

AVALIAÇÃO FÍSICA CRIANÇA

 DATA - -
 (dd-mm-aaaa)

 INQUIRIDOR

 Há quanto tempo é que a criança comeu ou bebeu pela última vez? , horas

ANTROPOMETRIA Sim Não Motivo:

Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> kg	Instrumento	<input type="text"/> <input type="text"/>
Estatura	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	Instrumento	<input type="text"/> <input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	Perímetro da cintura	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Perímetro meio do braço	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	Perímetro da anca	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm
Perímetro torácico	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm	Perímetro da coxa	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> cm

A criança foi medida nas condições ideais?

 Sim Não Porquê?

 Se não, como foi medida?
BIOIMPEDÂNCIA Sim Não Motivo:

Se sim, foi medida em condições ideais?

 Sim Não Motivo:
COLHEITA DE SANGUE Sim Não Motivo:

 Se sim, em jejum? Sim Não

PRESSÃO ARTERIAL Sim Não Motivo:

 Instrumento

	1ª Medição	2ª Medição	3ª Medição	Média:
Sistólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
Diastólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg

Dados Antropométricos do Pai

 Peso , kg Estatura: , cm

Observações: