

O MEU BEBÉ COM 2 ANOS

INQUIRIDOR (NÃO PREENCHER)

DATA DE PREENCHIMENTO - - (dd-mm-aaaa)

QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR Mãe Pai Avó Avô Outro

I. ALIMENTAÇÃO

1. Alguma vez alimentou o(a) seu(sua) filho(a) com **leite materno**?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 3.)

1.1. Se sim, Continua a ser alimentado. Quantas vezes por dia? vezes

Já deixou. Com que idade parou? Semanas Meses

2. Até que idade foi alimentado(a) **exclusivamente** com leite materno?

Nunca foi exclusivo

Até Semanas Meses

3. Que **tipo de leite** bebe a criança?

Não bebe leite

Leite Artificial. Qual?

Leite de Vaca. Qual?

Leite de Soja. Qual?

Outro. Qual?

4. Quantas **refeições diárias** faz o bebé (refeições principais e lanches)? refeições

5. Nas refeições **principais** o(a) bebé come:

	Diariamente	4 a 6 vezes por semana	1 a 3 vezes por semana	Menos de 1 vez por semana
A mesma refeição do que a mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refeição diferente da mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. O seu filho permite-lhe estabelecer uma **rotina alimentar**, isto é, comer a horas determinadas?

Sim Não



7. Dos alimentos a seguir referidos, assinale aqueles **que a criança consome**. Alguns deles o seu filho poderá não comer diariamente. Assinale a frequência com que ele os come.

Alimento	Todos os dias	3 a 6 vezes por semana	1 a 2 vezes por semana	1 a 3 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca
Refrigerantes gaseificados (ex. Sumol®, 7Up®, Coca-cola®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néctares e refrigerantes sem gás (ex. Ice Tea®, Fresky®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café, incluindo com leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cevada, incluindo com leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chás e tisanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refeições embaladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batatas fritas de pacote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pizza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hambúrguer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chouriço, salpicão, presunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molhos: ketchup, maionese, mostarda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolos secos (queque, bolo de arroz, croissant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolos com creme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolate, incluindo em pó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Açúcar, incluindo com leite, iogurtes, fruta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chupas, chiclets®, gomas, rebuçados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Já alguma vez fez alergia a algum alimento? Sim Não (Se não, passe para a pergunta 10.)

8.1. A que alimentos e com que idade? Foi visto(a) por um médico?

Alimento	Idade	Visto por um médico?
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não



ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Como se **manifestou** essa alergia?

- Comichão, manchas vermelhas, borbulhas ou inchaços na pele Sim Não
- Comichão nos olhos, lacrimejo ou olhos vermelhos Sim Não
- Espirros, comichão no nariz, pingo ou nariz tapado Sim Não
- Falta de ar, tosse, pieira ou chieira Sim Não
- Vômitos, dores de barriga ou diarreia Sim Não
- Perda dos sentidos Sim Não

II. Cuidados de Higiene10. Quantos **dentes** tem o bebê neste momento?

--	--

dentes

 Não Sabe11. **Que idade** tinha quando lhe apareceu o primeiro?

--	--

meses

 Não Sabe12. Lava os dentes ao seu filho? Sim Não **(Se não, passe para a pergunta 16.)**13. Desde que **idade** lhe lava os dentes?

--	--

meses

14. **Quantas vezes** lhe lava os dentes? Duas ou mais vezes por dia Uma vez por dia Menos de uma vez por dia15. Utiliza **pasta de dentes**? Sim Não **(Se não, passe para a pergunta 16.)**

15.1. Que idade tinha quando começou a usar pasta dos dentes?

--	--

meses

 Não Sabe

15.2. Qual a pasta de dentes que usa para ele?

--

16. **Normalmente**, com que frequência é que dá **banho** ao seu filho? Mais de uma vez por dia Uma vez por dia Várias vezes por semana Uma vez por semana Menos de uma vez por semana**III. Hábitos de Sono**17. Actualmente, em média, **quantas horas dorme** o seu filho durante cada um dos períodos do dia?**Durante a Manhã** (8-12h)

--	--

horas de sono

Durante a Tarde (12-20h)

--	--

horas de sono

Durante a Noite (20-8h)

--	--

horas de sono

18. Num dia normal, **durante a tarde**, a que horas começa o bebê a dormir?

--	--

H

--	--

MIN

19. Num dia normal, a que horas coloca o seu bebê para **dormir à noite**?

--	--

H

--	--

MIN

20. Num dia normal, a que horas o seu bebê **acorda de manhã**?

--	--

H

--	--

MIN



21. Num dia normal, quanto tempo **demora o seu filho a adormecer**? (assinale a opção mais frequente)

- Até 30 minutos Mais do 30 mas menos de 60 minutos Mais de 60 minutos

22. O bebé dorme no **quarto dos pais**? Sim Não

23. Como adormece o bebé? (assinale a opção mais frequente)

- Sozinho Necessita de alguém para o adormecer

24. Habitualmente o seu bebé **acorda durante a noite**? Não (Se não, passe para a pergunta 28.)

Sim, menos de uma vez por semana

Sim, 1 a 6 vezes por semana

Sim, todos os dias (7 vezes por semana)

25. Se sim, **quantas vezes** acorda em cada noite? (assinale a opção mais frequente)

- 1 a 2 vezes por noite 3 ou mais vezes por noite

26. Quando acorda, como **volta a adormecer**? (assinale a opção mais frequente)

- Sozinho Necessita de alguém para o adormecer

IV. Protecção Solar

27. O bebé já foi à **praia**? Sim Não (Se não, passe para a pergunta 31.)

28. Em que **horário** é que o bebé está na praia? (escolha todas as opções possíveis)

Antes das 10H

Entre as 16H e as 17H

Entre as 10H e as 11H

Entre as 17H e as 18H

Entre as 11H e as 12H

Depois das 18H

Entre as 12H e as 16H

Não Sabe

29. Quando o **bebé está na praia**,

29.1. Usa **guarda-sol**? Sim Não Não sabe

29.2. Usa **T-Shirt / camisa**? Sim Não Não sabe

29.3. Usa **chapéu / boné**? Sim Não Não sabe

29.4. Usa **óculos de sol**? Sim Não Não sabe

29.5. Usa **protector solar**? Sim Não Não sabe

Responda à pergunta 30 apenas se respondeu SIM à pergunta 29.5

30. Em relação ao **protector solar**:

30.1. Normalmente, onde põe o protector pela **primeira vez no dia**? Em casa Na praia

30.2. **Renova** o protector solar? Sim Não (Se não, passe para a pergunta 30.3.)

30.2.1. De **quanto em quanto** tempo? De em horas

30.2.2. Após o **banho**? Sim Não Não Sabe

30.3. Quando o tempo está **nublado** coloca protector solar? Sim Não Não sabe



V. Ambiente Envolvente

ID

31. Quem, regularmente, toma conta do bebé durante o dia?

			Idade do bebé quando começou a ter esses cuidados		
Mãe	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Companheiro(a) / Marido	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Avós Maternos / Paternos	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Outro familiar	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Infantário	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Ama	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	
Outro Qual? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	meses	

32. Num dia normal, o seu bebé convive com outras crianças? Sim Não

33. O PAI ou companheiro(a) da mãe fuma?

- Sim
 Não (Se não, passe para a pergunta 34.)
 Não vive com pai / companheiro (Se não vive com o pai, passe para a pergunta 34.)

33.1. Se sim, quantos cigarros fuma, por dia, actualmente? cigarros

(Se não souber o número exacto utilize a escala a seguir apresentada)

- Menos de 1 cigarro por dia 6 a 10 cigarros por dia
 1 cigarro por dia 11 ou mais cigarros por dia
 2 a 5 cigarros por dia Não Sabe

33.2. Quanto tempo está a fumar em contacto com o filho?

- Nunca Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia
 Esporadicamente Diariamente, mais de 3 horas por dia
 Diariamente, menos de 1 hora Não Sabe

34. A MÃE ou companheira(o) do pai fuma?

- Sim
 Não (Se não, passe para a pergunta 35.)
 Não vive com mãe / companheira (Se não vive com a mãe, passe para a pergunta 35.)

34.1. Se sim, quantos cigarros fuma, por dia, actualmente? cigarros

(Se não souber o número exacto utilize a escala a seguir apresentada)

- Menos de 1 cigarro por dia 6 a 10 cigarros por dia
 1 cigarro por dia 11 ou mais cigarros por dia
 2 a 5 cigarros por dia Não Sabe



34.2. Quanto tempo está a fumar em contacto com o filho?

- Nunca Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia
 Esporadicamente Diariamente, mais de 3 horas por dia
 Diariamente, menos de 1 hora Não Sabe

Se o bebé, durante o dia, **está com a Mãe e/ou Pai**, passe à **pergunta 36**.

Se o bebé está com **outras pessoas** (ex. ama, avós, tios), passe à **pergunta 35**.

35. Os **CUIDADORES** do bebé (ama, avós, tios) **fumam**? Sim Não (Se não, passe para a pergunta 36.)

35.1. Se sim, quantos cigarros fumam, por dia, actualmente? (some as pessoas) cigarros

(Se não souber o número exacto utilize a escala a seguir apresentada)

- Menos de 1 cigarro por dia 6 a 10 cigarros por dia
 1 cigarro por dia 11 ou mais cigarros por dia
 2 a 5 cigarros por dia Não Sabe

35.2. Quanto tempo estão a fumar em contacto com o filho?

- Nunca Diariamente, entre 1 a 3 horas por dia
 Esporadicamente Diariamente, mais de 3 horas por dia
 Diariamente, menos de 1 hora Não Sabe

36. Indique agora **todas as pessoas** com quem vive o bebé:

		Número
Mãe	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Pai	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Companheiro(a) da Mãe	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Companheira(o) do Pai	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Irmãos / Meios irmãos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>
Avós maternos / paternos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outros Familiares. Quais? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outros. Quais? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>

(Se o bebé vive com os pais biológicos (pai e mãe), passar à pergunta 37.)

36.1. Se o bebé **não vive com os dois** progenitores, qual a razão?

- Separação / Divórcio
 Os pais nunca estiveram juntos
 Falecimento
 Outra Situação. Qual?



ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VI. Ambiente Envolverte - A Casa

37. Qual o tipo de casa onde vive o bebé actualmente?

Apartamento Vivenda Outro. Qual?

38. Tem aquecimento em casa?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 39.)

38.1. Qual(is)?

Aquecedores a gás

Ar condicionado

Aquecimento central

Aquecedores a óleo

Aquecedores Eléctricos

Outro

39. Tem lareira ou fogão de sala? Sim Não

40. No quarto onde dorme o seu filho:

40.1. As paredes são revestidas a papel? Sim Não

40.2. O pavimento tem alcatifa? Sim Não

40.3. Há carpetes / tapetes? Sim Não

41. Na sala de estar:

41.1. As paredes são revestidas a papel? Sim Não

41.2. O pavimento tem alcatifa? Sim Não

41.3. Há carpetes / tapetes? Sim Não

42. Existem animais domésticos na casa? Sim Não

42.1. Se sim, quais e quantos?

Gatos

Sim Não

Número

--	--

Cães

Sim Não

--	--

Coelhos

Sim Não

--	--

Roedores (ratos, hamsters, etc.)

Sim Não

--	--

Pássaros. Quais?

Sim Não

--	--

Outros. Quais?

Sim Não

--	--



VII. Saúde

43. Qual o Centro de Saúde do bebé?

(não preencher)

44. Qual o local das consultas de rotina do seu bebé?

Nome do local

Centro de Saúde

Hospital Público

Hospital Privado

Consultório Privado

(não preencher)

45. Por quem é acompanhado o seu bebé nas suas consultas de rotina?

Nome do médico

Médico de Família

Pediatra

Médico de Reforço

46. Quantas **consultas de rotina** realizou nos últimos **12 meses**?

consultas

47. As **vacinas** estão em dia? Sim Não Não Sabe

48. O bebé tomou alguma **vacina extra**, prescrita pelo médico?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 49.) Não Sabe

48.1. Se sim, qual(is)?

Prevenar[®] (antipneumocócica)

Outra(s). Qual(is)?

49. O bebé fez **reação** a alguma vacina? Sim Não (Se não, passe para a pergunta 50.)

49.1. Após qual(is) vacina(s)?

49.2. O que se passou com cada uma delas?

50. Nos últimos **12 meses** o bebé teve algum dos problemas referidos? (S = Sim; N = Não)

Vómitos S N

Diarreia S N

Gastroenterite S N

Convulsões S N

Ecema S N

Alergias S N

Asma S N

Otite S N

Bronquiolite S N

Pneumonia S N

Amigdalite S N

Infecção urinária S N

Outro: S N

Outro: S N



ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

51. Nos últimos 12 meses levou-o(a) ao Serviço de Urgência?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 52.)

51.1. Porquê?

--

52. Nos últimos 12 meses teve necessidade de ser internado?

Sim. Quantas vezes?

--	--

 vezes

Não (Se não, passe para a pergunta 53.)

52.1. Por favor descreva para cada episódio de internamento: (S = Semanas; M = Meses)

Hospital onde foi internado	Motivo do Internamento	Idade quando foi admitido	Duração do internamento										
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> O S <input type="radio"/> O M <input type="radio"/>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> dias								
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> O S <input type="radio"/> O M <input type="radio"/>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> dias								
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> O S <input type="radio"/> O M <input type="radio"/>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> dias								
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											(não preencher)		
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											(não preencher)		
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											(não preencher)		

53. Alguma vez o seu filho tomou suplementos de vitaminas/minerais (ferro, flúor, etc.)?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 55.)

54. Relativamente aos últimos 6 meses, indique se o seu filho tomou algum dos suplementos referidos. Em caso afirmativo refira o nome e a quantidade que lhe dá.

Exemplo

Sim Não Vitaminas

Nome Comercial
Protovit N

Quantidade
5 gotas/dia

Sim Não Ferro

--

--

Sim Não Vitaminas

--

--

Sim Não Flúor

--

--



55. Relativamente aos **últimos 6 meses**, indique se o seu bebé tomou algum dos seguintes medicamentos. Se sim, indique o nome, qual a quantidade dada por dia e qual a duração do tratamento. **Se não souber, escreva Não sei.**

Exemplo	Motivo	Nome do(s) medicamento(s)	Quantidade por dia	Duração
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para a infecção urinária	BACTRIM	2 MEDIDAS (5ML CADA)	10 DIAS

	Motivo	Nome do(s) medicamento(s)	Quantidade por dia	Duração
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para a febre			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para a tosse			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Antibiótico para infecção urinária			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Antibiótico para infecção respiratória (ex. bronquiolite, pneumonia, etc.)			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Antibiótico para otite			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para asma			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Pomada/creme para a pele			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para os enjoos/vómitos			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Medicamento para diarreia			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Outro, para quê?			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Outro, para quê?			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Outro, para quê?			

55.1. O bebé toma algum destes medicamentos **todos os dias**?

Sim Não (Se não, passe para a pergunta 56.)

55.1.1. Se sim, qual(is)?



56. Já, alguma vez, foi **diagnosticada por um médico** alguma das seguinte situações?

Problema de visão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual?	<input type="text"/>
Problema de audição	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual?	<input type="text"/>
Problema de desenvolvimento	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual?	<input type="text"/>
Malformação	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual?	<input type="text"/>
Outro	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual?	<input type="text"/>

57. Até ao momento, o bebé teve algum outro problema (quedas, queimaduras, acidentes)?

Sim. Quais?

Não

Não Sabe

58. Para terminar, pedia-lhe que nos fornecesse as **medições do(a) bebé que estão no livro infantil**, bem como as datas em que foram feitas, para as idades referidas.

Idade do bebé	Data (dia/mês/ano)	Peso (kg)	Comprimento (cm)	Perímetro cefálico (cm)
1 mês	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
2 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
4 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
6 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
9 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
12 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
15 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
18 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
24 meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

Outras medições efectuadas:

<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/> meses	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>



Observações / Informações Adicionais / Comentários / Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração!

GERACIA

