

## ENCAMINHAMENTO DO EDUCANDO

PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR	
<b>Centro de Educação Infantil (CEI):</b>	
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	
Febre: ____ °C ( ) 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.:	
<b>PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>	
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:	