

ENCAMINHAMENTO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO

PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR	
Centro de Educação Infantil (CEI):	
Cargo Ocupante no CEI:	
Se atua em sala de aula, qual a turma:	
Nome Completo:	
Data de Nascimento:	
Data do encaminhamento:	
Data dos primeiros sintomas:	
Primeiros sintomas apresentados no CEI? () Sim () Não	
Crianças ou Profissionais com os mesmos sintomas? () Sim () Não	
Quantas?	
Alguém com sintomas 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	
Febre: ____ °C () Temperatura não aferida	
Outros sintomas:	
() manchas vermelhas no rosto	() bolhas no corpo
() manchas vermelhas no corpo	() _____
() tosse	() _____
() lesão mucosa oral	() _____
() Secreção nos olhos	() _____
Observações adicionais:	
Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I.:	
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE	
Data do atendimento:	
() Profissional apto a frequentar o CEI- Justificar: _____	
() Profissional deverá permanecer ____ dias afastadas do CEI.	
Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro:	