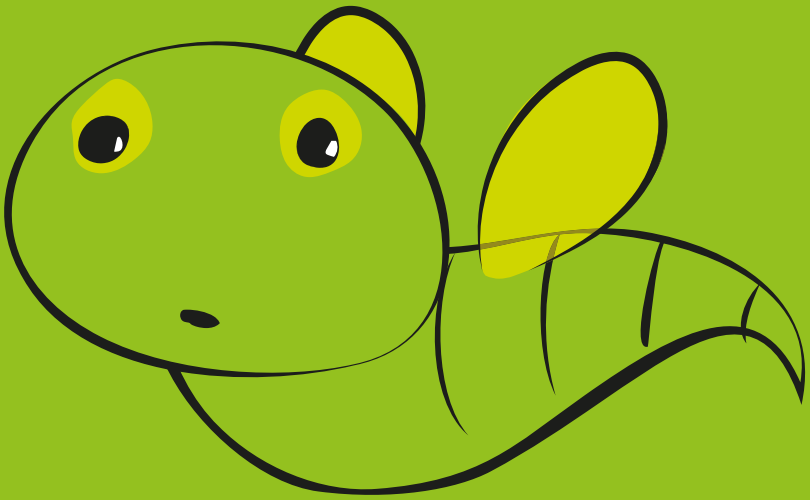
cóidate cóidame

Cartilla de saúde infantil
Cartilla de salud infantil



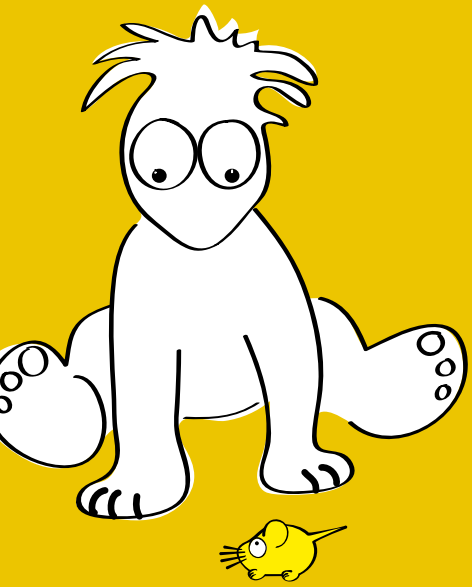
XUNTA DE GALICIA

cóidate cóidame

Cartilla de saúde infantil
Cartilla de salud infantil

coidatecoidame.sergas.es

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Santiago de Compostela, 2016



Edita
Xunta de Galicia Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública
2016

Deseño e ilustración / diseño e ilustración: uqui.net

Impresión: Imprenta Mundo

D. L.: C 334-2016

Nome e apelidos
Nombre y apellidos

Data de nacemento
Fecha de nacimiento

Etiqueta de identificación

Esta cartilla serve para rexistrar os datos sanitarios de interese e debe ser conservada con coidado.

Colabore co seu pediatra-puericultor na realización de controis periódicos ao seu fillo/a (aínda que se atope ben) e vacíneo/a conforme as instrucións.

Amóselle esta cartilla ao persoal sanitario que os atende.

Esta cartilla sirve para registrar los datos sanitarios de interés y debe ser conservada con cuidado.

Colabore con su pediatra-puericultor en la realización de controles periódicos a su hijo/a (aunque se encuentre bien) y vacúnelo/a conforme a las instrucciones.

Muéstrele esta cartilla al personal sanitario que los atiende.

Nacemento / nacimiento

Centro sanitario

Data / fecha

Hora

APGAR 1'

APGAR 5'

Peso

Lonxitude / longitud

P. cranial / p. craneal

Alta en tempo normal / alta en tiempo normal ☐

Ingreso hospitalario ☐

Data alta / fecha alta

Causa

(Se no momento da alta o neno presenta unha patoloxía relevante, facela constar a continuación)
(Si en el momento del alta el niño presenta una patología relevante, hacerla constar a continuación)

Diagnóstico precoz xordeira (adherir a etiqueta correspondente)
Diagnóstico precoz sordera (adherir la etiqueta correspondiente)

Hepatite B / hepatitis B

HBs Ax da nai: / HBs Ax de la madre:

Negativa ☐ Positiva ou descoñecida / positiva o desconocida ☐

Inmunoglobulina anti HB ☐

Diagnóstico precoz metabolopatías

.....

.....

.....

.....

Antecedentes familiares de interese / antecedentes familiares de interés

.....

.....

.....

.....

Enfermidades crónicas / enfermedades crónicas

.....

.....

.....

.....

Alerxias / alergias

Medicación continuada

Fármaco	Dose / dosis

Outros datos de especial interese / otros datos de especial interés

Vacinas / vacunas

Calendario 2016

0 meses	**HB**
2 meses	**Vacina hexavalente /** vacuna hexavalente
	Pneumocócica conxugada / neumocócica conjugada
4 meses	**Vacina hexavalente* /** vacuna hexavalente*
	Meningococo-C
	Pneumocócica conxugada / neumocócica conjugada
6 meses	**Vacina hexavalente /** vacuna hexavalente
12 meses	**Triple vírica**
	Meningococo-C
	Pneumocócica conxugada / neumocócica conjugada
15 meses	**Varicela**[1] [a partir do 1 de abril / a partir del 1 de abril]
18 meses	**Vacina pentavalente /** vacuna pentavalente
3 anos / años	**Triple vírica**
6 anos / años	**dTpa*** [aprazada temporalmente / aplazada temporalmente]
12 anos / años	**Varicela** [só susceptibles / sólo susceptibles]
	Meningococo-C
	VPH [só rapazas / sólo niñas]
14 anos / años	**Td**
	VPH[2]

*** Adaptación temporal, mentres duren os problemas de subministro das vacinas pentavalentes e dTpa.**

[1] Para nenos nacidos a partir do 1 de xaneiro de 2015. A 2ª dose administrarase aos nenos vacinados aos 15 meses a medida que vaian cumprindo 3 anos.

[2] Durante os anos 2016 e 2017 para as rapazas nacidas en 2002 e 2003 a medida que vaian cumprindo 14 anos.

* Adaptación temporal, mientras duren los problemas de suministro de las vacunas pentavalentes y dTpa.

[1] Para niños nacidos a partir del 1 de enero de 2015. La 2ª dosis se administrará a los niños vacunados a los 15 meses a medida que vayan cumpliendo 3 años.

[2] Durante los años 2016 y 2017 para las niñas nacidas en 2002 y 2003 a medida que vayan cumpliendo 14 años.

Rexistro de vacinas administradas / registro de vacunas administradas

Hepatite B (nacemento)
Hepatitis B (nacimiento)

Laboratorio / lote
...../.....
Hepatite B ☐ Hepatitis B
Data / fecha: Pto. vac.

Papiloma hum
Só rapazas / sólo
Pauta: 2 doses a
Pauta: 2 dosis a los

Pentavalente: DTPa-IPV+Hib ou / o hexavalente: DTPa-IPV-HB+Hib
Pauta: 2, 4, 6 e 18 meses
Pauta: 2, 4, 6 y 18 meses

Laboratorio / lote
...../.....
DTPa ☐
IPV ☐
Hib ☐
HB ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio
.....
Data / fecha:

Meningococo C
Pauta: 4, 12 meses e 12 anos
Pauta: 4, 12 meses y 12 años

Laboratorio / lote
...../.....
Meningococo C ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio
.....
Data / fecha:

Triple vírica
Pauta: 12 meses e 3 anos
Pauta: 12 meses y 3 años

Laboratorio / lote
...../.....
Triple vírica ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio
.....
Data / fecha:

Varicela[1] Pauta: 2 doses aos 15 meses e 3 anos (só para os nacidos a partir do 1 de xaneiro de 2015)
Pauta: 2 dosis a los 15 meses y 3 años (solo para los nacidos a partir del 1 de enero de 2015)

Laboratorio / lote
...../.....
Varicela ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio
.....
Data / fecha:

[1] Susceptibles que aos 12 anos non pasasen a enfermidade (2 doses cun intervalo de 6-8 semanas).
[1] Susceptibles que a los 12 años no hayan pasado la enfermedad (2 dosis con un intervalo de 6-8 semanas).

ano [VPH]

niñas

os 12 ou 14 anos
12 o 14 años

Laboratorio / lote
...../.....
Papiloma humano ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio / lote
...../.....
Papiloma humano ☐
Data / fecha: Pto. vac.

/ lote
/.....
DTPa ☐
IPV ☐
Hib ☐
HB ☐
Pto. vac.

Laboratorio / lote
...../.....
DTPa ☐
IPV ☐
Hib ☐
HB ☐
Data / fecha: Pto. vac.

Laboratorio / lote
...../.....
DTPa ☐
IPV ☐
Hib ☐
HB ☐
Data / fecha: Pto. vac.

/ lote
/.....
Meningococo C ☐
Pto. vac.

Laboratorio / lote
...../.....
Meningococo C ☐
Data / fecha: Pto. vac.

/ lote
/.....
Triple vírica ☐
Pto. vac.

dTp acelular

Pauta: 1 dose aos 6 anos
Pauta: 1 dosis a los 6 años

Laboratorio / lote
...../.....
dTpa ☐
Data / fecha: Pto. vac.

/ lote
/.....
Varicela ☐
Pto. vac.

Tétano / difteria [Td]
Tétanos / difteria [Td]

Pauta: 1 dose aos 14 anos
Pauta: 1 dosis a los 14 años

Laboratorio / lote
...../.....
Tétano / difteria ☐
Tétanos / difteria
Data / fecha: Pto. vac.

Continúa >

Pneumocócica conxugada
Neumocócica conjugada

Pauta: 2, 4 e 12 meses
Pauta: 2, 4 y 12 meses

Laboratorio / lote

...../.....

☐ **Pneumocócica conxugada** Neumocócica conjugada

Data / fecha: **Pto. vac.**

Laboratorio / lote

...../.....

☐ **Pneumocócica conxugada** Neumocócica conjugada

Data / fecha: **Pto. vac.**

Laboratorio / lote

...../.....

☐ **Pneumocócica conxugada** Neumocócica conjugada

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

OUTRAS VACINAS / OTRAS VACUNAS

Vacina / vacuna: .....
Laboratorio: .....
Lote: .....

Data / fecha: **Pto. vac.**

Reaccións adversas e contraindicacións
Reacciones adversas y contraindicaciones

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Vacina ou fármaco / vacuna o fármaco .....

Tipo de reacción .....

Comporta contraindicación permanente sì / sí ☐ non / no ☐
Conlleva contraindicación permanente

Calendario de inicio da alimentación
Calendario de inicio de la alimentación

Meses	Rn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leite materno Leche materna													
Leite adaptado Leche adaptada													
Leite especial Leche especial													
Leite enteiro de vaca Leche entera de vaca													
Cereais sen glute Cereales sin gluten													
Froita natural Fruta natural													
Verdura Verdura													
Polo Pollo													
Carne vacún Carne de vacuno													
Peixe Pescado													
Xema de ovo Yema de huevo													
Ovo enteiro Huevo entero													
Suplementos: **Vitaminas, flúor, ferro** Suplementos: Vitaminas, flúor, hierro													

Sinalar cunha cruz o momento da introdución real de cada alimento, e con outra cruz cando remate a súa administración.

Señalar con una cruz el momento de la introducción real de cada alimento, y con otra cruz cuando finalice su administración.

Observacións / observaciones

Crecemento de 0 a 2 anos / crecimiento de 0 a 2 años

Data Fecha	Idade Edad	Peso Peso	Lonxitude Longitud	Perímetro cranial Perímetro craneal

Crecemento de 2 a 15 anos / crecimiento de 2 a 15 años

Data Fecha	Idade Edad	Peso Peso	Estatura Estatura

Máis información en:
Más información en:

coidatecoidame.sergas.es

galicia

XUNTA
DE GALICIA