



SISVAN - Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde		Criança		Gestante		Adulto									
		Sexo (M/ F)*	Data de Nascimento*	Data do Acompanhamento*	Peso (Kg)*	Altura (cm)*	Tipo de Alimentação (1)*	Peso ao nascer (g)	Peso Pré-Gestacional (Kg)	Data da última menstruação*	Circunf. Cintura (cm)	Risco aumentado (Sim/ Não)	Doenças (2)*	Intercorrências (3)*	Participa de outro programa social: 1) Estadual, 2) Municipal
Nº CNES*:		Identificação (Tipo/nº)*													
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															
Nome*															
Endereço*															

*Campos obrigatórios

Legenda - Mapa diário de acompanhamento nutricional

***Campos obrigatórios;**

**** Campo obrigatório para crianças do Programa Bolsa Família;**

***** Campo obrigatório para gestantes do Programa Bolsa Família.**

(1) Tipo de Alimentação:

1. Aleitamento materno exclusivo;
2. Aleitamento materno predominante;
3. Alimentação complementar;
4. Não recebe leite materno;
5. Sem informação.

obs: campo obrigatório apenas para crianças de 2 anos.

(2) Doenças:

1. Anemia falciforme
2. Diabetes mellitus
3. Doenças cardiovasculares
4. Hipertensão Arterial Sistêmica
5. Osteoporose
98. Outras doenças
99. Sem doenças

(3) Intercorrências:

1. Anemia ferropriva
2. DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)
3. Diarréia
4. Infecções intestinais virais
5. IRA (Infecção Respiratória Aguda)
6. Hipovitaminose A
98. Outras deficiências e/ou intercorrências
99. Sem deficiências e/ou intercorrências