

MELHORIA NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL: INQUÉRITO DE BASE: PARTE II: CHUABO: MAIO/JUNHO 2003

A. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

A01. DISTRITO: A02. LOCALIDADE: A03. ALDEIA: A04. AF:

A05. CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR:

A06. TIPO DE CHEFE: (1- HOMEM 2- MULHER COM APOIO 3- MULHER SEM APOIO):

A07.	DATA DE 1º ENTREVISTA		/		A10. INQUIRIDOR			A13. DATA DE 1º DIGITAÇÃO		/	
A08.	TEMPO DO INÍCIO		:		A11. CONTROLADOR			A14. 1º DIGITADOR			
A09.	TEMPO AO FIM		:		A12. VOLTA A FAZER 0- Não 1- Sim 2 Sim, só sangue			A15. DATA DE 1º DIGITAÇÃO		/	
A09B.	DATA DE 2º ENTREVISTA				A12B. INQUIRIDOR DE 2º			A16. 2º DIGITADOR			
PROBLEMAS:					APROVAÇÃO						

CRIANÇA DA REFERÊNCIA:

MAMOU NO DATA DE PRIMEIRA ENTREVISTA: (0- Não 1- Sim):

RECEBEU CAPSULA:

DATA RECEBEU:

MÃE/ZELADOR DA CRIANÇA:

PAI/ZELADOR DA CRIANÇA:

TAMANHO DO AF:

MEMBROS 60 MESES OU MAIS DE IDADE:

(0- Não 1- Sim)

#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17A. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17B. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17C. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17D. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17E. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 4	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17F. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17G. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO: 0	RELAÇÃO: 0	IDADE: 0	RESIDENTE: 0	A17H. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEMBROS MENOS DE 60 MESES DA IDADE

#0	SEXO:0	DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES:0 ANO:0	TEM CARTAO-SAUDE? 0	ID NUM MÃE: 0	ALTER: 0	ID PAI: 0	ALTER: 0
		A18A. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO:0	DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES:0 ANO:0	TEM CARTAO-SAUDE? 0	ID NUM MÃE: 0	ALTER: 0	ID PAI: 0	ALTER: 0
		A18A. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO:0	DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES:0 ANO:0	TEM CARTAO-SAUDE? 0	ID NUM MÃE: 0	ALTER: 0	ID PAI: 0	ALTER: 0
		A18A. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#0	SEXO:0	DATA DE NASCIMENTO: DIA: 0 MES:0 ANO:0	TEM CARTAO-SAUDE? 0	ID NUM MÃE: 0	ALTER: 0	ID PAI: 0	ALTER: 0
		A18A. É RESIDENTE?	<input type="checkbox"/>	SE SAIU: PORQUÊ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A19A. MÃE/MULHER É MEMBRO DO GRUPO? (0-Não 1-Sim) Se Sim: A19B. NOME DO GRUPO:

A20A. NÚM. DA IDENTIFICAÇÃO DE OUTRO MEMBRO QUE PERTENCE A GRUPO? Se Sim: A20B. NOME DO GRUPO:

D. MORBILIDADE: CRIANÇA DE REFERÊNCIA

DIST: LOC: ALD: AF:

D01. CRIANÇA DE REFERENCIA: _____

D02. Desde o seu nascimento, a criança ficou pelo menos uma noite numa entidade de saúde por causa de doença?

0- Não
1- Sim

D06 A criança tem pelo menos uma vacina registrada na carta de saúde?
0- Não 1- Sim 2- Nunca recebeu 3- Recebeu mas perdeu cartão/parte da cartão

Se sim:
Preencher o quadro

Veza	Quantos dias?	Qual foi a idade (em meses) da criança?	Qual foi a doença principal
	D03	D04	D05
1 Primeira	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Segunda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Terceira	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se sim:

Nota a quantidade

de vacinações

recebida por

cada tipo.

VACINA	Máxima Possível	Quantidade D07
1- BCG	1	<input type="text"/>
2- POLIO	4	<input type="text"/>
3- DPT-HEPB	3	<input type="text"/>
4- SARAMPO	1	<input type="text"/>

D08. Durante as últimas duas semanas, a criança teve diarreia? 0- Não 1- Sim

D09: Se Sim: Quando terminou? (Número dos dias passados) (00- Ainda)

Máximo valor: 14

Quadro D1. Sintomas Gastro-Intestinais

Sintomas Gastro-Intestinais				8 - Não sabe		Vomitou pelo menos uma vez?		Houve uma redução na comida ou líquidos ingeridos?		Teve febres?	
Quantas vezes defecou por dia no início?	Teve diarreia com muco?	Consistência das fezes: 1- muito líquidas 2- semi-líquidas 3- pastosas 8- não sabe		Teve sangue nas fezes?		0- Não 1- Sim 8- Não sabe		0- Não 1- Pouco 3- Muito		0- Não 1- Pouco 2- Alta	
D10	D11	D12		D13		D14		D15		D16	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quadro D2. Doença e Tratamento Procurado

Durou quantos dias? Duração (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?				Se não consultou:				
			1 Primeira Consulta		2 Segunda Consulta		Porquê?				
			Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem?	Quantas vezes?	Tomou medicamento?	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	D28
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SE D20=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D28=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

D. MORBILIDADE: CRIANÇA DA REFERÊNCIA, CONT.

DIST: LOC: ALD: AF: p.4

D29. Durante as últimas duas semanas, a criança teve uma infecção respiratória aguda?

0- Não 1- Sim D30 Se Sim: Quando terminou?

SE D29=1, PREENCHE QUADROS D3 E D4

(Número dos dias passados) (00- Ainda)

Máximo valor: 14

Quadro D3. Sintomas Respiratórios

Sintomas Respiratórios			8 - Não sabe	Qual foi o grau de severidade de infecção respiratória?			Teve febres?		
Teve tosse?	Teve ranho?	Teve respiração rápida?		1- Baixo 2- Médio 3- Alto			0- Não 1- Pouco 2- Alta		
0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim							
D31	D32	D33	D34	D35					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quadro D4. Doença e Tratamento Procurado

Doença ou Sintoma (ver códigos)	Duro quantos dias? (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porquê?
				1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
				Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
D36	D37	D38	D39	D40	D41	D42	D43	D44	D45	D46	D47	D48
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D49. Durante as últimas duas semanas, a criança teve uma doença febril? 0- Não 1- Sim

D50: Se Sim: Quando terminou? (00- Ainda)

D51. Durante as últimas duas semanas, a criança teve qualquer outra doença? 0- Não 1- Sim

D52: Se Sim: Quando terminou? (00- Ainda)

SE D49=1 e/ou D51=1, PREENCHE QUADRO D5

Máximo valor: 14

Quadro D5. Doença e Tratamento Procurado

Doença ou Sintoma (ver códigos)	Duro quantos dias? (ver códigos)	Quantos dias não foi possível fazer as suas actividades normais por causa da doença da criança?	Quantos dias ficou da cama o dia inteiro?	A quem consultou e tomou medicamento para o tratamento?								Se não consultou: Porquê?
				1 Primeira Consulta				2 Segunda Consulta				
				Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	Quem? 00- ninguém	Quantas vezes?	Tomou medicamento? 0- Não 1- Sim	Custo total de tratamento (CONTOS) (incluindo custo de transporte)	
D53	D54	D56	D57	D58	D59	D60	D61	D62	D63	D64	D65	D66
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*SE D58=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

*SE D66=OUTRO, ESPECIFICAR: _____

D21	Doença			D22	Duração	D26	A Quem Consultou?	D34	Porquê não Consultou?
0 1	Diarréia	1 6	Febre Tifoide	1	1 Dia	D30		0 1	Falta de dinheiro
0 2	Desenteria	1 7	Tuberculose	2	2 Dias	0 0	Ninguém	0 2	Falta de tempo
0 3	Infecção Respiratória	1 8	SIDA	3	3 Dias	0 1	Próprio	0 3	Reluctância do doente
0 4	Tosse	1 9	Sarampo	4	4 Dias	0 2	Posto de Saúde	0 4	Não sabe onde ir
0 5	Gripe Grave	2 0	Cólera	5	5 Dias	0 3	Centro de Saúde	0 5	Falta de facilidades próximas
0 6	Febre	2 1	Tétano	6	6 Dias	0 4	Hospital	0 6	Estradas pobres ou falta de transporte
0 7	Malária	2 2	Sarna	.	.	0 5	Clínica Privada	0 7	Reluctância do membro da família
0 8	Constipação	2 3	Problema nos Olhos	.	.	0 6	Parteira Tradicional	0 8	Doença grave--não pode andar
0 9	Dores de Cabeça	2 4	Pneumonia	.	.	0 7	Curandeiro/Médico tradicional	0 9	Não foi necessário
1 0	Problema de Estômago	2 5	Lombrigas/Parasitas	9 0	90 Dias	0 8	Tratamento particular	1 0	Outro, especificar
1 1	Problema de Ouvidos	2 6	Hepatite			0 9	Farmácia	9 9	Não aplicável
1 2	Problema de Dentes	2 7	Vómitos	9 1	3-6 meses	1 0	Loja Geral		
1 3	Anémia	2 8	Outra Dor	9 2	7-9 meses	1 1	Marido/Esposa		
1 4	Pingo/Rinolreia	2 9	Paralisia	9 3	9-12 meses	1 2	Pai/Mãe		
1 5	Rheumatismo	3 0	Problemas Mentais	9 4	mais de um ano	1 3	Avó		
		3 1	Marasmo	9 5	mais de dois anos	1 4	Tia/Tio		
		3 2	Kwashiokhor	9 6	mais de três anos	1 5	Sogra/Sogro		
		3 3	Hemorragia	9 7	condição permanente	1 6	Cunhado/Cunhada		
		3 4	Papera	9 8	Não lembra/sabe	1 7	Outro Parente		
						1 8	Voluntário/Extensionista de Saúde		
						1 9	Amigo/Amiga		
						2 0	Outro: Especificar		

E. CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A

DIST: LOC: ALD: AF: p. 6

CRIANÇA DE REFERÊNCIA:

E01 Nome: _____ ID:
 E02 Está a dar de mamar a criança? 0- Não 1- Sim
 E03 SE SIM: Ontem, durante o dia, deu mais de 5 vezes? 0- Não 1- Sim
 E04 Amamentou durante a noite? 0- Não 1- Sim
 E05A SE NÃO: Com que idade essa criança deixou de mamar? Anos:
 E05B [88- Não sabe] Meses:

Frequência de Consumo

Dentro dos sete dias passados, quantos dias a criança seleccionada comeu (*nome do alimento*)?
 Quer dizer, a quantos dias, começando com o último (*especificar o dia*) a criança comeu (*alimento*)?

Explique à mãe que quer o número de DIAS, não o número das vezes. Por exemplo, se ele deu a criança papas de milho duas vezes na quarta feira, isso só conta como 1 dia.

Núm.	NOME DO ALIMENTO	NÚMERO DE DIAS ALIMENTO CONSUMIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	
		E12	
1	Milho com farelo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Piripiri inteiro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Folhas verdes escuras (Todos Tipos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Leite de vaca/leite de cabrito/em pó/ condensado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Cenoura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Manga madura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Abóbora	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Folhas de Feijão Nhembra	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Papaia madura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Massa de mapira/mexoeira/mandioca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Arroz	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Núm.	NOME DO ALIMENTO	NÚMERO DE DIAS ALIMENTO CONSUMIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	
		E12	
12	Sementes de abóbora ou pepino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Batata doce de polpa branca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Peixe pequeno (com figado intacto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Amendoim	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Batata doce de polpa alaranjada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Galinha	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	Folhas de abóbora	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Figado de qualquer animal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	Folhas de batata doce	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	Carne de vaca/cabrito/porco/ovelha/coelho/ratizana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	Manteiga	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	Feijão (Todos Tipos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	Trigo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	Óleo de figado de bacalhau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	Comida cozinhada em óleo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	Folhas de mandioca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	Óleo alimentar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29	Margarina fortificada com vitamina A	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30	Camarão/carangueijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	Leite de coco	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	Batata Doce de Polpa Amarela	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33	Cerelac	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnóstico da criança pelo inquiridor SEM dizer nada ao zelador.

E05C A criança tem sinais de malnutrição? 0- Nenhum 1- Alguns 2- Bastantes
 E06 Se sim: Inchaço do estômago? 0- Não 1-Sim
 E07 Inchaço de outra parte do corpo, p.e. da face, dos pés, pernas? 0- Não 1-Sim
 E08 Descoloramento da pele (mais clara) e do cabelo? 0- Não 1-Sim
 E09 Ar apático, sem energia? 0- Não 1-Sim
 E10 Extremo descamamento da pele ou ferida no corpo? 0- Não 1-Sim
 E11 Corpo extremamente magro (ossos muito visíveis) com a pele suspensa? 0- Não 1-Sim

F. HISTÓRIA DE FERTILIDADE DA MULHER/ZELADOR DA CRIANÇA SELECIONADA

DIST: LOC: ALD: AF: p. 7

F01 NOME DA MULHER: _____ IDNO:

F02 Com que idade teve o seu primeiro filho? anos

F03 Quantos partos que já teve onde a criança nasceu viva? *Se teve crianças nascidas vivas:* F04 Quantas dessas crianças morreram nos primeiros cinco anos?

F05 Quantas dessas crianças nasceram prématuras?

F06 Quantos partos já teve onde a criança nasceu morta?

F07 Qual é o ordem de nascimento de sua criança _____ de referência, quer dizer, ele(a) é o primeiro, segundo, terceiro,... último?

Se não foi a primeira nascida viva:

F08 Qual é a diferença de idade entre esta criança de referência (*utilize o nome*) e a criança que vem antes dela? anos Data de nascimento da criança de referência / /
 meses Data de nascimento da criança mais velha / /

F09 Neste momento, ainda deseja mais crianças? 0- Não 1- Sim *Se Não:* F10 Porquê não? _____

Se Sim: F11 Quantos desejam?

G. HEMOGLOBINA DE MÃE E CRIANÇA

G01 MEDIDOR: _____ G02 ASSISTENTE: _____

1. MÃE OU ZELADOR PRINCIPAL FEMININA

2. CRIANÇA DE REFERÊNCIA

MÃE OU ZELADOR PRINCIPAL		
ID INDIV	NOME	HEMOGLOBINA g/dl
G02	G03	G04
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRIANÇA				Retinol	HEMOGLOBINA
Número da Identificação	NOME	IDADE	TEMPERATURA	de sangue	g/dl
ALDEIA AF ID INDIV		MESES	grau C	feito?	
(Põe no Papel de Filtro)					
G05	G06	G07	G08	G09	G10
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRITÉRIOS PARA ADMINISTRAR

G11. A criança tem MAIS de 6 meses da idade? (0- Não 1- Sim) *Se não: Não vai receber a cápsula hoje*

A CÁPSULA:

G12. A criança NÃO recebeu cápsula na última 5 meses? (0- Não 1- Sim) *Se não: Não vai receber a cápsula hoje*

G13. A criança NÃO foi doente durante os últimos 7 dias? (0- Não 1- Sim) D09>6 e D30>6 e D50>6 e D52>6 *Se um de caixas igual 0, avaliar o proximo critério*

G14. Já temos 10% da amostra prevista de crianças de referência que não está a receber cápsulas por causa de doença? *Se G13=0 & G14=0: Não vai receber cápsula hoje*

G15. A CRIANÇA SELECIONADA RECEBEU CÁPSULA HOJÉ? 0- Não 1- Sim, Cápsula 2- Sim, Placebo

Se Não Recebeu: Quando deve voltar administrar o cápsula? DIA / MÊS / ANO

Assinatura de pessoa que decidiu: _____

H. ANTROPOMETRIA

INSTRUÇÕES:

Medir o peso de todas as crianças 0 a 59 meses de idade. Para crianças menores de 4 meses, só pesá-las, (não medir comprimento).

A criança deve estar despida durante a medição do peso.

Medir o comprimento das crianças cujas idades sejam compreendidas entre 4 a 23 meses e a altura das crianças com idades igual ou superior a 24 meses.

TEMPO: :

(Se não sabe a idade da criança, medir o comprimento da criança (deitada), e este o mesmo for inferior a 85 cm, registre, e se for igual ou superior a 85 cm, medir a altura da criança. Medir o peso e altura da mãe e pai da criança ou zelador equivalente.

DIST: LOC: ALD: AF: p. 8
 MEDIDOR: ASSISTENTE:

DATA DA ENTREVISTA: / /

1. CRIANÇA DE REFERENCIA: (INFORMAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ANTERIOR)

MEM	ID INDIV	Nome da Criança	Sexo 1- M 2- F	Data de Nascimento 88- não sabe	Idade (em meses completos)	É gêmeo?	Tem cartão de saúde?	<i>Se sim:</i> Quantas visitas registradas?	ÚLTIMA DATA RECEBEU CÁPSULA DA VITAMINA A Dia/Mês/Ano no Cartão da Saúde 99/99/99: Não lembra (recebeu) 88/88/88: Nunca recebeu				
				DIA MÊS ANO		0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim						
HO1	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H08B	H09	H10	H11	H12	H13

3. PESO DA MÃE E CRIANÇA

SUPERVISOR:

2. INFORMAÇÃO E ALTURA DA MÃE OU ZELADOR PRINCIPAL FEMININO DA CRIANÇA			MULHERES:			PESO (0,1 kg)		Roupa da Mãe	Roupa da Criança	PESO da Criança dentro da limite?
MEM	ID INDIV	NOME	Está grávida?	<i>Se sim:</i> Quantos meses?	Tomou comprimido de sal ferroso nas últimas duas semanas?	1 Medição Mãe Sozinha	2 Medição Criança	1- Peso Ligeiro (<0,5 kg) 2- Peso Médio (0,5-1,5 kgs)	0- Despida 1- Calcinhas 2- Roupa Ligeira	0- Não 1- Sim
H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24

4. PERIMETRO BRANQUIAL DA CRIANÇA

BRAÇO (0,1 CM)	
1 Medição DA CRIANÇA	2 Medição DA CRIANÇA
H25	H26

5. ALTURA DA MÃE

ALTURA DA MÃE:	
ALTURA (0,1 CM)	
1 Medição	2 Medição
H27	H28

6. ALTURA OU COMPRIMENTO DA CRIANÇA

SUPERVISOR:

ALTURA (0,1 CM) OU COMPRIMENTO		1-Com. 2- Altura	ALTURA ou COM. da criança dentro da limite?
1 Medição	2 Medição		0- Não 1- Sim
H30	H31	H32	H33

SUPERVISOR:

Se uma medição está fora de limite:
 REESTIMAR A IDADE
 Data de Nascimento Re-estimado
 DIA MÊS ANO
 H40 H41 H42
 / /

7. PESO E ALTURA DO PAI OU ZELADOR MASCULINO PRINCIPAL DA CRIANÇA

HOMENS:

MEM	ID INDIV	NOME	PESO (0,1 kg)	ALTURA (0,1 CM)	
				1 Medição	2 Medição
H34	H35	H36	H37	H38	H39

Método Utilizado:

NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,
NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,	NOME: _____ HEMOGLOBINA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ,

