ENCAMINHAMENTO DO EDUCANDO

PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR
Centro de Educação Infantil (CEI):
Sala que a criança frequenta:
Nome da Criança:
Data de Nascimento:
Data do encaminhamento:
Data dos primeiros sintomas:
Primeiros sintomas apresentados no CEI? ( ) Sim ( ) Não
Outras crianças com os mesmos sintomas na sala? ( ) Sim ( ) Não
Quantas?
Alguma criança que já passou por atendimento médico ou de enfermagem, já possui algum diagnóstico: ( ) Doenças Diarreias ( ) Conjuntivite ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Síndrome Mão Pé Boca ( ) Molusco Contagioso ( ) Meningite ( ) Monilíase Oral – Sapinho ( ) Influenza A ( ) Dermatite de Fralda ( ) Influenza B ( ) Escabiose – Sarna ( ) COVID ( ) Pediculose – Piolho ( ) Impetigo ( ) _____ ( ) Roséola ( ) _____
Sintomas: ( ) Diarreia: ___ vezes/dia ( ) pastosa/sem alteração de cor ( ) líquida/sem alteração de cor ( ) pastosa/com alteração de cor ( ) líquida/com alteração de cor
( )Vômito: ____ vezes/dia
Temperatura: ____ ºC ( ) Temperatura não aferida
Outros sintomas: ( ) manchas vermelhas no rosto ( ) _____ ( ) manchas vermelhas no corpo ( ) _____ ( ) tosse ( ) _____ ( ) lesão mucosa oral ( ) _____ ( ) Secreção nos olhos ( ) _____ ( ) bolhas no corpo ( ) _____
Observações adicionais:
Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I:
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE
Data do atendimento: ( ) Criança apta a frequentar o CEI- Justificar: _____ ( )Criança deverá permanecer ____ dias afastadas do CEI. Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro: