Almeida Pacheco, nº 1991
17213-700 - 2ª Zona Industrial - Jaú/SP
T. (14) 2104-8110