1

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Prefeitura Municipal de Piranga
Departamento Municipal de Saúde

Nome:_____ Registro:_____

End.:_____ Tel.:_____ Procedência: _____

Data Nasc.:____/____/____ Sexo: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____ Mãe: _____

EXAME INTRABUCAL:

Lábios: _____ Mucosa Jugal: _____ Gengiva:_____ Palato:_____

Língua:_____ Assoalho:_____ Orofaringe:_____ Obs.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal: _____

Alergias:_____ Cardiopatias:_____ Hipertensão:_____ Diabetes:_____

Anemia: _____ Hemorragias:_____ Hepatite:_____ Gravidez:_____

Reumatismo:_____ Medicamentos em uso:_____

Fumante: _____ Etilista: _____

Em tratamento médico?_____ Quanto tempo?_____

DETALHAMENTO DO EXAME CLÍNICO

Dente/região	Alteração clínica encontrada

Eu,_____fui esclarecido(a) pelo cirurgião dentista quanto às alternativas de tratamento, inclusive de suas restrições e limitações e concordo com o plano de tratamento apresentado. Estou ciente que podem ocorrer intercorrências durante o tratamento que poderão alterar alguns procedimentos e poderão posteriormente ser discutido por mim e pelo cirurgião dentista. Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e que nenhum fato foi omitido.

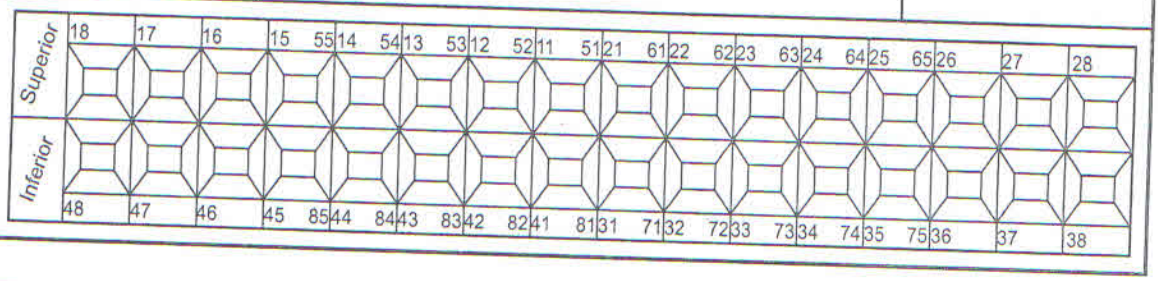
_____

Assinatura do paciente/responsável

Data	Dente ou Região	Procedimento realizado (Histórico Tratamento)	Rubrica

ODONTOGRAMA

____/____/_____



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome:

Idade: Cor: Estado Civil:

Profissão:

Responsável:

Bairro:

PRESCRIÇÃO

	REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE
DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS	PRÉ-CONSULTA – EXAME FÍSICO – DIAGNÓSTICO – TRATAMENTO – EXAMES COMPLEMENTARES - EVOLUÇÃO / INTERCONCORRÊNCIA – PÓS CONSULTA – ENCAMINHAMENTOS – OUTROS ATENDIMENTOS

	REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE
DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS	PRÉ-CONSULTA – EXAME FÍSICO – DIAGNÓSTICO – TRATAMENTO – EXAMES COMPLEMENTARES - EVOLUÇÃO / INTERCONCORRÊNCIA – PÓS CONSULTA – ENCAMINHAMENTOS – OUTROS ATENDIMENTOS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

Nome: _____

Idade: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

	REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE
DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS	PRÉ-CONSULTA - EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICO - TRATAMENTO - EXAMES COMPLEMENTARES EVOLUÇÃO / INTERCONCORRÊNCIA - PÓS CONSULTA - ENCAMINHAMENTOS - OUTROS ATENDIMENTOS

30000 Fls

	REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE
DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS	PRÉ-CONSULTA - EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICO - TRATAMENTO - EXAMES COMPLEMENTARES EVOLUÇÃO / INTERCONCORRÊNCIA - PÓS CONSULTA - ENCAMINHAMENTOS - OUTROS ATENDIMENTOS

MUNICÍPIO DE PIRANGA

ESTADO DE MINAS GERAIS

SAÚDE EM CASA

SUS Sistema Único de Saúde

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ UF: _____

ENDEREÇO: *Rua Benedito Valadares, 9*

TELEFONE: *(31) 3746 1055*

CIDADE: *Piranga* UF: *Minas Gerais*

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

_____ / _____ / _____ DATA

_____ ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	_____ / _____ / _____
	Assinatura do Farmacêutico Data

1ª VIA

MUNICÍPIO DE PIRANGA

ESTADO DE MINAS GERAIS

SAÚDE EM CASA

SUS Sistema Único de Saúde

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ UF: _____

ENDEREÇO: *Rua Benedito Valadares, 9*

TELEFONE: *(31) 3746 1055*

CIDADE: *Piranga* UF: *Minas Gerais*

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

_____ / _____ / _____ DATA

_____ ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	_____ / _____ / _____
	Assinatura do Farmacêutico Data

2ª VIA

Rua Benedito Valadares, 9 CEP 36480-000 – Fone: (31)3746-1055 Fax: (31) 3746-2062

SUS Sistema Único de Saúde

SAÚDE EM CASA

PIRANGA 05/10/1870

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome do Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cartão SUS: _____

Endereço: _____ Município: _____

Estado: _____ Data do Atendimento: _____ Identidade: _____

Motivo do Atendimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

_____

_____

Descrição Sumária do Exame Clínico ☐ Consulta

_____

_____

Diagnóstico: _____ C.I.D.: _____

Procedimento: _____

Exames Complementares Solicitados: _____

_____

Encaminhamento: ☐ 1 - Para Residência ☐ 2 - Para Ambulatório ☐ 5 - Outros

☐ 3 - Para Internação ☐ 4 - Óbito

_____

Assinatura e Carimbo

FICHÁRIO ROTATIVO DO HIPERDIA

01) NOME DO PACIENTE (completo)	03) FICHA Nº
02) ENDEREÇO COMPLETO	04) DATA DE NASCIMENTO
	05) IDADE

06) ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO
07) MEDICAÇÕES EM USO (doses e horários)

08) DATA DA CONSULTA	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____
DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____
DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____
DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____
DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____	DATA:____/____/____

09) Data	Solicitações de exames

11

		DATAS PARA RECEBER A MEDICAÇÃO DEFINIDAS PELO MÉDICO					
MEDICAÇÃO	DOSE	DATA/POS	ASS. CARIMBO	DATA/POS	ASS. CARIMBO	DATA/POS	ASS. CARIMBO

		DATAS PARA RECEBER A MEDICAÇÃO DEFINIDAS PELO MÉDICO					
MEDICAÇÃO	DOSE	DATA/POS	ASS. CARIMBO	DATA/POS	ASS. CARIMBO	DATA/POS	ASS. CARIMBO

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

DATA	VALOR DA P.A.	HORA

PREFEITURA DE PIRANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PIRANGA - MG

CARTÃO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome:_____

_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____

Prontuário:_____

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Benetido Valadares, nº 09 - Centro - Piranga - MG / CEP: 36480-000
Tel.: (31) 3746-1251 / Fax: (31) 3746-1056 / Email: prefeitura@piranga.mg.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA- MG

11

FICHA DE MARCAÇÃO DE EXAMES

Nome:_____

Exame marcado para o dia : _____/_____/_____ às: _____horas

Exames: _____

Local: _____

O seu Exame foi marcado através do Departamento Municipal de Saúde
Tel: (31) 3746-1055 // 3746- 1060 // 3746-2062

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL N:

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

12

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ___/___/___

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento ___/___/___

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade : ___/___/___
◯ menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Municipio de residencia:

19 UF:

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

DADOS PESSOAIS

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado ☐

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira ☐

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 –não ☐

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade ☐

[0] Analfabeto
[1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primario ou 1º grau)
[2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
[3] 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
[4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
[5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
[6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
[7] Educação superior incompleta
[8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica

30 Estado civil/união ☐

[0] Convive com companheiro e filho(s)
[2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
[3] Convive com companheiro, com filho(s) e/outros familiares
[4] Convive com familiar(es), sem companheiro
[5] Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguineos e/ou laços conjugais
[6] Vive só

31 Raça/cor (por autodeclaração): ☐

[1] branca
[2] preta
[3] amarela
[4] parda
[5] indígena
[9] Ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão: ☐
[1] Nascimento [2] Casamento
[3] Separação/Divórcio

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

ACOLHIMENTO

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: ☐ [1] -1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46 DUM ___/___/___

47 DPP ___/___/___

48 Altura/m

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxilio deslocamento NÃO ◯ SIM ◯

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. _____

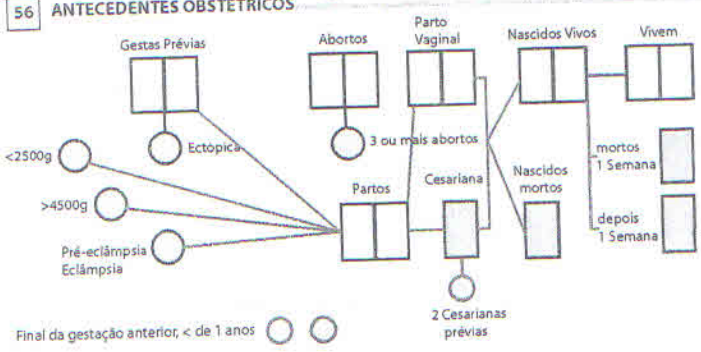
52 Tipo de gravidez:
◯ Única
◯ Gemelar
◯ Tripla ou mais
◯ Ignorada

53 Gravidez Planejada NÃO ◯ SIM ◯

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ___/___

55 Data do ultrassom: ___/___/___

56 **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**



Final da gestação anterior, < de 1 anos ◯ ◯

ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	◯	◯	Tromboembolismo	◯	◯
Pré-eclâmpsia	◯	◯	Doença Mental	◯	◯
Eclâmpsia	◯	◯	Hipertensão	◯	◯
Cardiopatia	◯	◯	Outros, qual:		

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL :

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL

57

	NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM
Trabalho de parto prematuro	○	○	Rotura prematura de membranas	○	○	Diabetes Gestacional	○	○	Hemorragia 1° Trim.	○	○
Isomunização RH	○	○	Incontinência Istmo-Cervical	○	○	Se, sim : Insulina	○	○	Hemorragia 2° Trim.	○	○
Infecção urinária	○	○	HIV/AIDS	○	○	Pré-Eclâmpsia	○	○	Hemoragia 3° Trim.	○	○
Oligo/polidrâmnio	○	○	Cigarros	○	○	Eclâmpsia	○	○	Hipertensão em uso de medicamento	○	○
Alcool	○	○	Drogas	○	○	Violência doméstica	○	○	Pós-Datismo	○	○
Cardiopatia	○	○	CIUR	○	○						

SITUAÇÃO VACINAL

58 Situação da vacina antitetânica
[1] Não vacinada
[2] Imunizada a menos de 5 anos
[3] Imunizada a mais e 5 anos
[4] Vacinação incompleta
[9] Ignorado

INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
2ª ____/____/____;
3ª ____/____/____;
Reforço ____/____/____.

59 Hepatite B
[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado

INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
2ª ____/____/____;
3ª ____/____/____;

60 INFLUENZA
[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado
DATA ____/____/____

61 Unidade de referência pré- natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa
[1] – SIM - DATA:- ____/____/____
[2] – NÃO

64 Realizou visita à maternidade :
[1] - SIM - Data: ____/____/____
[2] - NÃO

TESTES RÁPIDOS

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
65 Gravidez	○	○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
67 HIV	○	○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
66 Sífilis	○	○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	○	○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
69 Tipagem Sanguínea Fator RH negativo ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg) ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
75 Urina , Alteração?	○	○	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
79 Ultrassom Obstétrico			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
70 Hemoglobina HB<11g/dl ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____ Anemia Tratada? ( ) Sim ( ) Não
72 VDRL+ ?	○	○		Data: ____/____/____
74 Toxoplamose	○	○		
IgG Positivo?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
IgM Positivo ?	○	○		
76 Urocultura Positiva?	○	○	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____

78 Outros informar: _____

EX. ADICIONAIS

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
80 Coombs Indireto positivo	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
83 TOT alterado	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

EX. EXAMES ESPECIAIS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
84 Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
86 Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
92 Cardiotocografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
85 Dosagem de Ácido Úrico	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
87 Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
89 Eletrocardiograma	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
91 Outros	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

93 Responsável pela digitação:

Data da digitação: ____/____/____

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA
ESTADO DE MINAS GERAIS

ENCAMINHAMENTO AO NASF (NÚCLEO DE APOIO Á SAÚDE DA FAMÍLIA)

( ) REFERÊNCIA ( ) CONTRA REFERÊNCIA ( ) ESTUDO DE CASOS (APOIO MATRICIAL E PROJ. TERAPÊUTICO SING.)

PIRANGA, ____/ ____/ ____

DE: _____ EQUIPE DE PSF: _____

PARA: _____

DADOS E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO OU ATENDIMENTO:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/ ____/ ____ CARTÃO DO SUS: _____

N° PRONTUÁRIO: _____ CID: _____

ENDEREÇO: _____ ACS: _____

RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA: _____

_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

_____ ASSINATURA DA ENFERMEIRA DA EQUIPE

Rua Benedido Valadares, n° 09 - Centro - Piranga - MG / CEP: 36480-000
Tel.: (31) 3746-1251 / Fax: (31) 3746-1056 / Email: prefeitura@piranga.mg.gov.br

14

PLANILHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

SAÚDE EM CASA

EQUIPE:_____

ACS.:_____

DATA: _____/ _____/_____

ESPECIALIDADE	PACIENTE	RETORNO (R) 1ª CONSULTA ©	CARTÃO SUS	ENDEREÇO
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		

Obs.: Primeira Consulta deve ser acompanhada do encaminhamento do médico.

Departamento Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Piranga
Adm:2017/2020

O seu exame foi autorizado através do Departamento Municipal de Saúde para o mês:

_____ 15

Procure o Laboratório de sua preferência para agendamento e orientações.

_____

Autorização e Carimbo

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVICO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação

02 Município	03 Código e nome da localidade	04 Zona

05 Categ. localid.	06 Tipo	07 Ciclo/ano	08 Data início	09 Data final	10 Concluído?	11 Sem. Epidem.
	1-sede 2-outros	/	/ /	/ /	S-sim N-não	/

12 Atividade		
1-LI - Levantamento de indice	2-LI+T - Levantamento de indice+Tratamento	3-PE-Ponto Estratégico
4-T - Tratamento	5-DF-Delimitação de Foco	6-PVE-Pesquisa Vetoria Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13 Total quart. conci	Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº Imóveis			23 Amostras Coletadas	Pendência		
	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal	21 Trat. Perifocal	22 Inspecionados		24 Recusa	25 Fechados	26 Recuperados

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo								35 Depósito Eliminado
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total	

Depósitos Tratados						Adulticida		44 Total de Agentes na semana	45 Total Dias Trabalhados na semana
Larvicida (1)			Larvicida (2)			42 Tipo	43 Qtde (Cargas)		
36 Tipo	37 Qtde.(Gramas)	38 Qt dep.trat	39 Tipo	40 Qtde.(Gramas)	41 Qt.dep.trat.				

RESUMO DO LABORATÓRIO

	Nº depósitos com espécimes por tipo							
	46 A1	47 A2	48 B	49 C	50 D1	51 D2	52 E	53 Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

	Nº de imóveis com espécimes, por tipo						Nº de exemplares			
	54 Residência	55 Comércio	56 Terreno Baldio	57 Ponto Estratégico	58 Outros	59 Total	60 Larvas	61 Pupas	62 Exúvia de pupa	63 Adultos
com Aedes aegypti										
com Aedes albopictus										
outros										

64 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				65 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				66 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

67 Visto do Supervisor		68 Data do visto	

FAD07 - 20/09/2006 v.2.1

formulários PNCD

22/09/2006

MARCAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

17

PSF: _____

DATA: _____/_____/_____

HORÁRIO:

LOCAL:

Nº	Nome do Paciente	Endereço	Exames	Pontos	Médico
		Total Geral	Exames		Pontos

18

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Sexo
☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento* / /

Idade*

Cor/Raça
☐ Branca ☐ Preta ☐ Pardo ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*
☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*
☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não
☐ Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Dutectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	

☐ Não fez cirurgia

nº 332

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q IM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstica de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	Linfonodo axilar	☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo ☐ 8b. População de risco elevado (história familiar) ☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* __ / __ / ____ Responsável* _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico	**Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)**
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)	**Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna**
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	**Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento**
7d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	**Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta**
7e -Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	**Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado**
7f -Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	**Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas**
8 - Mamografia de Rastreamento	**Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama**

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores
UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed- União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

19

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF

Apelido da Mulher

Nacionalidade

Data de Nascimento* / /

Idade

Raça/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
   - ☐ Rastreamento
   - ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
   - ☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
   - ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
   - ☐ Não ☐ Não sabe

3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:* / / ☐ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
(não considerar a primeira relação sexual na vida)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
   - ☐ Normal
   - ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
   - ☐ Alterado
   - ☐ Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / /

Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

nº 415

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:* / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- ☐ Lâmina danificada ou ausente
- ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- ☐ Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

☐ Sim ☐ Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação _____
- ☐ Outros; especificar:

MICROBIOLOGIA

- ☐ Lactobacillus sp
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de Chlamydia sp
- ☐ Actinomyces sp
- ☐ Candida sp
- ☐ Trichomonas vaginalis
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- ☐ Outros bacilos _____
- ☐ Outros; especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau , não podendo excluir micro-invasão
- ☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:
- ☐ Cervical
- ☐ Endometrial
- ☐ Sem outras especificações

- ☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- ☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

20

Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Equipe de Saúde	Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)
Microárea	
Ficha: |__| Inclusão |__| Alteração	

DADOS CADASTRAIS

Cadastro de domicílio

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*			
Bairro*	CEP	DDD	Telefone

Cadastro do Indivíduo

NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**	CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**	NIS (Nº Identificação Social)**
Nome completo (sem abreviaturas)*		Data de Nascimento* / /
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*		Nome completo do pai

Sexo* □ 1. Masculino □ 2. Feminino	Raça / Cor* □ 1. Branca □ 2. Preta □ 3. Amarela □ 4. Parda □ 5. *Indígena*	Povo / Comunidade tradicional [1]	Escolaridade* [2]	Situação familiar [3]
Nacionalidade □ Brasileira □ Estrangeira	País de Origem	UF Nascimento*	Município Nascimento*	

Programas Vinculados:	□ Programa Bolsa Família □ SISVAN □ PSE □ _____ □ _____

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***

Data do acompanhamento*: / /

Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Aleitamento Materno**** [4]	Peso ao nascer (em gramas):
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: □ Sim □ Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação:* / /

Doenças*:	**Deficiências e/ou intercorrências*:**	**Tipo de Acompanhamento*:**
□ Anemia falciforme □ Diabetes mellitus □ Doenças cardiovasculares □ Hipertensão Arterial Sistêmica □ Osteoporose □ Outras doenças □ Sem doenças	□ Anemia ferropriva □ DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) □ Diarréia □ Infecções intestinais virais □ IRA (Infecção Respiratória Aguda) □ Hipovitaminose A □ Outras deficiências e/ou intercorrências □ Sem deficiências e/ou intercorrências	□ Atendimento na Atenção Básica □ Chamada Nutricional □ Saúde na Escola □ _____ □ _____

* Campos de preenchimento obrigatório.
** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.
*** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.
**** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legendas:

(1) Povo / Comunidade tradicional:

1. Povos quilombolas
2. Agroextrativistas
3. Caatingueiros
4. Caiçaras
5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
6. Comunidades do cerrado
7. Extrativistas
8. Faxinalenses
9. Geraizeiros
10. Marisqueiros
11. Pantaneiros
12. Pescadores artesanais
13. Pomeranos
14. Povos ciganos
15. Povos de terreiro
16. Quebradeiras de coco-de-babaçu
17. Retireiros
18. Ribeirinhos
19. Seringueiros
20. Vazanteiros
21. Outros

(2) Escolaridade:

1. Creche
2. Pré-escola (exceto CA)
3. Classe Alfabetizada - CA
4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
6. Ensino Fundamental Completo
7. Ensino Fundamental Especial
8. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)
10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
11. Ensino Médio Especial
12. Ensino Médio EJA (Supletivo)
13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
14. Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
15. Nenhum

(3) Situação familiar:

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s)
3. Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive com familiar(es), sem companheira(o)
5. Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

(4) Aleitamento materno:

1. Exclusivo
2. Predominante
3. Complementar
4. Inexistente

21

FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Nome:_____

Consulta marcada para dia:_____/_____/_____ às _____ horas

Clínica:_____ Dr.(a)_____

Local: _____

A sua consulta foi marcada através do Departamento Municipal de Saúde.
Tel: 3746-1060 / 3746-2062 / 3746-1055

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

22

Unidade:

FOLHA DE VISITA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			
Data	Nome do Paciente	Endereço	Assinatura
/ /			
Motivo da Visita			

AL-09

Enfermeiro Responsável

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

22

Município	Código e nome da localidade	Categ. localid.	Zona	Tipo	Concluída?
				1-sede 2-outros	S-sim N-não

Data da atividade	Ciclo/ano
/ /	/

Atividade		
1-LI - Levantamento de índice	2-LI+T - Levantamento de índice+Tratamento	3-PE-Ponto Estratégico
4-T - Tratamento	5-DF-Delimitação de Foco	6-PVE-Pesquisa Vetorial Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO

No do quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	No	Seq	Compl	Tipo do imóvel	Hora de entrada	Visita (N-Normal/R-Recup)	Pendência	No de depósito – Inspecionado							Imóv. Inspec. (LI)	Coleta amostra – No da amostra			Tratamento – Depósitos Eliminados	Imóv trat	Focal – Larvicida (1)			Focal – Larvicida (2)			Perifocal – Adulticida	
											A1	A2	B	C	D1	D2	E		Inicial	Final	Qtde tubitos			Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Tipo	Qtde. carga

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

No Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

TB - terreno baldio

No imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe-cionados	Recu-perados

PE - Ponto Estratégico

No. Tubitos / Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

No depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Depósitos						
Eliminado	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat

Adulticida	
Tipo	Qtde (Cargas)

No e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATORIO

No. e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

No de imóveis com espécimes, por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
outros						

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

No de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1 - caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

FAD01 - verso - 20/09/2006 v.2.

24

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_| - |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

CNS DO CIDADÃO: |_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|

Nome do Cidadão:*

Data de nascimento:* / / **Sexo:*** ◯ Feminino ◯ Masculino **Local de Atendimento:*** |_\|

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Mingau	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Água/chá	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Leite de vaca	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fórmula infantil	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Suco de fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	◯ 1 vezes	◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais ◯ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	◯ 1 vezes	◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais ◯ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	◯ Em pedaços	◯ Amassada	◯ Passada na peneira ◯ Liquidificada ◯ Só o caldo ◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Outro leite que não o leite do peito	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Mingau com leite	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Iogurte	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fígado	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Feijão	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	☐ Café da manhã	☐ Lanche da manhã	☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
	Ontem, você consumiu:			
	Feijão	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

***Campo obrigatório**

****Todas as questões do bloco devem ser respondidas**

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

25

FICHA DE MARCAÇÃO RETORNO

Dpto Municipal Saúde Piranga

Paciente: _____

Retorno: ☐ Após exames ☐ 01 mês

☐ 03 meses ☐ 06 meses ☐ 01 ano

☐ Alta – acompanhamento Posto Saúde (PSF)

_____

Data /carimbo e assinatura do médico

Documento obrigatório para marcação do retorno

RECOMENDAÇÕES PARA CONSULTA GINECOLÓGICA E PREVENTIVO

1. Não estar menstruada;
2. Não ter relações sexuais, 3 dias antes;
3. Não usar remédios locais, 7 dias antes;
4. Parto normal ou cesariano (90 dias depois);
5. Aborto (45 dias depois);
6. Tomar banho antes da consulta;
8. TRAZER DOCUMENTOS DE INDENTIDADE, CPF E CARTÃO SUS.

26

Nome :_____

Data: ___/___/___ Horário: ___:___

Local:_____

Nome do Profissional:_____

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO
___ ___ / ___ ___ - ___ ___ ___ ___

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Piranga/MG

Nº PRONT.

CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME

DATA NASCIMENTO / /

SEXO ☐ MASC. ☐ FEM.

NOME DA MÃE DO PACIENTE

TELEFONE

RUA / LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

U.F

Nº CONSULTA

CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID.

CLÍNICA SOLICITANTE

CÓDIG

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)

/ /

CRM

CPF MÉDICO

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO

☐ AUTORIZADO

☐ NÃO AUTORIZADO

☐ INCONCLUSIVO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESTINO

CÓDIGO

MOTIVO

DATA AUTORIZAÇÃO / /

MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)

CRM

SAAA - 03001037 - G/E

12/03/2012 - GEORG

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGA/MG

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

28

Nº DO PEDIDO	Nº DO LAUDO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UNIDADE SOLICITANTE	CNES
UNIDADE EXECUTANTE	CNES

2- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE			PRONTUÁRIO
NATURALIDADE			CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS
DATA NASCIMENTO / /	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	RAÇA / COR ☐ 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDA 4 - AMARELA 5 - INDÍGENA 99 - SEM INFORMAÇÃO	
NOME DA MÃE			IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR
NOME DO RESPONSÁVEL			TELEFONE PARA CONTATO
ENDEREÇO - RUA, Nº, BAIRRO			TELEFONE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓD. MUNICÍPIO	UF	CEP

3- DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO / /	CPF DO DIRETOR CLÍNICO

4 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS).

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO	CID CAUSAS ASSOCIADAS

5 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA	CARÁTER DE INTERNAÇÃO	DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	CONSELHO DE CLASSE	DATA DA SOLICITAÇÃO / /	ASSINATURA - CARIMBO - REGISTRO CONSELHO

6 - PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	CNPJ SEGURADORA	Nº BILHETE	SÉRIE
	CPNJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

7 - AUTORIZAÇÃO - ELETIVAS E ALTA COMPLEXIDADE

SITUAÇÃO DO LAUDO ☐ APROVADO ☐ REPROVADO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO _____			JUSTIFICATIVA
DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CONSELHO DE CLASSE	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		

8 -AUTORIZAÇÃO - SUPERVISÃO HOSPITALAR

SITUAÇÃO DO LAUDO ☐ APROVADO ☐ REPROVADO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO _____			JUSTIFICATIVA
DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CONSELHO DE CLASSE	
DATA AUTORIZAÇÃO / /	ASSINATURA E CARIMBO - N.º REGISTRO NO CONSELHO		

SACAH - 03009006 - G/E

12/03/12 - GEORG

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

29

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_| - |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:	MUNICÍPIO*:	UF*:
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*: ◯ SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:
MICROÁREA* |_|_| ☐ FA		

TIPO DE IMÓVEL* \|_\|_\|

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) TEL. CONTATO: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*

◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

◯ Proprietário ◯ Parceiro(a)/Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a)
◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada ◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado ◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço/Nascente no Domicílio ◯ Cisterna
◯ Carro Pipa ◯ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

◯ Filtrada ◯ Fervida ◯ Clorada ◯ Mineral
◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

◯ Coletado ◯ Queimado/Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|_|_|	|_|_|_|_|	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ◯ Sim ◯ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

_____

Assinatura

Legenda: ☐ **Opção de múltipla escolha** ◯ **Opção de única escolha** **(marcar X na opção desejada)**

Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

***Campo obrigatório**

****Campo com obrigatoriedade condicional**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO INDIVIDUAL

30

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
	-			/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
	◯ Sim ◯ Não		☐ FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL: | DATA DE NASCIMENTO:* / / | SEXO:* (F) (M)

RAÇA/COR:* ◯ Branca ◯ Preta ◯ Parda ◯ Amarela ◯ Indígena | Etnia:** | Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:* ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:* ◯ Brasileira ◯ Naturalizado ◯ Estrangeiro | PAÍS DE NASCIMENTO:** | DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** | MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / / | TELEFONE CELULAR: ( ) | E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

◯ Cônjuge/Companheiro(a) ◯ Filho(a) ◯ Enteado(a) ◯ Neto(a)/Bisneto(a)
◯ Pai/Mãe ◯ Sogro(a) ◯ Irmão/Irmã ◯ Genro/Nora ◯ Outro parente ◯ Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ◯ Sim ◯ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

◯ Creche
◯ Pré-escola (exceto CA)
◯ Classe de Alfabetização - CA
◯ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
◯ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
◯ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
◯ Ensino Médio Especial
◯ Ensino Médio EJA (Supletivo)
◯ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
◯ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
◯ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

◯ Empregador
◯ Assalariado com carteira de trabalho
◯ Assalariado sem carteira de trabalho
◯ Autônomo com previdência social
◯ Autônomo sem previdência social
◯ Aposentado/Pensionista
◯ Desempregado
◯ Não trabalha
◯ Servidor público/militar
◯ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ◯ Sim ◯ Não | PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ◯ Sim ◯ Não | POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ◯ Sim ◯ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ◯ Sim ◯ Não | SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Heterossexual ◯ Bissexual ◯ Outra
◯ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Homem transexual ◯ Travesti
◯ Mulher transexual ◯ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL(IS)?
☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

◯ Mudança de território ◯ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:
Data do óbito:** / / Número da D.O.: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

50.000 ex

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

31

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

Nº			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*			M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino			F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)															
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado														
	Consulta Agendada														
	Demanda Espontânea	Escuta Inicial/Orientação													
		Consulta no Dia													
		Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___
Racionalidade em saúde (ver legenda)															
Avaliação antro-pométrica	Perímetro cefálico (cm)														
	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
Vacinação em dia?			SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)														
Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano													
	Gravidez Planejada		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)														
	Gestas Prévias/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma														
	Desnutrição														
	Diabetes														
	DPOC														
	Hipertensão arterial														
	Obesidade														
	Pré-natal														
	Puericultura														
	Puerpério (até 42 dias)														
	Saúde sexual e reprodutiva														
	Tabagismo														
	Usuário de álcool														
	Usuário de outras drogas														
	Saúde mental														
	Reabilitação														

15.000 ex

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/ Condição avaliada* – Doenças transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problema/ Condição avaliada* – Rastreamento	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problema/ Condição avaliada* – Outros	CIAP-2													
	CIAP-2													
	CID-10													
	CID-10													
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Creatinina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	EAS/EQU	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Eletrocardiograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Eletroforese de hemoglobina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Espirometria	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Exame de escarro	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Glicemia	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	HDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Hemoglobina glicada	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Hemograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	LDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia para dengue	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia para HIV	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Teste de gravidez	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Ultrassonografia obstétrica	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Urocultura	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem neonatal – Teste da orelhinha (EOA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem neonatal – Teste do olhinho (TRV)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem neonatal – Teste do pezinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP) – _____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP) – _____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP) – _____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP) – _____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
Ficou em Observação?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento – Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia/Convencional, deixar este campo em branco)
Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

***Campo obrigatório**

32

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Paciente com necessidades especiais														
Gestante														
Tipo atendimento*	Consulta agendada													
	Demanda Espontânea: Escuta inicial/Orientação													
	Demanda Espontânea: Consulta no dia													
	Demanda Espontânea: Atendimento de urgência													
Tipo de consulta**	Primeira consulta odontológica programática													
	Consulta de retorno em odontologia													
	Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar													
	Alteração em tecidos moles													
	Dor de dente													
	Fendas ou fissuras labiopalatais													
	Fluorose dentária moderada ou severa													
	Traumatismo dentoalveolar													
	Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
	Adaptação de prótese dentária													
	Aplicação de cariostático (por dente)													
	Aplicação de selante (por dente)													
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
	Capeamento pulpar													
	Cimentação de prótese dentária													
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
	Drenagem de abscesso													
	Evidenciação de placa bacteriana													
	Exodontia de dente decíduo													
	Exodontia de dente permanente													
	Instalação de prótese dentária													
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária													
	Orientação de higiene bucal													

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pulpotomia dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Radiografia periapical/interproximal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Restauração de dente decíduo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Restauração de dente permanente anterior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Restauração de dente permanente posterior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Selamento provisório de cavidade dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento de alveolite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ulotomia/ulectomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)													
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fornecimento	Escova dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Creme dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fio dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ outros profissionais AB	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ Nasf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento concluído	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento													
	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cirurgia BMF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Endodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Estomatologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Implantodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Odontopediatria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ortodontia/Ortopedia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Periodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prótese dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Radiologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

***Campo obrigatório**

****Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

33

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
	-			/ /

TURNO:* (M)(T)(N)

LOCAL DE ATIVIDADE		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)	CNES		-
OUTRA LOCALIDADE:			-
			-
			-
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS		-
			-
			-

ATIVIDADE (opção única)*	
(01)	Reunião de equipe
(02)	Reunião com outras equipes de saúde
(03)	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social
(04)	Educação em saúde
(05)	Atendimento em grupo
(06)	Avaliação/Procedimento coletivo
(07)	Mobilização social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria: PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	F M	☐			☐	☐
2		/ /	F M	☐			☐	☐
3		/ /	F M	☐			☐	☐
4		/ /	F M	☐			☐	☐
5		/ /	F M	☐			☐	☐
6		/ /	F M	☐			☐	☐
7		/ /	F M	☐			☐	☐
8		/ /	F M	☐			☐	☐
9		/ /	F M	☐			☐	☐
10		/ /	F M	☐			☐	☐
11		/ /	F M	☐			☐	☐
12		/ /	F M	☐			☐	☐
13		/ /	F M	☐			☐	☐
14		/ /	F M	☐			☐	☐
15		/ /	F M	☐			☐	☐
16		/ /	F M	☐			☐	☐
17		/ /	F M	☐			☐	☐
18		/ /	F M	☐			☐	☐
19		/ /	F M	☐			☐	☐
20		/ /	F M	☐			☐	☐
21		/ /	F M	☐			☐	☐
22		/ /	F M	☐			☐	☐
23		/ /	F M	☐			☐	☐
24		/ /	F M	☐			☐	☐
25		/ /	F M	☐			☐	☐
26		/ /	F M	☐			☐	☐
27		/ /	F M	☐			☐	☐
28		/ /	F M	☐			☐	☐
29		/ /	F M	☐			☐	☐
30		/ /	F M	☐			☐	☐
31		/ /	F M	☐			☐	☐
32		/ /	F M	☐			☐	☐
33		/ /	F M	☐			☐	☐
34		/ /	F M	☐			☐	☐
35		/ /	F M	☐			☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**

*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

54

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
	-			/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento*															
Escuta inicial/orientação															
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas														
	Administração de vitamina A														
	Cateterismo vesical de alívio														
	Cauterização química de pequenas lesões														
	Cirurgia de unha (cantoplastia)														
	Cuidado de estomas														
	Curativo especial														
	Drenagem de abscesso														
	Eletrocardiograma														
	Coleta de citopatológico de colo uterino														
	Exame do pé diabético														
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele														
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)														
	Infiltração em cavidade sinovial														
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal														
	Remoção de corpo estranho subcutâneo														
	Retirada de cerume														
	Retirada de pontos de cirurgias														
	Sutura simples														
	Triagem oftalmológica														
	Tamponamento de epistaxe														
Teste rápido	De gravidez														
	Dosagem de proteinúria														
	Para HIV														
	Para hepatite C														
	Para sifilis														
Administração de medicamentos	Oral														
	Intramuscular														
	Endovenosa														
	Inalação/Nebulização														
	Tópica														
	Penicilina para tratamento de sífilis														
	Subcutânea (SC)														

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
		Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
		Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
		Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
		Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
		Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	|__|__|__|	
	Aferição de temperatura	|__|__|__|	
	Curativo simples	|__|__|__|	
	Coleta de material para exame laboratorial	|__|__|__|	
	Glicemia capilar	|__|__|__|	
	Medição de altura	|__|__|__|	
	Medição de peso	|__|__|__|	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

***Campo obrigatório**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL 35

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
	-			/ /

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO*	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
MICROÁREA*																							
TIPO DE IMÓVEL*																							
Nº PRONTUÁRIO																							
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																							
Data de nascimento** Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano																							
Sexo** *(F) Feminino (M) Masculino*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Visita compartilhada com outro profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Cadastramento/Atualização	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visita periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa — Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa — Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa — Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa — Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Pessoa com desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com DPOC/enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com outras doenças crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sintomáticos respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Domiciliados/Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condições de vulnerabilidade social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Saúde mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Controle ambiental/ vetorial	Ação educativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Imóvel com foco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ação mecânica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tratamento focal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Egresso de Internação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Orientação/prevenção		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antropometria		Peso (kg)																							
		Altura (cm)																							
Desfecho*	Visita realizada		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Visita recusada		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Ausente		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **FA** para Fora de Área ou **00** a **99** para o número da microárea.
Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
Campo |_|: campo numérico
***Campo obrigatório**
****Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família**

RELATÓRIO DE VIAGEM

7

RELATÓRIO DE ATIVIDADE: _____/_____/_____

DESTINO:_____

Função	Nome do Profissional

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

	SAÍDA	CHEGADA
HORÁRIO		
KM		
KM TOTAL		

Veículo:_____

Placa:_____

Motorista:_____

AL - 15