



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA RITA DO SAPUCAÍ- MG



PRONTUÁRIO PUERICULTURA

Identificação: _____
Gravidez: _____ Parto: _____ Cadastro: _____
Data de Nasc. : ____/____/____ Peso: _____ Estatura: _____
Mãe: _____
Pai: _____
Endereço: _____

Data da Consulta: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____
Estatura: _____ PC: _____ Temperatura: _____
Imunização: _____ Fezes: _____ Diurese: _____
Alimentação: _____
Queixa Principal: _____
Obs. de Enfermagem: _____
Exame Físico: _____
Diagnóstico: _____
Prescrição: _____

Retorno: _____
Ass. Resp.: _____ Carimbo / Ass. Médico: _____

Data da Consulta: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____
Estatura: _____ PC: _____ Temperatura: _____
Imunização: _____ Fezes: _____ Diurese: _____
Alimentação: _____
Queixa Principal: _____
Obs. de Enfermagem: _____
Exame Físico: _____
Diagnóstico: _____
Prescrição: _____

Retorno: _____

Data da Consulta: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ **Peso:** ____
Estatura: ____ **PC:** ____ **Temperatura:** ____
Imunização: ____ **Fezes:** ____ **Diurese:** ____
Alimentação: ____

Queixa Principal: ____
Obs. de Enfermagem: ____
Exame Físico: ____
Diagnóstico: ____
Prescrição: ____

Retorno: ____
Ass. Responsável: _____

Data da Consulta: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ **Peso:** ____
Estatura: ____ **PC:** ____ **Temperatura:** ____
Imunização: ____ **Fezes:** ____ **Diurese:** ____
Alimentação: ____

Queixa Principal: ____
Obs. de Enfermagem: ____
Exame Físico: ____
Diagnóstico: ____
Prescrição: ____

Retorno: ____
Ass. Responsável: _____

Data da Consulta: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ **Peso:** ____
Estatura: ____ **PC:** ____ **Temperatura:** ____
Imunização: ____ **Fezes:** ____ **Diurese:** ____
Alimentação: ____

Queixa Principal: ____
Obs. de Enfermagem: ____
Exame Físico: ____
Diagnóstico: ____
Prescrição: ____

Retorno: ____
Ass. Responsável: _____