

	<b>Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN</b>	
	<b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*	
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*	Data de nascimento:* / /	
Endereço completo*		
Documentação (tipo, número e outras especificações)*	Data de preenchimento:* / /	

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

**FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO E MUITO BAIXO PESO PARA IDADE  
- AGENDA DE INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL (ANDI) -**

<b>CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS</b>
<b>1. O desenvolvimento da criança está adequado para a sua idade, de acordo com os marcos da Caderneta de Saúde?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avaliado
<b>2. A criança apresenta algum tipo de condição de vulnerabilidade social, segundo o manual instrutivo da ANDI?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avaliado
<b>2. A criança está tomando suplemento de ferro?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>4. A criança recebeu a megadose de vitamina A nos últimos seis meses?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não