

PREFEITURA DE
CARIRÉ
SEMPRE JUNTOS

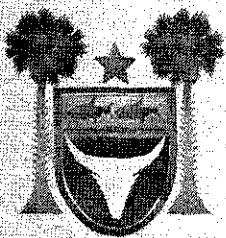


Anexo VI – Modelos Gráficos.

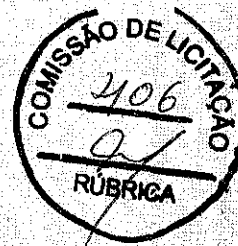
1 – Anexo VI-A – Modelos Gráficos Secretaria de Saúde

2 – Anexo VI-B – Modelos Gráficos Secretaria de Educação

[Handwritten signature]



PREFEITURA DE
CARIRÉ
SEMPRE JUNTOS



1 – Anexo VI-A – Modelos Gráficos Secretaria de Saúde

Caderneta da Criança



Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Unidade Básica de referência: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Peso ao nascer (g): _____ Comprimento ao nascer (cm) _____

Perímetro cefálico (cm): _____ APGAR 5': _____

Cor: () Branca () Negra () Amarela
() Parda () Indígena

Desenvolvimento da Criança

1 a 2 meses

O bebê gosta quando é colocado em várias posições e quando lhe mostram objetos coloridos. Assusta-se/chora quando ouve sons fortes. No colo da mãe, o bebê sente-se seguro e acalentado. Gosta de ver o rosto da mãe e de olhar em seus olhos. O bebê também gosta muito quando os pais brincam e conversam com ele. **Responde ao sorriso. Idade _____**

3 a 4 meses

O bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o

olhar e responde com balbúcius quando alguém brinca com ele. Gosta de olhar para as mãos e colocá-las na boca. Busca a direção dos sons. Mas atenção! Já não fica quieto e pode cair da cama, mesa, etc. **Quando colocada de bruços, levanta a cabeça e ombros. Idade _____**

5 a 6 meses

O bebê já rola, senta com apoio e leva os pés à boca, por isso deve ser colocado no chão para que possa se movimentar sem perigo de cair. Quando ouve uma voz, procura-a com o olhar. Pode aparecer o primeiro dentinho. Conversar com o



SUS
CARIRÉ

7 a 9 meses

Mesmo mamando, o bebê já come outros alimentos. Gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar algumas pessoas. Já fica sentado sem apoio, pode se arrastar ou engatinhar e até mesmo tentar ficar em pé. Muito cuidado com acidentes! **Gosta de brincar com objetos que são dados a ele. Idade _____**

10 a 12 meses

O bebê gosta de imitar os pais, dar tchau, bater palmas. Pode falar, do seu jeito, algumas palavras. Aponta para o que quer e pega os objetos com o polegar e o indicador. Engatinha e gosta de ficar em pé, segurando-se nos móveis ou nas pessoas, podendo até andar com apoio. Já come comida da casa, mas precisa comer mais vezes que um adulto. **Atende quando chamado pelo próprio nome. Idade _____**

13 a 18 meses

A criança está cada vez mais independente: quer comer sozinha e se reconhece no espelho. Fala algumas palavras e, às vezes, frases curtas. Anda alguns passos, mas sempre busca o olhar dos pais ou familiares. **É capaz de andar sem ajuda. Idade _____**

19 meses a 2 anos

A criança brinca com vários objetos e gosta de brincar perto de outras crianças. Anda com segurança e dá pequenas corridas, subindo ou descendo degraus baixos. **Demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra "não". Idade _____**

2 a 3 anos

Está ficando cada vez mais sabida: dá nomes aos objetos, dizendo que tudo é seu e demonstra suas alegrias, tristezas e raivas. É hora de, aos poucos e com paciência, começar a tirar a fralda e ensinar a criança a usar o penico. Gosta de ouvir histórias. **Sabe falar seu nome e fala muito a palavra "meu". Idade _____**

3 a 4 anos

Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos. Gosta de brincar com outras crianças. Tem interesse em aprender sobre tudo o que está em volta, chamando a atenção dos adultos. Brinca imitando seus pais e as situações do dia-a-dia. **Brinca de faz-de-conta. Idade _____**

4 a 6 anos

A criança corre e pula alternando os pés e participando de jogos. Toma banho veste-se sozinha, escolhendo suas roupas. Escolhe seus amigos e também diz o que quer comer. Gosta de ouvir contar histórias, aprender canções, desenhar, olhar livros e revistas. Em torno dos 6 anos, cai o primeiro dente de leite. **Usa lápis e outros objetos para desenhar no papel ou no chão. Idade _____**

6 a 8 anos

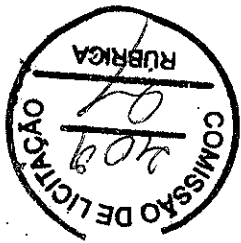
A criança apresenta maior agilidade nas brincadeiras e jogos. Surgem o primeiros dentes permanentes. Falta bem o que quer e sente. Ela está frequentando a escola, que é o lugar onde, além de aprender, forma seu grupo de amigos e com eles estuda, brinca e joga. Está muito orgulhosa por começar a ler e a escrever e gosta de mostrar o que aprendeu, mas sofre quando encontra dificuldades. Nessa hora, precisa de ajuda dos pais e professores. **Começa a ler e a escrever. Idade _____**

8 a 10 anos

A criança tem interesse por grupos de amigos e por situações independente da família. Gosta de participar de atividades na escola e fora dela. Poder aparecer as primeiras transformações no corpo, indicando que ela está entrando na puberdade e desenvolvimento das mamas, crescimento de pelos. **Surgem os primeiros sinais da puberdade. Idade _____**

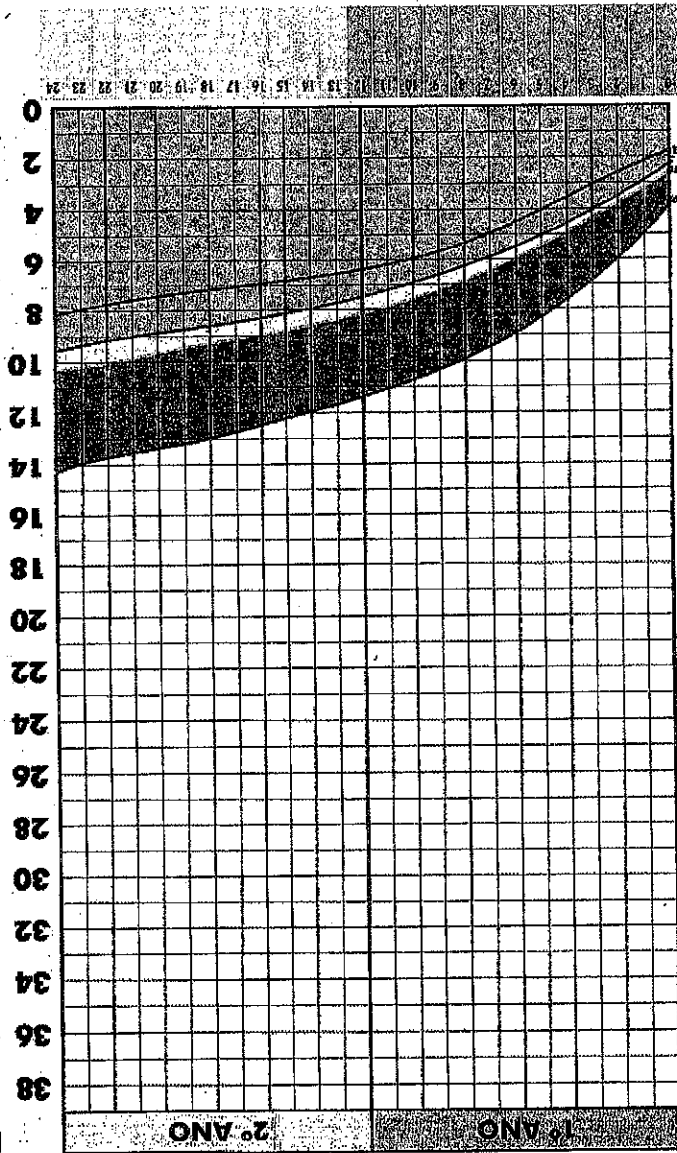
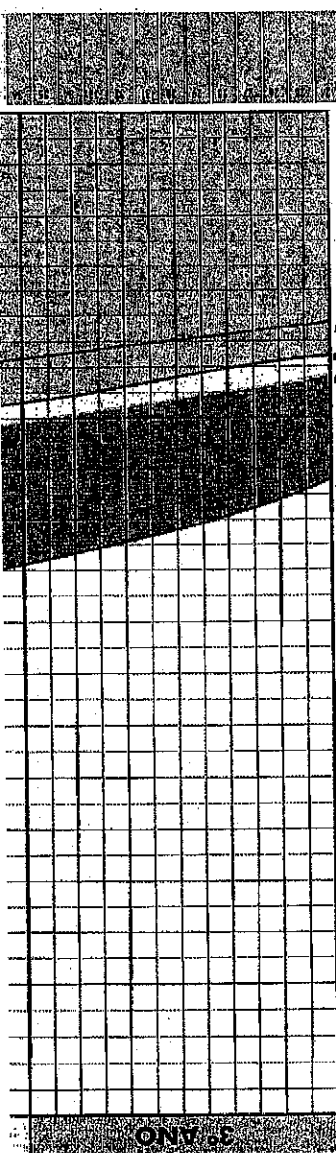
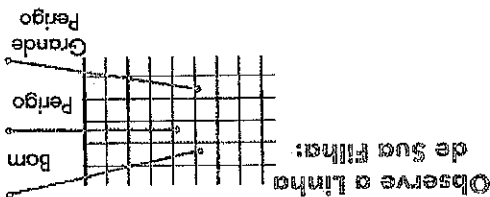


Handwritten signature or mark.



[Handwritten mark]

A EQUIPE DE SAÚDE ANOTARÁ A OCORRÊNCIA
 NO MÊS CORRESPONDENTE, USANDO AS SEQUINTEZ
 H P D A
 Hospitalização Pneumonia Diarria

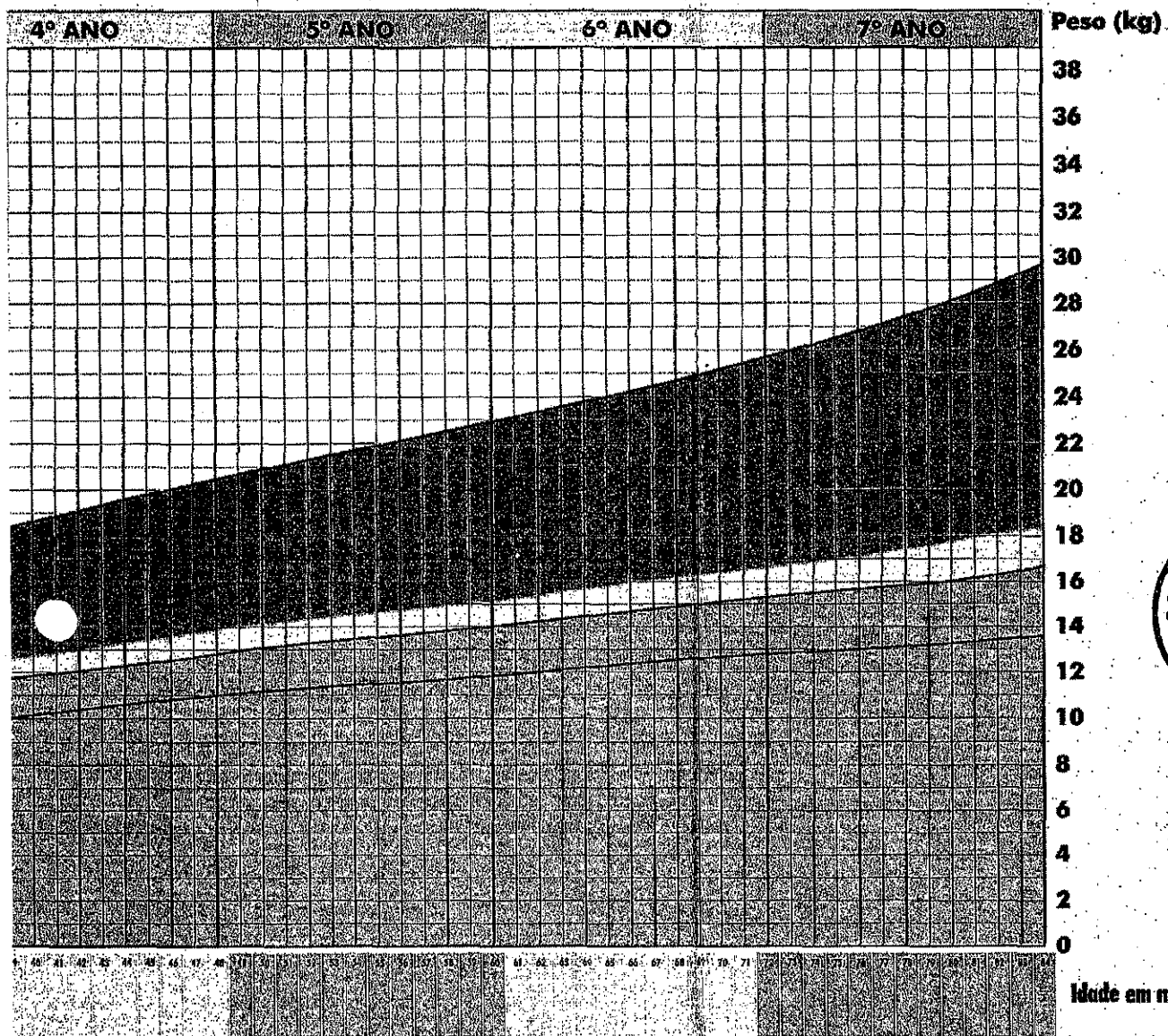


Idade em meses

- último
- Sua filha está com o peso ideal.
- Atenção
- Sua filha está um pouco abaixo do peso ideal.
- Cuidado
- Sua filha está muito abaixo do peso ideal.

ACOMPANHE
 TAMBÉM A
 SAÚDE DE
 SUA FILHA
 PELO GANHO
 DE PESO

Peso X Idade



S:
 Outra Jênça

[Handwritten mark]

Caderneta da Criança



Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Unidade Básica de referência: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Peso ao nascer (g): _____ Comprimento ao nascer (cm) _____

Perímetro cefálico (cm): _____ APGAR 5': _____

Sexo/cor: Branco Negra Amarela
 Parda Indígena

Desenvolvimento da Criança

1 a 2 meses

O bebê gosta quando é colocado em várias posições e quando lhe mostram objetos coloridos. Assusta-se/chora quando ouve sons fortes. Não coló da mãe, o bebê sente-se seguro e acalentado. Gosta de ver o rosto da mãe e de olhar em seus olhos. O bebê também gosta muito quando os pais brincam e conversam com ele. Responde ao sorriso. Idade _____

3 a 4 meses

O bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o

olhar e responde com balbúlios quando alguém brinca com ele. Gosta de olhar para as mãos e colocá-las na boca. Busca a direção dos sons. Mas atenção! Já não fica quieto e pode cair da cama, mesa, etc. Quando colocada de bruços, levanta a cabeça e ombros. Idade _____

5 a 6 meses

O bebê já rola, senta com apoio e leva os pés à boca, por isso deve ser colocado no chão para que possa se movimentar sem perigo de cair. Quando ouve uma voz, procura-a com o olhar. Pode aparecer o primeiro dentinho. Conversar com o

bebê ajuda-o a aprender a falar. Vira a cabeça procurando a direção de vozes ou outros sons. Idade _____

7 a 9 meses

Mesmo mamando, o bebê já come outros alimentos. Gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar algumas pessoas. Já fica sentado sem apoio, pode se arrastar ou engatinhar e até mesmo tentar ficar em pé. Muito cuidado com acidentes! Gosta de brincar com objetos que são dados a ele. Idade _____

10 a 12 meses

O bebê gosta de imitar os pais, dar tchau, bater palmas. Pode falar, do seu jeito, algumas palavras. Aponta para o que quer e pega os objetos com o polegar e o indicador. Engatinha e gosta de ficar em pé, segurando-se nos móveis ou nas pessoas, podendo até andar com apoio. Já come comida de casa, mas precisa comer mais vezes que um adulto. Atende quando chamado pelo próprio nome. Idade _____

13 a 18 meses

A criança está cada vez mais independente: quer comer sozinha e se reconhece no espelho. Fala algumas palavras e, às vezes, frases curtas. Ainda alguns passos, mas sempre busca o olhar dos pais ou familiares. É capaz de andar sem ajuda. Idade _____

19 meses a 2 anos

A criança brinca com vários objetos e gosta de brincar perto de outras crianças. Anda com segurança e dá pequenas corridas, subindo ou descendo degraus baixos. Demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra "não". Idade _____

2 a 3 Anos

Está ficando cada vez mais sábio: dá nomes aos objetos, dizendo que tudo é seu e demonstra suas alegrias, tristezas e raivas. É hora de, aos poucos e com paciência, começar a tirar a fralda e ensinar a criança a usar o penico. Gosta de ouvir histórias. Sabe falar seu nome

e fala muito a palavra "meu". Idade _____

3 a 4 anos

Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos. Gosta de brincar com outras crianças e tem interesse em aprender sobre tudo o que está em volta, chamando a atenção dos adultos. Brinca imitando seus pais e as situações do dia-a-dia. Brinca de faz-de-conta. Idade _____

4 a 6 anos

A criança corre e pula alternando os pés e participando de jogos. Toma banho e veste-se sozinha, escolhendo suas roupas. Escolhe seus amigos e também diz o que quer comer. Gosta de ouvir e contar histórias, aprender canções, desenhar, olhar livros e revistas. Em torno dos 6 anos, cai o primeiro dente de leite. Usa lápis e outros objetos para desenhar no papel ou no chão. Idade _____

6 a 8 anos

A criança apresenta maior agilidade nas brincadeiras e jogos. Surgem os primeiros dentes permanentes. Fala bem o que quer e sente. Ela está frequentando a escola, que é o lugar onde, além de aprender, forma seu grupo de amigos e com eles estuda, brinca e joga. Está muito orgulhosa por começar a ler e a escrever e gosta de mostrar o que aprendeu, mas sofre quando encontra dificuldades. Nessa hora, precisa de ajuda dos pais e professores. Começa a ler e a escrever. Idade _____

8 a 10 anos

A criança tem interesse por grupos de amigos e por situações independentes da família. Gosta de participar de atividades na escola e fora dela. Podem aparecer as primeiras transformações no corpo, indicando que ela está entrando na puberdade: desenvolvimento das mamas e crescimento de pelos. Surgem os primeiros sinais da puberdade. Idade _____



SUS
CARIRÉ

CPQ

Peso X Idade

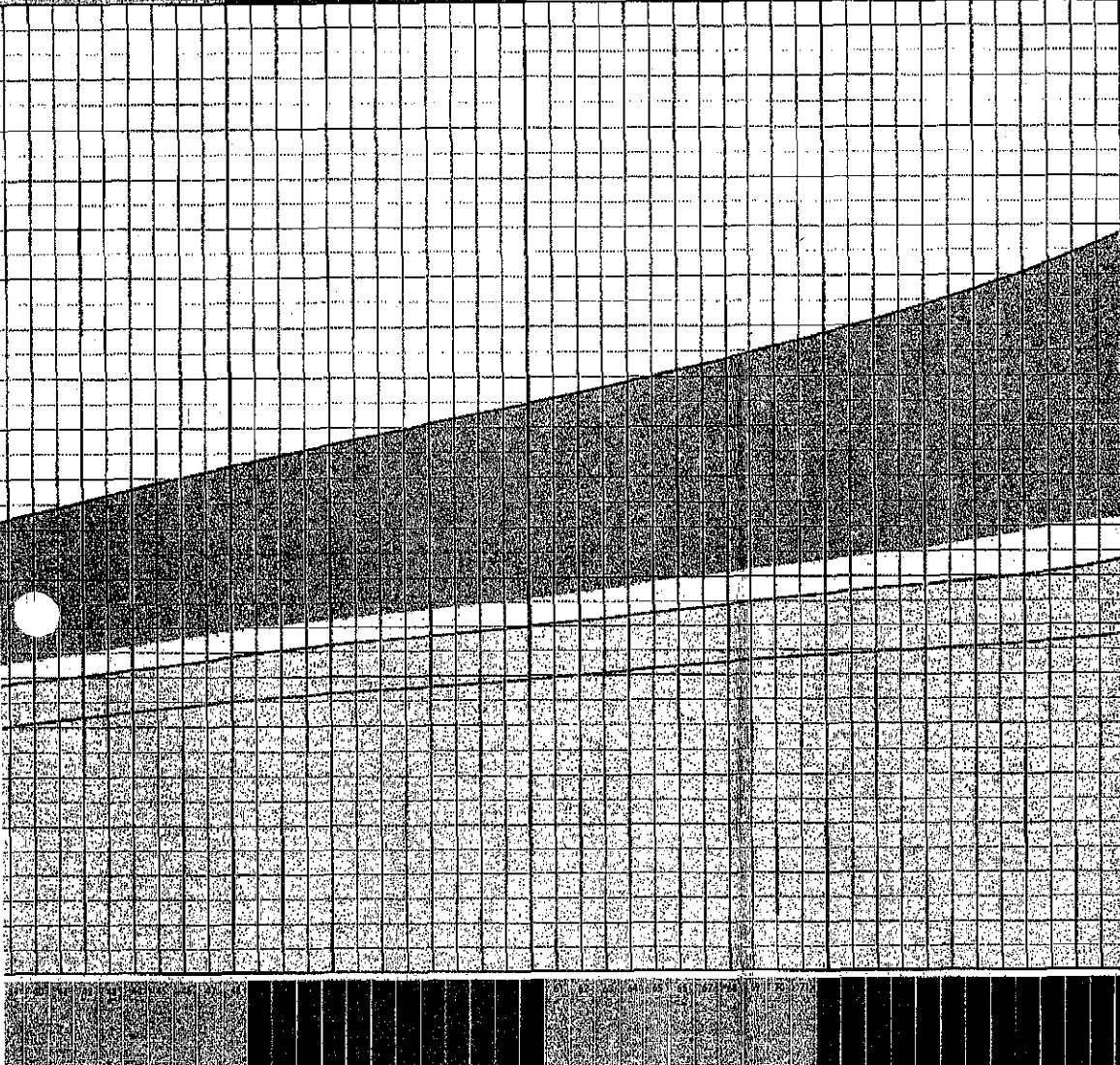


4º ANO

6º ANO

Peso (kg)

38
36
34
32
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0



Idade em meses

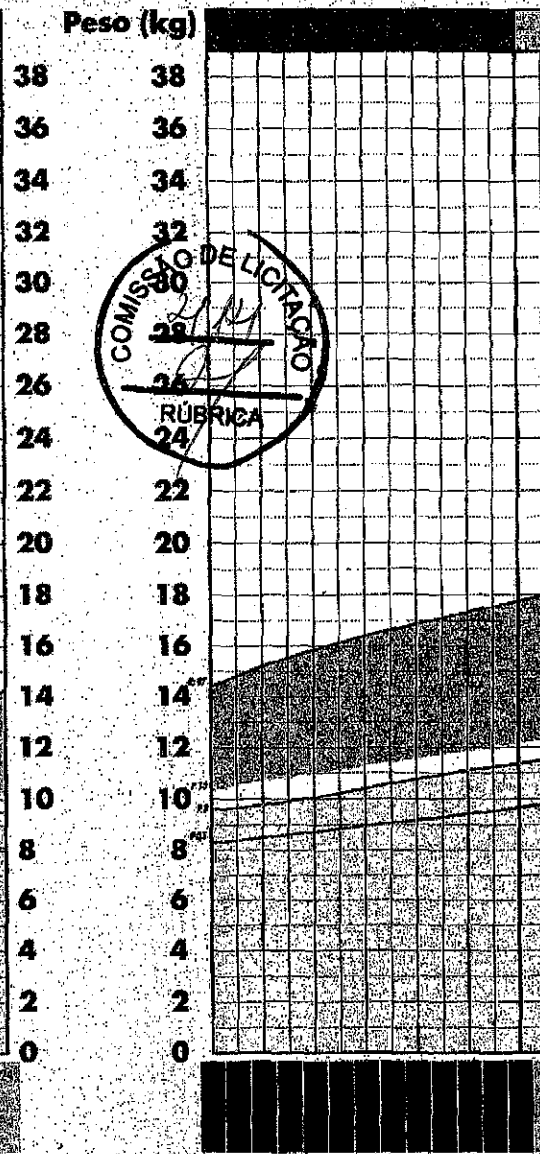
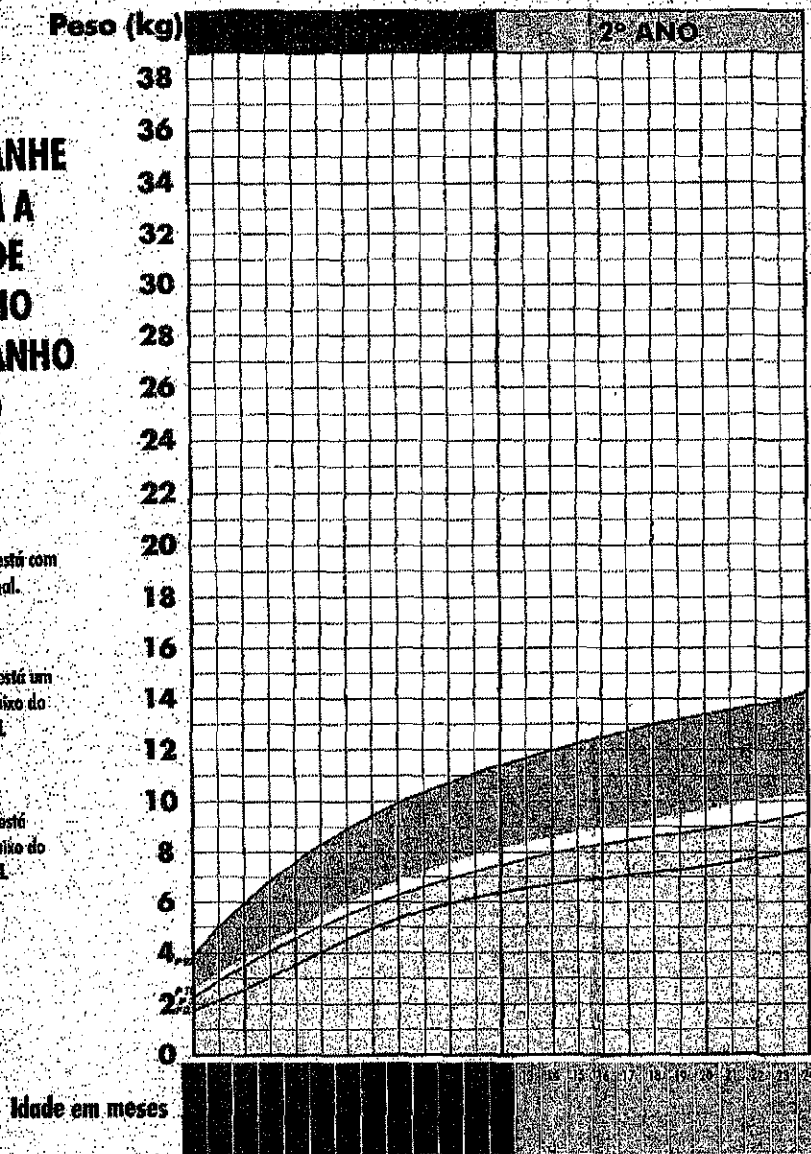
IS:

Outra doença

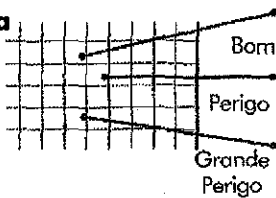
Handwritten signature

ACOMPANHE TAMBÉM A SAÚDE DE SEU FILHO PELO GANHO DE PESO

- **Ótimo:** Seu filho está com o peso ideal.
- **Atenção:** Seu filho está um pouco abaixo do peso ideal.
- **Cuidado:** Seu filho está muito abaixo do peso ideal.



Observe a Linha de Seu Filho:



A EQUIPE DE SAÚDE ANOTARÁ A OCORRÊNCIA NO MÊS CORRESPONDENTE, USANDO AS SEGUINTE

- | | | | |
|--|----------|-----------|----------------|
| A | D | P | H |
| Início da introdução de outros alimentos | Diarreia | Pneumonia | Hospitalização |

Handwritten signature



Você está **IMUNIZADO** contra as doenças se tomar todas as doses do esquema de vacinação. Se esquecer alguma dose não precisa recomeçar o esquema. Vá a Unidade de Saúde e leve este cartão. Conserve este cartão com os seus documentos de importância.



**CADERNETA
DE VACINAÇÃO**



**Município Municipal de
Cariré**

NOME	
R.G.	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO	
UNIDADE DE SAÚDE	
MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS. VALIDADE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	

[Handwritten mark]

PRELIMINAR	REBRANQUEIA	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Lote:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Laboratório:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Validade:
Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	Data Adm.:
					Nome:
					Unid.:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Laboratório:
Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	Validade:
					Data Adm.:
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Nome:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Unid.:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	
Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	Unid.:	

Handwritten mark



Data: ____ / ____ / ____		FICHA INDIVIDUAL	PRONT. FAMILIAR Nº
			Nº DO CARTÃO SUS
		ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	CICLO DE VIDA
GRUPO			CRIANÇA
5 ANOS			ADOLESCENTE
5 - 14			ADULTO
GESTANTE			IDOSO
	MÊS		



PARTICIPA DE AÇÕES COLETIVAS
NÃO () SIM () LOCAL:

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO: _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

CHAMAR POR: _____ SEXO: M () F ()

RESPONSÁVEL / APOIO

NOME: _____ CATEGORIA: _____

ANAMNESE

USO ATUAL DE MEDICAMENTOS

2. ANTECEDENTES PESSOAIS / ODONTOLÓGICOS

2.1. DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

SIM	QUESTÕES	NÃO	OBSERVAÇÕES
	Problema de aprendizagem / comportamento?		
	Problema sensorial (visão, audição, olfato)?		
	Resistência ao atendimento odontológico?		
	Uso noturno de mamadeira?		
	Trauma nos dentes ou chupa dedo?		
	Perda precoce de dente decíduos?		
	Problema erupção dos dentes?		
	Reação anestésico local?		
	Respiração bucal?		
	Problema de posicionamento dos dentes?		
	Usa alimentos como doces, refrigerantes com muita frequência?		

2.2. DO ADULTO / IDOSO

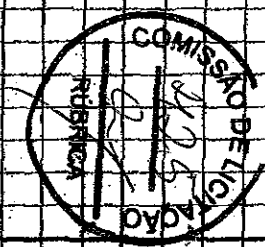
SIM	QUESTÕES	NÃO	OBSERVAÇÕES
	Abscessos dentários?		
	Abscessos gengivais?		
	Respiração bucal?		
	Sangramento gengival?		
	Mau hálito?		
	Dores no rosto pela manhã?		
	Frequentes dores de cabeça?		
	Usa prótese?		



ANO: _____ MÊS: _____ ESB: _____ CD: _____ ASB/TSB: _____

MAPA DE PRODUÇÃO MENSAL ODONTOLÓGICA

PROCEDIMENTOS (CÓDIGOS SIA/SUS)		DIAS												TOTAL		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
AÇÕES COLETIVAS	ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA (01.01.02.003-1)															
	APLICAÇÃO DE FLÚOR-GEL (01.01.02.001-5)															
	BOCHECHO FLUORADO (01.01.02.002-3)															
	EXAME BUCAL (EPIDEMIOLOGIA) (01.01.02.004-0)															
	ATIV. COLETIVA/EDUCAÇÃO EM GRUPO DE ATENÇÃO BÁSICA (01.01.01.001-0)															
AÇÕES INDIVIDUAIS Terapêuticas	Preventivas															
	EVIDENCIAÇÃO/CONTROLE DE PLACA (01.01.02.008-2)															
	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (SESSÃO) (01.01.02.007-4)															
	APLICAÇÃO DE SELANTE (01.01.02.006-6)															
	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (01.01.02.005-8)															
	PRIMEIRA CONSULTA PROGRAMÁTICA (03.01.01.015-3)															
	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (03.01.06.003-7)															
	CAPEAMENTO PULPAR (03.07.01.001-5)															
	RESTAURAÇÃO DENTE PERMANENTE ANTERIOR (03.07.01.003-1)															
	RESTAURAÇÃO DENTE PERMANENTE POSTERIOR (03.07.01.004-0)															
	RESTAURAÇÃO DENTE DECÍDUO (03.07.01.002-3)															
	EXODONTIA DENTE DECÍDUO (04.14.02.012-0)															
	EXODONTIA DENTE PERMANENTE (04.14.02.013-8)															
	REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL (04.14.02.028-6)															
	TRATAMENTO ALVEOLITE (04.14.02.038-3)															
	TRATAMENTO HEMORRAGIA (04.14.02.035-9)															
	REMOÇÃO DE SUTURA (03.01.10.015-2)															
	ULOTOMIA/ULECTOMIA (04.14.02.040-5)															
	EXCISÃO E/OU SUTURA PEQUENAS LESÕES OU MUCOSA (04.01.01.006-6)															
	DRENAGEM DE ABSCESSO (04.01.01.003-1)															
	PULPOTOMIA (03.07.02.007-0)															
	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (03.07.02.001-0)															
	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREP. BIOMEC. (03.07.02.002-9)															
	SELAMENTO PROVISÓRIO (01.01.02.009-0)															
	RASPAGEM E ALISAMENTO SUPRAGENGIVAL (03.07.03.001-6)															
	RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAL (03.07.03.002-4)															
	RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL (02.04.01.018-7)															
VISITA DOMICILIAR (01.01.03.002-9)																
ALTERAÇÕES DE LESÕES EM MUCOSA ORAL																
TRATAMENTO CONCLUÍDO																
ATENDIMENTO À GESTANTE																



[Handwritten signature]

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÊS/ANO
--	----------------------------	---------

DADOS GERAIS

População Total da Área		ESF/ESB	
População Maior que 60 anos		População de 3 a 14 anos	
Total de Famílias Cadastradas		Nº Total de Creches/Escolas	



AÇÕES E SERVIÇOS EM CRÉCHES E ESCOLAS

	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ
Participação em Escovação Dental Supervisionada	0 a 6 anos											
	7 a 14 anos											

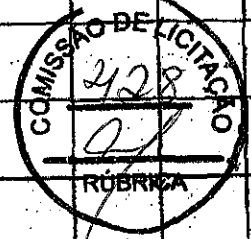
COBERTURA DE PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ
Total de gestantes cadastradas pela ESF												
Total de participantes acompanhadas pela ESB entre 10 a 14 anos												
Total de participantes acompanhadas pela ESB entre 15 a 19 anos												
Total de participantes acompanhadas pela ESB entre 20 a 39 anos												
Total de participantes acompanhadas pela ESB com 40 e + anos												
Total geral de participantes acompanhadas pela ESB												
Participantes com Tratamento Concluído												

[Handwritten signature]

TAXA DE EXAMES DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL

POPULAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de exames realizados na população de 40 a 49 anos												
Total de exames realizados na população de 50 a 59 anos												
Total de exames realizados na população de 60 a 69 anos												
Total de exames realizados na população de 70 a 74 anos												
Total de exames realizados na população de 75 a 79 anos												
Total de exames realizados na população de 80 anos e +												
Total geral de exames realizados												
Total de encaminhamentos para o CEO												



SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE

PROCEDIMENTOS	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de 1ª Consulta Odontológica												
Total de Procedimentos Clínicos												

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	ASSINATURA E CARIMBO DO(A) COORDENADOR(A) DE SAÚDE BUCAL	DATA
--	---	-------------

OBSERVAÇÕES:

Handwritten marks and signatures at the bottom right of the page.



Relatório		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
PMAZ-C		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
RELACIONAMENTO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS PARA AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR					
ATIVIDADES DE PRODUÇÃO					
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada				
	Demanda Imediata				
	Cuidado Continuado				
	Urgência com Observação				
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool				
	Usuário de drogas				
	Saúde Mental				
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática				
	Escovação Dental Supervisionada				
	Tratamento Concluído				
	Urgência				
	Atendimento a gestantes				
	Instalações de próteses dentárias				
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal				
MARCADOR DE SAÚDE BUCAL					
Diagnóstico de alteração na mucosa					



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RELATÓRIO MENSAL DO ATENDIMENTO AO
ADOLESCENTE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



MUNICÍPIO: _____ CRES: _____

REF. ao MES: _____ Data da Informação: _____

Atendimento Motivo da Consulta	10 - 14 anos		15 - 19 anos		Cons. Médica	Cons. Enferm	Cons Outros Profiss	Total
	Masc	Fem	Masc	Fem				
Acompanhamento do Crescimento								
Planejamento Familiar								
Imunização								
Pré - Natal								
EST								
Queixas Gineco								
Queixas Clínicas								
Dentista								
Nutrição								
Transt. Emocionais								
Oficinas Educativas								
TOTAL								

MOVIMENTAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

MÉTODOS	10 - 14 anos		15 - 19 anos		TOTAL	ESTOQUE ATUAL
	MASC	FEM	MASC	FEM		
PRESERV. MASC.						
ANTICONC. ORAL						
ANTICONC. INJETAVEL						

Ass. Coordenador PSF

E-mail

Fone/ Fax

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema, CEP: 60.060-440 Fone/Fax 85 3101-5282

E-mail: adolescente@saude.ce.gov.br

Diagnóstico em Saúde Bucal

Acompanhamento Mensal dos Indicadores de Saúde Bucal



Unidade de Saúde: _____ Mês de Competência: _____

<u>Acompanhamento de 1ª CONSULTA</u>	
Número total de Atendimentos Realizados pelo Dentista	
Número de primeiras Consultas Odontológicas	

<u>Acompanhamento de ESCOLARES</u>	
Número Total de Escolares de 0 a 14 anos	
Número de Escovações Realizadas	
Total de Orientações em Grupo	
Total de Escolares acompanhados em clínica	
Total de Escolares com Tratamento Concluído- TC	

<u>Acompanhamento de IDOSOS</u>	
Número total de Idosos (>60anos)	
Número de Idosos em Tratamento Odontológico	
Número de Exames de Prevenção em Saúde Bucal	

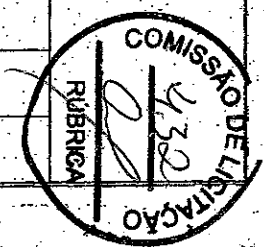
<u>Acompanhamento de GESTANTES</u>	
Número Total de Gestantes da Área	
Número de Gestantes em Tratamento (Pré-Natal Odontológico)	
Número de Gestantes com Tratamento Concluído- TC	

 Cirurgião- Dentista Responsável

[Handwritten signature]

2 cópia

FICHA B - DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE ATENÇÃO BÁSICA - SAUDE DA FAMILIA											ANO						
MUNICIPIO			UNIDADE			AREA			MICROAREA		NOME DO ACS:								
1141210161			1111010121			101011			10111										
ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS																			
Identificação	Sexo	Idade		Mês												Observações			
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome: <i>Umbelina Lima Souza</i> Endereço: <i>Praça do Rosário, 14 - Centro</i>	F	63	faz dieta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
			faz exercícios físicos																
			usa insulina																
			toma hipoglicemiante oral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
			data da última consulta	25	10	2	8	9	2	1	8	10							
Nome: Endereço:			faz dieta																
			faz exercícios físicos																
			usa insulina																
			toma hipoglicemiante oral																
			data da última consulta																
Nome: Endereço:			faz dieta																
			faz exercícios físicos																
			usa insulina																
			toma hipoglicemiante oral																
			data da última consulta																





MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*

CBO:*

Cód. CNES UNIDADE:*

Cód. EQUIPE (INE):*

DATA:*

Nº CARTÃO SUS:

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:*

Sexo: Feminino Masculino

Local de Atendimento:*

CRIANÇAS MENORES**
DE 6 MESES

A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe



CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**

A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços	<input type="radio"/> Amassada	<input type="radio"/> Passada na peneira	<input type="radio"/> Liquidificada	<input type="radio"/> Só o caldo	<input type="radio"/> Não Sabe
<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Carne (bife, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Figado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
<i>Ontem você consumiu:</i>						
Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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

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

TURNO* (M) (T) (N)	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS DO CIDADÃO*	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
-----------------------	---	-----------------------------

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Presente bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou ausente
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou



EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado

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

TURNO* (M) (T) (N)	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS DO CIDADÃO*	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR
-----------------------	---	-----------------------------

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Presente Bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou Ausente
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado

Legenda: Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório



AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO

(Para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL.*	CBO.*	Cód. CNES UNIDADE.*	Cód. EQUIPE (INE).*	TURNO.*	DATA.*
------------------------------------	-------	---------------------	---------------------	---------	--------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

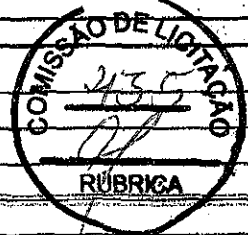
Nº CARTÃO SUS.*: _____ DATA NASC.*: _____ SEXO.* M F

ORIGEM (ASSINALAR)*

UBS Hospital Unidade de Pronto Atendimento Cacon / Unacon Hospital SOS - Urgência / emergência Hospital SOS - demais setores (Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012)) Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlcera/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológico
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não-oncológico
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral



CID (principal): _____ CID (secundário): _____ CID (secundário): _____

CONCLUSÃO *

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) AD 1 AD 2 AD 3 INELEGÍVEL

<input type="radio"/> Admissão na própria EMAD	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra EMAD	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou fam. Impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:** _____

NOME SOCIAL: _____

RAÇA / COR:** Branca Preta Parda Amarela Indígena NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS(PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE:** _____ Desconhecido

NACIONALIDADE:** Brasileiro(a) Naturalizado(a) Estrangeiro(a) MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro):** _____

E-MAIL: _____

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:** _____ NOME DO LOGRADOURO:** _____ Nº:** _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO:** _____

MUNICÍPIO:** _____ UF:** _____ CEP: _____

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: () _____ TELEFONE DE REFERÊNCIA: () _____

CUIDADOR

Não possui Cônjuge / Companheiro(a) Filha(a) / Enteador(a) Pai / Mãe Avô / Avó Neto(a) Irmão(ã) Outro

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuário com os critérios da AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo Obrigatório

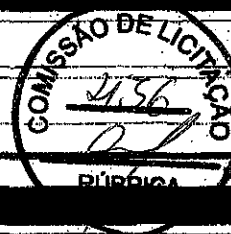
** Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	MES/ANO
EQUIPE	FOLHA



SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	
CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	

Handwritten mark/signature