




2020

FICHA DE ACOMPANHAMENTO CRIANÇA / ADOLESCENTE - SAÚDE

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E PROTEÇÃO ESPECIAL À CRIANÇA E AO
ADOLESCENTE – SAPECA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE - SAÚDE

Criança: _____

Família Acolhedora: _____

Data do acolhimento: _____

Data do atendimento: _____

1. Saúde:

C.S referência da F.A e equipe de referência (ou plano de saúde):

Médico referência: _____

Última consulta: _____

Vacinação em dia: () Sim () Não

Exames realizados:

Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não

Qual? _____

Acompanhamento Odontológico? () Sim () Não

Onde? _____

Outros acompanhamentos? () Sim () Não

Qual? _____

Local: _____

Profissional de referência: _____

Contato: _____

Observações:

2.Rotina:

Como é o sono? Onde dorme?

Como é a alimentação? (especificar leite utilizado, em caso de bebês)

Tem alergia a algum alimento? () Sim () Não

Qual?_____

Observações:
