

ANEXO X

RELATÓRIO MÉDICO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

(Os Itens 1 e 2 devem ser preenchidos pela CEJA-PB)

1. Identificação da criança/adolescente

Dados pessoais

Nome da criança:

Data de nascimento:

Sexo:

Local de nascimento:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Nome da instituição atual:

Acolhido desde:

2. Histórico de violência física, psíquica e/ou sexual

Existente

Inexistente

Desconhecido

Em caso positivo, descreva o(s) fato(s) ocorrido(s):

Assinado por:

Nome:

Cargo:

Servidor da CEJA-PB

Continuação do Relatório Médico

- Os itens 3 e seguintes devem ser preenchidos exclusivamente pelo médico da CEJA-PB

3. Avaliação médica da criança

Peso:

Altura:

Circunferência da cabeça:

3.1. Histórico de doenças

Existente

Inexistente

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.2. Histórico de cirurgias

Existente

Inexistente

Em caso positivo, indicar a(s) cirurgias(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.3. Histórico de vacinação (anexar cópia do Cartão de Vacinação, se disponível)

Hepatite A

Rotavírus humano (2ª dose)

Hepatite B

Febre amarela

Bacilo CalmeFe-Guerin – BCG

Tríplice viral (1ª dose)

Penta (1ª dose)

DTP (1º reforço)

Penta (2ª dose)

DTP (2º reforço)

Penta (3ª dose)

Tetraviral (dose única)

Pneumocócita 10 Valente conjugada (1ª dose)

Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (1ª dose)

Pneumocócita 10 Valente conjugada (2ª dose)

Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (2ª dose)

Pneumocócita 10 Valente conjugada (reforço) Poliomielite 1 e 3 atenuada - VOP (1º reforço)

Meningocócita C conjugada (1ª dose)

- Poliomielite 1,2 e 3 –VIP (3ª dose)
- Meningocócita C conjugada (2ª dose)
- Poliomielite 1 e 3 atenuada - VOP (2º reforço)
- Meningocócita C conjugada (reforço) Varicela atenuada (dose única)
- Rotavírus humano (1ª dose)
- HPV (1ª dose)
- Tuberculose (B.C.G.)
- HPV(2ªdose)

Outras:

3.4. Enfermidade atual

3.4.1. Doença infectocontagiosa

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.4.2. Doença crônica e/ou genética

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) doença(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.4.3. Deficiência intelectual / Redução notável do funcionamento intelectual

- Existente
- Inexistente
- Desconhecido

Em caso positivo, indicar a(s) enfermidades(s) contraída(s), a idade, e se houve sequelas/complicações.

3.5. Episódios convulsivos

- Existente
- Inexistente

Desconhecido

Em caso positivo, indicar a idade em que ocorreu e se houve sequelas/complicações.

3.6. Uso de medicamento(s)

Sim

Não

Em caso positivo, indicar o(s) medicamento(s) e o motivo para o uso.

3.7. Tratamento hospitalar ou acompanhamento com profissional especializado

Sim

Não

Desconhecido

Em caso positivo, indicar a idade em que ocorreu e se houve sequelas/complicações.

3.8. Resultado de exame clínico e outras observações importantes

3.9. Anexos (opcional): Exames laboratoriais (Hemograma completo, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, HIV e outros)

Data do relatório:

Assinatura e carimbo do médico examinador

CIENTE: Assinatura do(s) pretendente(s)