

# CADERNINHO DA SAÚDE DO MEU FILHO(A)

**CLUBE**  
correr ou  
esperar...  
DRA. GIULIA CASTRO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA ACOMPANHAR SUA SAÚDE COM MAIS ORGANIZAÇÃO.



## 1. DADOS DA CRIANÇA



Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade atual: \_\_\_\_\_  
Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino  
Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Altura ao nascer: \_\_\_\_\_  
Tipo de parto: ☐ Normal ☐ Cesárea ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peso atual: \_\_\_\_\_  
Altura atual: \_\_\_\_\_  
Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
Nome do responsável: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_



## 3. CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Para usar em situações de necessidade.

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_



## 4. PLANO DE SAÚDE

Nome do plano: \_\_\_\_\_  
Número da carteirinha: \_\_\_\_\_  
Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hospital de referência: \_\_\_\_\_  
Médico(a) pediatra: \_\_\_\_\_  
Telefone do consultório: ( ) \_\_\_\_\_



## 5. ALERGIAS E INTOLERÂNCIAS

Marque se a criança tem alguma alergia ou intolerância já identificada.

- ☐ Medicamentos. Quais? \_\_\_\_\_
- ☐ Alimentos. Quais? \_\_\_\_\_
- ☐ Picadas de insetos. Quais? \_\_\_\_\_
- ☐ Produtos (ex.: látex, cosméticos). Quais? \_\_\_\_\_
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_



## 6. DOENÇAS JÁ DIAGNOSTICADAS

Liste abaixo as doenças que a criança já tem diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 7. USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS

A criança faz uso contínuo de algum medicamento?

- ☐ Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
Dose: \_\_\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_
- ☐ Não.



## 8. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Anote aqui qualquer informação que possa ser relevante para o pediatra.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ESTE CADERNINHO É UM APOIO PARA ORGANIZAR INFORMAÇÕES,  
MAS NÃO SUBSTITUI A CADERNETA DA CRIANÇA, O PRONTUÁRIO MÉDICO  
OU A AVALIAÇÃO DO PEDIATRA.

# CADERNINHO DA SAÚDE DO MEU FILHO(A)

REGISTRO DAS CONSULTAS MÉDICAS  
PARA ACOMPANHAR E NÃO ESQUECER NADA.

CLUBE  
correr ou  
esperar...  
DRA. GIULIA CASTRO



## 1. HISTÓRICO DE CONSULTAS

| <br>Data da consulta | <br>Motivo da consulta | <br>Profissional<br>(pediatra ou especialista) | <br>Principais orientações<br>e recomendações | <br>Retorno<br>(quando?) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                       |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                 |                                                                                                             |

## 2. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS

Registre aqui as consultas com outros profissionais da saúde (ex.: dermatologista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, etc.).



---

---

---

---

## 3. ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

Anote aqui as principais orientações que você recebeu nas consultas e que deseja lembrar e acompanhar.



---

---

---

---

## 4. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO

Anote aqui as informações que o pediatra passou sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.



Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Percentil (se informado): \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

---

---

## 5. MINHAS OBSERVAÇÕES

Anote aqui qualquer outra informação importante sobre as consultas (ex.: dúvidas que surgiram, como a criança reagiu, próximos passos).



---

---

---

---

---

ESTE CADERNINHO É UM APOIO PARA ORGANIZAR INFORMAÇÕES.  
MAS NÃO SUBSTITUI A CADERNETA DA CRIANÇA, O PRONTUÁRIO MÉDICO  
OU A AVALIAÇÃO DO PEDIATRA.

# CADERNINHO DA SAÚDE DO MEU FILHO(A)

CLUBE  
correr ou  
esperar...  
DRA. GIULIA CASTRO

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO,  
DESENVOLVIMENTO E BEM-ESTAR DO DIA A DIA.

## 1. CRESCIMENTO

Registre as informações de crescimento da criança ao longo do tempo.

| <br>Data | <br>Peso (kg) | <br>Altura (cm) | <br>Percentil (se informado) | <br>Observações (ex.: evolução, orientações) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                               |
|                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                               |
|                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                               |
|                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                               |
|                                                                                           |                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                               |



## 2. ALIMENTAÇÃO

Anote aqui as informações sobre a alimentação da criança.

- ☐ Aleitamento materno
- ☐ Fórmula infantil
- ☐ Introdução alimentar
- ☐ Alimentação da família
- ☐ Alguma dificuldade para se alimentar
- ☐ Seletividade alimentar
- ☐ Outra observação: \_\_\_\_\_



## 3. SONO

Registre como tem sido o sono da criança.

- ☐ Dorme bem
- ☐ Dificuldade para dormir
- ☐ Acorda várias vezes
- ☐ Sono agitado
- ☐ Pesadelos
- ☐ Outra observação: \_\_\_\_\_



## 4. DESENVOLVIMENTO

Acompanhe aqui marcos importantes do desenvolvimento da criança.

- ☐ Sustenta a cabeça
- ☐ Rola
- ☐ Sent a sem apoio
- ☐ Engatinha
- ☐ Fica em pé
- ☐ Anda
- ☐ Fala palavras
- ☐ Frases
- ☐ Outros marcos: \_\_\_\_\_



## 5. COMPORTAMENTO E ROTINA

Anote aqui como tem sido o comportamento da criança no dia a dia.

- ☐ Calmo(a)
- ☐ Irritado(a) com frequência
- ☐ Demonstra ansiedade
- ☐ Está mais adesivo(a)
- ☐ Boa interação com outras pessoas
- ☐ Alterações no comportamento
- ☐ Outra observação: \_\_\_\_\_



## 6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

Anote aqui qualquer outra informação importante sobre o dia a dia da criança.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ESTE CADERNINHO É UM APOIO PARA ORGANIZAR INFORMAÇÕES,  
MAS NÃO SUBSTITUI A CADERNETA DA CRIANÇA, O PRONTUÁRIO MÉDICO  
OU A AVALIAÇÃO DO PEDIATRA.

# CADERNINHO DA SAÚDE DO MEU FILHO(A)

**CLUBE**  
correr ou  
esperar...  
DRA. GIULIA CASTRO

MEDICAMENTOS, VACINAS E EXAMES  
PARA MANTER TUDO ORGANIZADO EM UM SÓ LUGAR.



## 1. MEDICAMENTOS EM USO OU JÁ UTILIZADOS

Registre aqui os medicamentos que a criança está usando ou já utilizou (sempre conforme prescrição médica).

|  Nome do medicamento |  Dose (conforme receita) |  Horário(s) |  Período de uso |  Obserio(s) |  Observações (ex.: motivo, efeitos, suspensão) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                                   |
|                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                                   |
|                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                                   |

## 2. VACINAS

Acompanhe as vacinas da criança. Consulte sempre a Caderneta de Vacinação.

|  Nome da vacina |  Data da aplicação |  Próxima dose (quando houver) |  Observações (ex.: reações, local da aplicação) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  |                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                  |                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                  |                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                  |

### LEMBRETE IMPORTANTE



Sempre mantenha a Caderneta de Vacinação atualizada e leve nas consultas.



## 3. EXAMES REALIZADOS

Registre aqui os exames que a criança já fez.

|  Nome do exame |  Data |  Resultado (ex.: normal, alterado) |  Médico que solicitou |  Observações (ex.: necessidade de repetir) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   |                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                 |
|                                                                                                   |                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                 |

## 4. EXAMES SOLICITADOS

Registre aqui os exames que o pediatra solicitou.

|  Nome do exame |  Data do pedido |  Data prevista |  Resultado |  Observações |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                 |
|                                                                                                   |                                                                                                    |                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                 |



### DICA DA DRA. GIULIA



Guarde os resultados de exames e leve sempre nas consultas, mesmo quando estiverem normais.

ESTE CADERNINHO É UM APOIO PARA ORGANIZAR INFORMAÇÕES, MAS NÃO SUBSTITUI A CADERNETA DA CRIANÇA, O PRONTUÁRIO MÉDICO OU A AVALIAÇÃO DO PEDIATRA.

# CADERNINHO DA SAÚDE DO MEU FILHO(A)

CLUBE  
correr ou  
esperar...  
DRA. GIULIA CASTRO

MINHAS DÚVIDAS, PRÓXIMOS PASSOS E LEMBRETES PARA UMA ROTINA MAIS TRANQUILA E ORGANIZADA.



## 1. MINHAS DÚVIDAS PARA A PRÓXIMA CONSULTA

Anote aqui todas as dúvidas que deseja conversar com o pediatra na próxima consulta.



- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

## 2. PRÓXIMOS PASSOS

Anote aqui as orientações recebidas e o que precisa ser feito até a próxima consulta.



- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

## 3. SINAIS DE ATENÇÃO

Fique atenta a estes sinais e procure atendimento médico se a criança apresentar:



- ☐ Febre alta que não cede
- ☐ Dificuldade para respirar
- ☐ Vômitos persistentes
- ☐ Diarreia intensa
- ☐ Sonolência excessiva
- ☐ Recusa total de líquidos ou alimentos
- ☐ Choro inconsolável
- ☐ Alteração no comportamento
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_



## 4. ROTINA DO DIA A DIA

Use este espaço para organizar a rotina da criança e facilitar o acompanhamento.



|  |            |  |
|--|------------|--|
|  | Acorda     |  |
|  | Refeições  |  |
|  | Sonecas    |  |
|  | Atividades |  |
|  | Banho      |  |
|  | Dormir     |  |
|  | Outros:    |  |

## 5. OBSERVAÇÕES GERAIS

Anote aqui qualquer outra informação importante sobre a saúde, comportamento ou rotina da criança.



## LEMBRE-SE SEMPRE



- ☐ Mantenha a Caderneta da Criança atualizada
- ☐ Leve este caderninho para as consultas
- ☐ Anote todas as orientações recebidas
- ☐ Observe as mudanças no dia a dia
- ☐ Em caso de dúvida, fale sempre com o pediatra
- ☐ Cada criança tem seu tempo e seu ritmo
- ☐ Você conhece seu filho e isso faz toda a diferença

ESTE CADERNINHO É UM APOIO PARA ORGANIZAR INFORMAÇÕES, MAS NÃO SUBSTITUI A CADERNETA DA CRIANÇA, O PRONTUÁRIO MÉDICO OU A AVALIAÇÃO DO PEDIATRA.