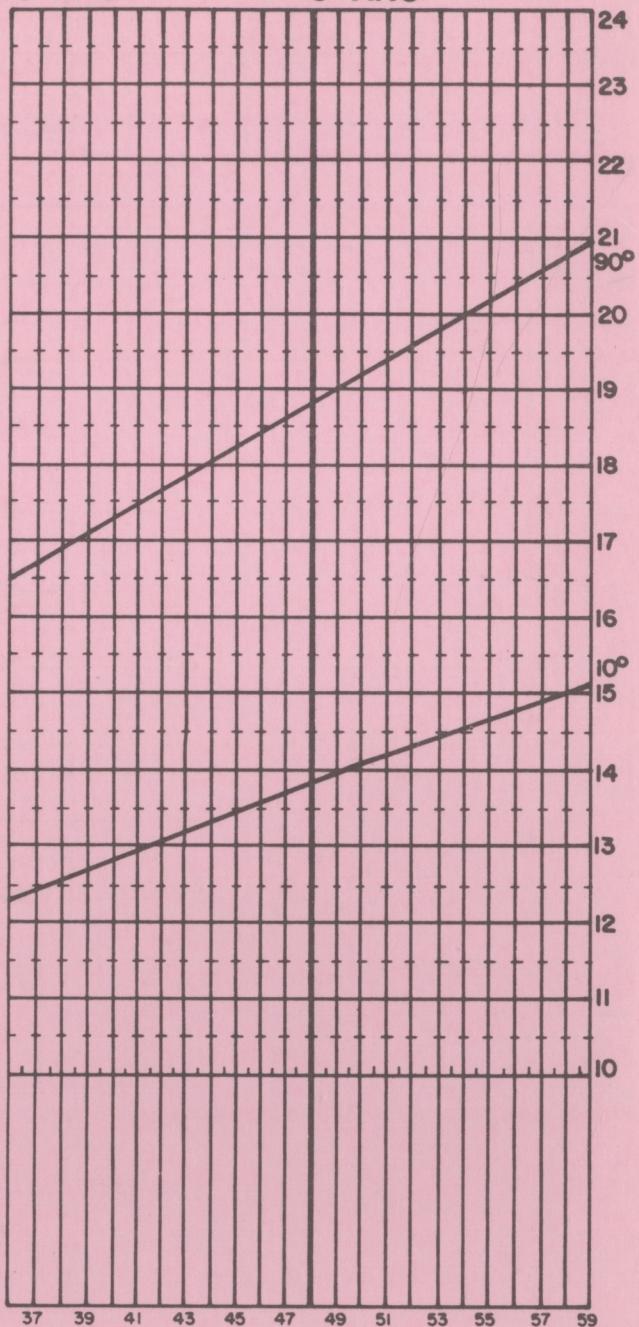


4º ANO

5º ANO



## **PADRÃO DE REFERÊNCIA PARA PESO E IDADE DO NCHS.**

**INAN-Ministério da Saúde**

# **Cartão da Criança**

UNIDADE SANITÁRIA

**NOME**

Nº MATRÍCULA

---

**DATA DA MATRÍCULA**

---

**DATA NASCIMENTO**

---

**NOME DA MÃE**

**NOME DO PAI**

**ENDERECO**

---

**LOCAL DE REFERÊNCIA**

## **AGENDAMENTO**

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS			
ANTÍPOLIO	DPT (TRÍPLICE)	BCG	ANTISARAMPO	TOX. TETÂNICA			
DATA RUBRICA C.V. P.V.							
1ª DOSE							
DATA RUBRICA C.V. P.V.							
2ª DOSE							
DATA RUBRICA C.V. P.V.							
3ª DOSE							
REFORÇO							

NOME

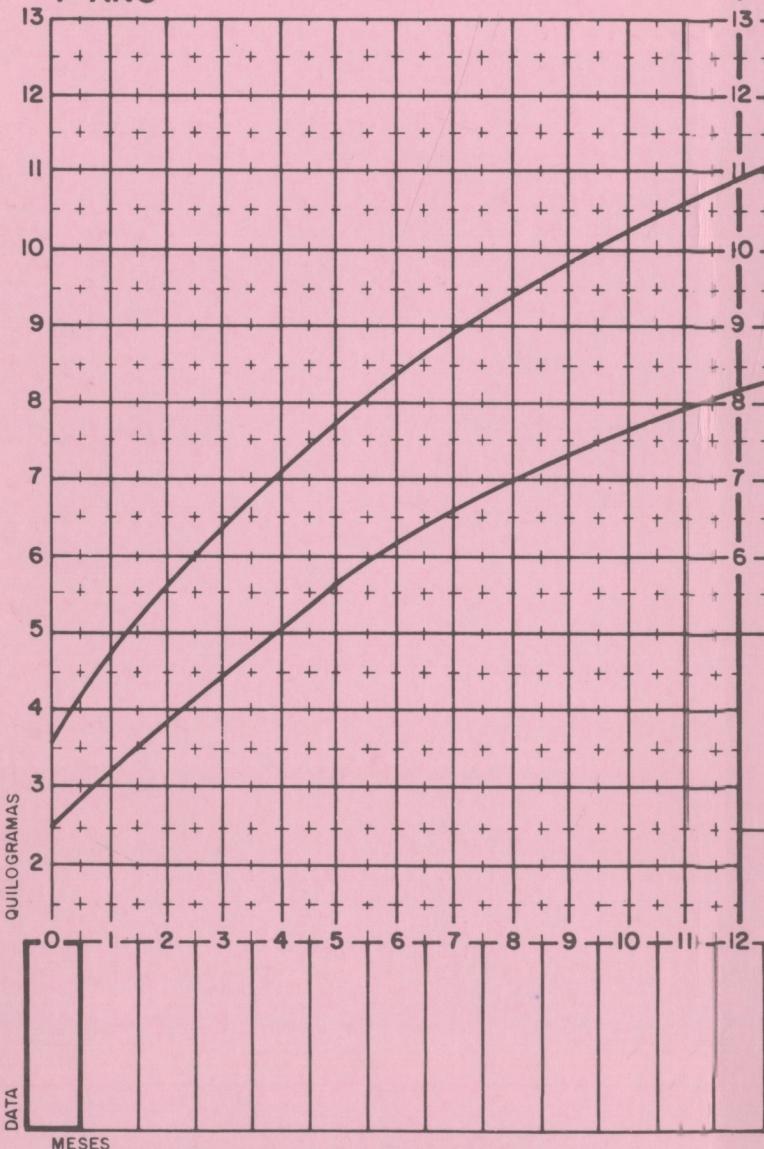
PESO AO NASCER



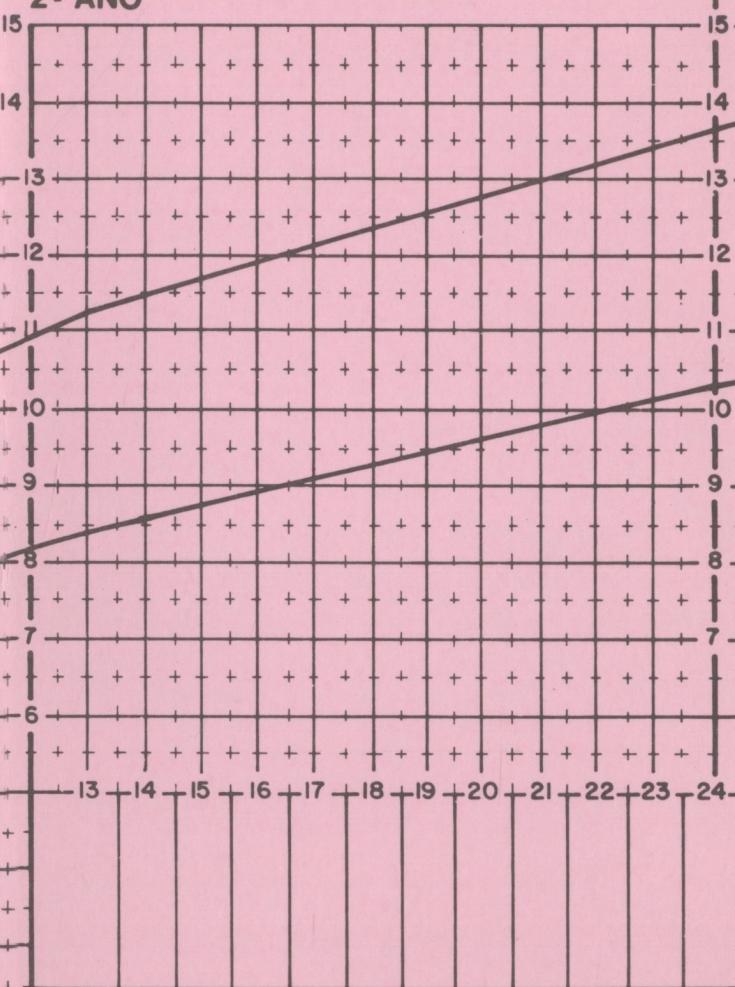
O SARAMPO, O TÉTANO, A DIFTERIA,  
A PARALISIA E A COQUELUCHE  
PODEM MATAR. COM AS VACINAS  
SEU FILHO FICA PROTEGIDO  
DESSAS DOENÇAS.

MÃE, O SEU LEITE É O ÚNICO LEITE PERFEITO  
PARA SEU FILHO.

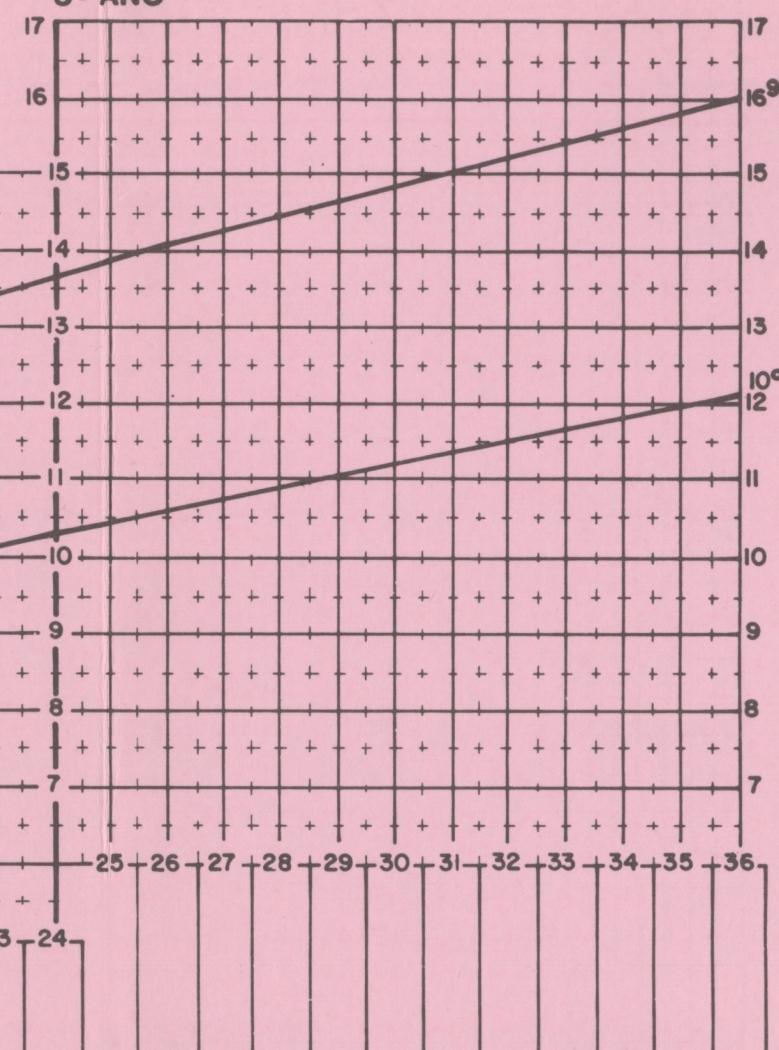
1º ANO



2º ANO



3º ANO



ANOTE NO MÊS, QUANDO OCORRER:

- Desmame
- Diarréia
- Infecção Respiratória
- Sarampo
- Coqueluche
- Problemas da Alimentação
- Nova Gravidez da Mãe
- Qualquer outra Doença ou Problema Grave.



DATA

MESES