

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____

RAÇA/COR _____ ETNIA INDÍGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

COD. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDÊNCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____

COMPLEMENTO _____ DDD TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ DDD TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____



DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ MÊS ATENDIMENTO ____/____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO ____/____/____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território

Handwritten mark/signature



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:

Município:
Responsável:
Rotina

Unidade de Saúde/local:

Dia/Mes/Ano:

Campanha

100.000 UI crianças de 6 a 11 meses*			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança só receberá 1 dose de 100.000 UI

Total - 100.000 UI:
Saldo - 100.000UI:

200.000 UI crianças de 12 a 59 meses**											
1ª dose (no ano)				2ª dose (no ano)							
1	2	3	4	1	2	3	4				
5	6	7	8	5	6	7	8				
9	10	11	12	9	10	11	12				
13	14	15	16	13	14	15	16				
17	18	19	20	17	18	19	20				
21	22	23	24	21	22	23	24				
25	26	27	28	25	26	27	28				
29	30	31	32	29	30	31	32				
33	34	35	36	33	34	35	36				
37	38	39	40	37	38	39	40				
41	42	43	44	41	42	43	44				
45	46	47	48	45	46	47	48				
49	50	51	52	49	50	51	52				
53	54	55	56	53	54	55	56				
57	58	59	60	57	58	59	60				
61	62	63	64	61	62	63	64				
65	66	67	68	65	66	67	68				
69	70	71	72	69	70	71	72				
73	74	75	76	73	74	75	76				
77	78	79	80	77	78	79	80				
81	82	83	84	81	82	83	84				
85	86	87	88	85	86	87	88				
89	90	91	92	89	90	91	92				
93	94	95	96	93	94	95	96				
97	98	99	100	97	98	99	100				

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 8 meses)

Total - 200.000 UI: (1ª dose)
Saldo - 200.000UI:

Total - 200.000 UI: (2ª dose)

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo (registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)							
Números de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de tranco
100.000 UI	200.000 UI						

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		Código (CID10) A16.9		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença TUBERCULOSE		Código (IBGE)			
Dados Individuais	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Não gestacional/ Ignorado 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 8- Ignorado
	14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		



Dados Complementares	31 Nº do Prontuário		32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito		
	33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		População Privada de Liberdade População em Situação de Rua		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra		
	37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica		39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado
	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado		
	43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado		45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado
	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados		
	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Tuberculose		Função Sinan NET		Assinatura SVS 02/10/2014

CR

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		Comissão de Licitação 440 RUBRICA	Código (CID10)	3 Data da Notificação	A30.9			
	2 Agravado/doença	HANSENÍASE								
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)							
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data do Diagnóstico						
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento				
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 8 - Ignorado			
Dados de Residência	14 Escolaridade	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 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								
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe								
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito					
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código						
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1						
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP						
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)						
Dados Complementares do Caso										
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação								
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	35 Classificação Operacional	1 - PB 2 - MB	36 Nº de Nervos afetados				
Acompanhamento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado							
	38 Modo de Entrada		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado							
	39 Modo de Detecção do Caso Novo		1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado							
Dados de Tratamento	40 Baciloscopia		1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado							
	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial		1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos						
Med. Control.	43 Número de Contatos Registrados									
	Observações adicionais:									
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde					
	Nome		Função		Assinatura					

B FUNDO MUNICIPAL DE
DE SAÚDE DE CARIRÉ

UF: CE NÚMERO: 85.3 93201 5

NOME: _____
END: _____
DO SAGEMI: _____
DATA: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: CE NÚMERO: 85.3 93201 5

Data: _____
Assinatura do Emitente: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARIRÉ
Rua. Dona Belarmina Rodrigues, s/n - Centro
CNPJ: 11.280.394/0001-33
CEP: 62.184-000 - Cariré - Ce

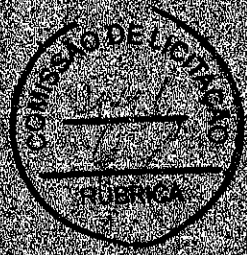
PACIENTE: _____
ENDEREÇO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
ENDEREÇO: _____
IDENT. Nº: _____

ÓRGÃO EMISSOR: _____
J. R. DA SILVA ALVES - FONE: (88) 3613.1377 - CNPJ: 41.438.037/0001-83 - CGF: 06.922.518-4
40 Blocos c/50offs Nº 85-392.001.5 a 85-394.000.5 - Aut. Nº 094/2018 de 05/04/2018

Medicamento ou Substância: _____
Quantidade e Forma Farmacêutica: _____
Dose por Unidade Posológica: _____
Posologia: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR: _____
Nome do Vendedor: _____
Data: _____





Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Mês de Referência:	_____
Município/UF:	_____
Responsável:	_____

1) Crianças de 4 a 24 meses:

Tipo de Suplemento	Quantitativos de entregas				
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					

2) Gestantes a partir da 20ª semana:

Tipo de Suplemento	Quantitativos de entregas				
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					
Comprimidos de sulfato ferroso					
Comprimidos de ácido fólico					

3) Mulheres até o 3º mês pós-parto (e até o 3º mês pós-aborto)

Tipo de suplemento	Quantitativos de entregas		
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso			
Comprimidos de sulfato ferroso			

Tipos de suplementos	Controle de perdas			
	Perdidos por vencimento de validade	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outro motivo
Xarope de sulfato ferroso				
Comprimidos de sulfato ferroso				
Comprimidos de ácido fólico				

Notas:

1. Este formulário servirá como instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades de saúde e/ou PSF do município e enviá-las ao nível estadual e federal.
2. Para a obtenção dos quantitativos de entregas e produtos perdidos, devem-se consolidar todos os registros dos mapas de acompanhamento do fornecimento de suplementos.
3. No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.

Obs.: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participante do PNSF e registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.

Anexo III - Material para Reprodução



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ SEXO: M F 4 - Nº DO PROPRIETÁRIO _____

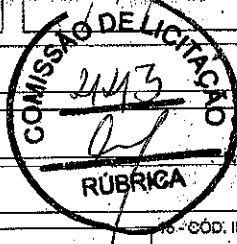
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - RACIA/DOR _____ 8 - ETNIA _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____



PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID-10 PRINCIPAL _____ 38 - CID-10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____

MUNICÍPIO _____ SEGMENTO _____ UNIDADE _____ ÁREA _____ MÊS _____ ANO _____

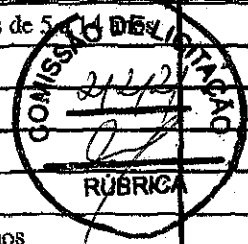
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA A VALIDAÇÃO

ATIVIDADES / PRODUÇÃO

C O N S M É D I C A	Residentes fora da área de abrangência	
		< 1
		1 - 4
		5 - 9
	Residentes na área de abrangência	10 - 14
		15 - 19
		20 - 39
		40 - 49
		50 - 59
		60 e mais
Total		
Total geral de consultas		
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	
	Pré-Natal	
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino	
	DST/AIDS	
	Diabetes	
	Hipertensão Arterial	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico cérvico-vaginal	
	Ultrassonografia obstétrica	
	Outros	
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado	
	Internação Hospitalar	
	Urgência/Emergência	
Internação Domiciliar		
P	Atendimento específico para AT	
R	Visita de Inspeção Sanitária	
O	Atend. individual Enfermeiro	
C	Atend. individual outros prof. nível superior	
E	Curativos	
D	Inalações	
I	Injeções	
M	Retirada de pontos	
E	Terapia da Reidratação Oral	
N	Sutura	
T	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
S	Reuniões	

MARCADORES

Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	



VISITAS DOMICILIARES

Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS / Outros Profissionais	
Total	

[Handwritten signature]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ**

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ**

4 - CNES: _____

Identificação do Cliente

5 - NOME DO CLIENTE: _____

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR: _____

11 - NOME DA MÃE: _____

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____

18 - UF: _____

19 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO


20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: _____

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: _____

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): _____

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

24 - CID 10 PRINCIPAL, 25 - CID 10 SECUND, 26 - CID 10 OUTRAS ASSOC: _____



PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

29 - CLÍNICA: _____

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

40 - Nº DO BILHETE: _____

41 - SÉRIE: _____

42 - CNPJ EMPRESA: _____

43 - CNAE EMPRESA: _____

44 - OSOR: _____

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ

4 - CNES

Identificação do Cliente

5 - NOME DO CLIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL, 25 - CID 10 SECUND, 26 - CID 10 CAUSAS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Aviso de Alta

Nome do Paciente: _____ Pront: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP _____

Clínica: _____ Enf: _____ Leito: _____

Dados Clínicos

Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____ às ____

- Cura
- Melhorado
- Transferência
- Evasão
- A pedido
- Óbito

Assinatura do Médico Responsável

Assinatura do Paciente

Assinatura do Enfermeiro Chefe





TERMO DE RESPONSABILIDADE



O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
dá plena autorização aos médicos do Hospital que o assistirem para fazerem
as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a res-
peitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em de de.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumido inte-
ra responsabilidade por sua decisão.

Em de de.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em de de.....

.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

O abaixo assinado
pessoa responsável pelo doente
reconhece que a esta mesma está em condições de acordo e declara, pela presente, que nenhum médico ou qual-
quer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em de de.....

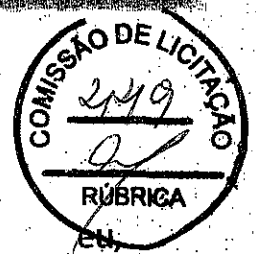
.....
ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:





DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE



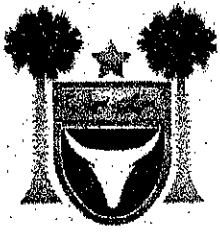
Declaro para os devidos fins que
_____ portador(a) do RG/

CPF _____
acompanhei _____
neste Hospital para Tratamento de saúde, onde fui servido (a) das
Alimentações Padronizadas deste estabelecimento: café da manhã,
almoço, lanches e jantar.

Cariré, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do Responsável

[Handwritten mark]



**PREFEITURA DE
CARIRÉ**
SECRETARIA DA SAÚDE



Nome _____

Nome da Mãe _____

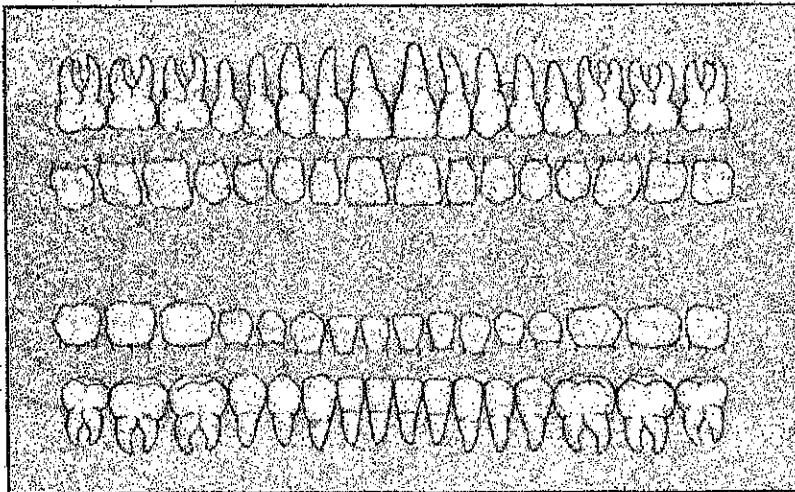
Data de nascimento ____/____/____ Cartão do SUS _____ Nº Prontuário _____

Endereço _____ Telefone _____

Bairro _____ Município _____ Estado _____

ESF/ESB _____ ACS _____

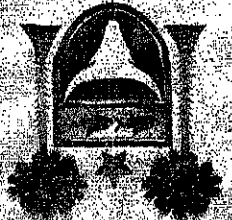
Odontograma



Legenda:

- Dente cariado ○
- Pulpotomia/endodontia (canal tratado) ▲
- Dente restaurado (obturado) ■
- 1º molar erupcionado (dente que já nasceu) †
- Extração indicada X

Handwritten signature



PREFEITURA DE
CARIRE
SECRETARIA DA SAUDE

IDENTIFICAÇÃO



Nome

Nome da Mãe

Data de nascimento

Cartão do SUS

Nº Prontuário

Endereço

Telefone

Barrio

Município

Estado

ESF/ESB

ACS

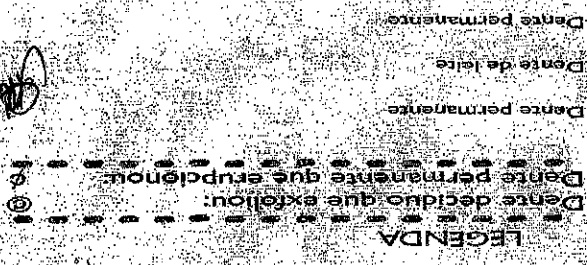
Cadastro de Saúde da Criança

REGISTROS DOS PROCEDIMENTOS DA SAUDE BUCAL

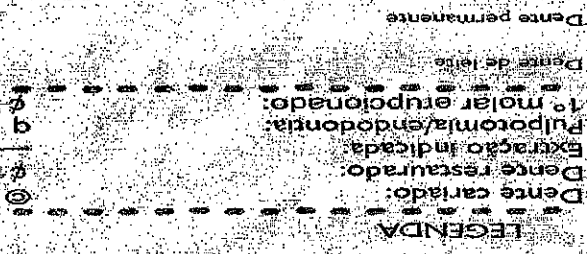
Cronograma de erupção dente decíduo (dente de leite que nasce)



Cronograma de exfoliação dente decíduo (dente de leite que caiu) e erupção (nascimento) dente permanente



Odontograma

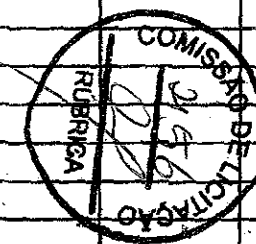


ESCOLA: _____ SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: _____

PROFESSOR (A): _____ CD RESPONSÁVEL: _____

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: _____

FICHA DE NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO CLÍNICA (NAC)							Aplicação Tópica de Flúor em Pacientes de Alto Risco.				
Nº	Nome	Idade	Nº cavit (1)	Nº Exo (2)	Nº Total Dentes (3)	1+2 3	Classif.*	Dados			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



* { A - Alto Risco (Percentual acima de 30%)
B - Baixo Risco (Percentual abaixo de 30%)

PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL

Data: ___ / ___ / ___ UBS _____
CD: _____

Nome: _____
Idade: _____ (anos) Gênero: M() F()
Endereço: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Nº Prontuário _____ RG / CPF: _____

Antecedentes Pessoais: _____
Agravos de Risco: _____

Tabagista: SIM () NÃO () Etilista: SIM () NÃO ()
Prótese: SIM () NÃO () Quanto tempo? _____ (anos)

Profissão: _____
Local da lesão: _____
Tempo de lesão: _____ (anos)

ASPECTO DA LESÃO:
Forma: _____
Cor: _____ Tamanho: _____
Consistência: _____
Linfonodos cervicais palpáveis: SIM () NÃO ()
Local: _____
Obs: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

U. _____ (nome do(a) pesquisado(a)), abaixo assinado, concordo em participar do levantamento diagnóstico desta unidade de saúde, como sujeito da pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) dos procedimentos nela envolvidos, assim como sobre a inexistência de possíveis riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantindo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

_____ de _____ de 2017

Assinatura do(a) pesquisado (a)

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 _____ Raca/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____

Dados Residenciais:
 Logradouro _____

Bairro _____ Complemento _____ UF _____

Código do Município _____ Município _____ Bairro _____

CEP _____ DDD _____ Telefone _____

Ponto de Referência _____

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo



ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame anterior ASCUS/Baixa grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Faz o exame preventivo (Papaiscolou) alguma vez?*

Sim. Quando faz o último exame? _____
 não _____

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 / sangramento*
 _____ / _____ / _____ 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

NOTAS: Este formulário deve ser preenchido pelo médico ou enfermeiro responsável pelo exame. Deve ser preenchido em duas vias: uma para o médico e outra para a mulher, para o arquivo.

Data da coleta* _____ Responsável* _____

Handwritten signature

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CHES 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 no laboratório, especificar:
Outras causas, especificar:

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
Glandular
Metaplástico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
Material celular ou hiperplásico em menos de 10% do esfregaço
Sangue em mais de 75% do esfregaço
Píeetos em mais de 75% do esfregaço
Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
Contaminações externas 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
Bactérias supracitoplasmáticas (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
Outras bactérias
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:

PRESEÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

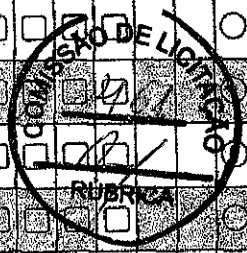
Observações Gerais:

Screening pelo citotécnico: Responsável*

Data do Resultado*

Handwritten signature/initials

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



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, barracharia, 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 LI: campo numérico

* Campo obrigatório

** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

SISPRENATAL N. _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento: _____

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

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

11 Nº 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 Município de residência:

19 UF: _____

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº _____

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zone: 1-urbana/ 2- rural/ 3- perurbana/ 9 ignorado Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):



32 Nome do cartório:

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

34 Livro: _____

35 Folha: _____

36 Fêmio: _____

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

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

46 DUM _____

47 DPP ____/____/____

48 Altura/cm _____

49 Peso/gramas _____

50 Precisa de auxílio deslocamento NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. _____

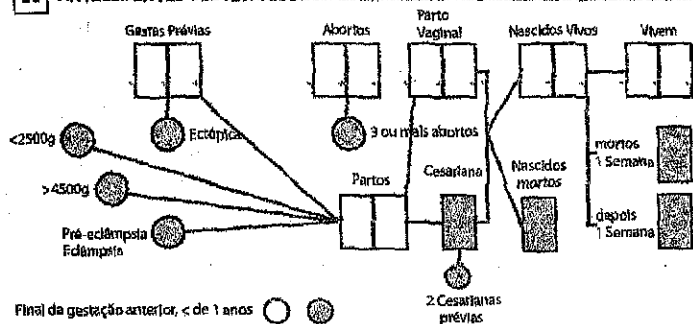
52 Tipo de gravidez:
 Único
 Gêmeos
 Tripla ou mais
 Ignorada

53 Gravidez planejada NÃO SIM

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

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Doença Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros, qual: _____		

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

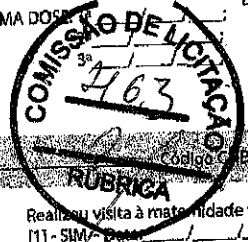
SISPRENATAL:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: _____

RESULCADO CLÍNICO	57 Trabalho de parto prematuro	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Diabetes Gestacional	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Hemorragia 1º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Imunização RH	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Se, sim: Insulina	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Infecção urinária	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> HIV/AIDS	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Cigarros	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Alcool	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Drogas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Violência doméstica	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> Pós-Datismo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> CIUR	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM				

SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica	<input type="checkbox"/> [1] Não vacinada	<input type="checkbox"/> INFORMA DOSE: 1ª _____	59 Hepatite B	<input type="checkbox"/> [1] Sim	<input type="checkbox"/> INFORMA DOSE: 1ª _____	60 INFLUENZA	<input type="checkbox"/> [1] Sim
		<input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos	<input type="checkbox"/> 2ª _____		<input type="checkbox"/> [2] Não	<input type="checkbox"/> 2ª _____		<input type="checkbox"/> [2] Não
		<input type="checkbox"/> [3] Imunizada a mais de 5 anos	<input type="checkbox"/> 3ª _____		<input type="checkbox"/> [9] Ignorado	<input type="checkbox"/> Reforço _____		<input type="checkbox"/> [9] Ignorado
		<input type="checkbox"/> [4] Vacinação incompleta	<input type="checkbox"/> Reforço _____					<input type="checkbox"/> DATA: _____



61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____	62 Realizado Atendimento odontológico: <input type="checkbox"/> [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	63 Participação em atividade educativa: <input type="checkbox"/> [1] - SIM - DATA: _____ [2] - NÃO	64 Realizou visita à maternidade: <input type="checkbox"/> [1] - SIM - DATA: _____ [2] - NÃO
---	--	--	--

TESTES RÁPIDOS	65 Gravidez	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	66 HbS	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	67 HIV	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	68 Dosagem de proteína (PTA) (PAC) (MCA) (PS) (PIV)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____

EX DE ROTINA	69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	70 Hemoglobina HB < 11g/dl	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dl	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	72 VDRL+	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	73 Sorologia +/- Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	IgG Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	IgM Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	79 Ultrassom Obstétrico	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____

EX ADICIONAIS	80 Coombs Indirecto positivo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	82 Parasitologia de Fezes	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____			
	83 TOX alterado	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____			

EX EXAMES ESPECIAIS	84 Contagem de Plaquetas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	85 Dosagem de Ácido Úrico	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	86 Dosagem de Ureia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	87 Dosagem de Creatinina	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	88 Dosagem de Proteína Urina 24h	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	89 Eletrocardiograma	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	90 Ultrassom Obstétrico Doppler	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____	91 Outros	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____
	92 Eletrocardiograma	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: _____			

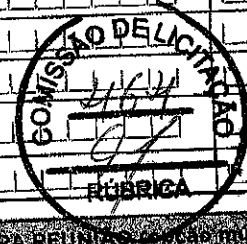
93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: _____

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

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

TURNOS* **M T N** _____
LOCAL DE ATIVIDADE
 Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____
 OUTRA LOCALIDADE: _____
 Nº DE PARTICIPANTES* _____ Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____
 CNS DO PROFISSIONAL _____ CBO*** _____



ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)
01 Reunião de equipe	01 Questões administrativas/funcionárias
02 Reunião com outros profissionais de saúde	02 Processos de trabalho
03 Reunião interprofissional, conselho ou de saúde/comunidade	03 Diagnóstico comunitário/tratamento comunitário
	04 Planejamento/Monitoramento das ações de saúde
	05 Análise de caso/Problema comunitário/Singular
	06 Educação permanente
	07 Outros

ATIVIDADE (opção única)*

04 Educação em saúde
05 Atendimento em grupo
06 Avaliação/Procedimento coletivo
07 Mobilização social

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 atividades 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, toques de flor			
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/alcool/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 de 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/reprodutiva	14 Outros procedimentos coletivos código do SIGTAP			
15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15 Semanas saúde na escola				
16 Profissionais de educação	16 Outros				
17 Outros					

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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
465
RUBRICA

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

CNS DO PROFISSIONAL*

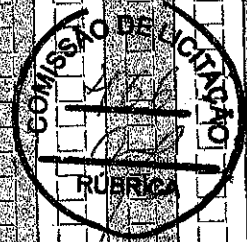
CBO*

CNES*

INE*

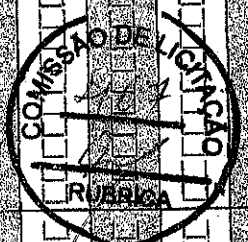
DATA*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	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
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de citopatológico do colo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fundoscopia (exame de fundo de olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste rápido	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de medicamentos	Para sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Procedimentos/Pequenas cirurgias*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Procedimentos/Pequenas cirurgias*
 Outros procedimentos (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	

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/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo obrigatório

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

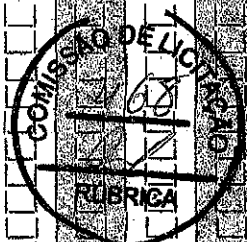
DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

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

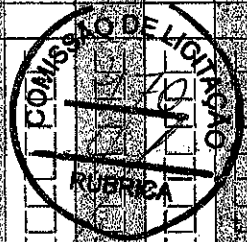
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
TURNO		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N		
Nº PRONTUÁRIO																		
Nº CARTÃO SUS																		
Data de nascimento*		Dia / mês		/		/		/		/		/		/		/		
		Ano																
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Local de atendimento* (ver legenda)																		
Paciente com Necessidades Especiais																		
Gestante																		
Tipo de Atendimento	* Consulta Agendada																	
	Demanda Espontânea																	
	Escuta Inicial / Orientação																	
	Consulta no Dia																	
Tipo de Consulta*	Atendimento de Urgência																	
	Primeira Consulta Odontológica Programática																	
	Consulta de Retorno em Odontologia																	
Vigilância em Saúde Bucal	Consulta de Manutenção em Odontologia																	
	Abscesso dento alveolar																	
	Alteração em tecidos moles																	
	Dor de dente																	
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais																	
	Fluorose dentária moderada ou severa																	
	Traumatismo dento alveolar																	
	Não identificado																	
	Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)																
		Adaptação de Prótese Dentária																
Aplicação de cariotático (por dente)																		
Aplicação de selante (por dente)																		
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)																		
Capejamento pulpar																		
Cimentação de prótese																		
Curativo de dente com ou sem preparo biomecânico																		
Drenagem de abscesso																		
Evidenciação de placa bacteriana																		
Exodontia de dente decíduo																		
Exodontia de dente permanente																		
Instalação de prótese dentária																		
Modelagem dento-gingival p/ construção de prótese dentária																		
Orientação de Higiene Bucal																		



e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Escola Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação Antropométrica	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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante	DUM	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	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	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



21

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problemas / Condição Avaliada*	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Hanseníase	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Dengue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Rastreamento	DST	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Câncer do Colo do Útero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Câncer de Mama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Outros	Risco cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		CIAP2 - 01	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		CIAP2 - 02	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	CID10 - 01	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exames Solicitados(8) e Avaliados (A)	Coletar total	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	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de Hemoglobina	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	
	Exame de escarro	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	
	HDL	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	
	Hemograma	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	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	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	
	Sorologia para Dengue	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	
	Teste indireto de antígeno humana (tia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	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	
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	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	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (S/A)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
<input type="checkbox"/>		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
<input type="checkbox"/>		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
NASF/Bo	Avaliação / Diagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição Terapêutica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condição*	Retorno para consulta agendada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para Grupos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ata do episódio		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Urgência	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento Intersetorial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Modalidade de AD: Destinada e 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 intenso, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outras * Campo Obrigatório



HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ

RUA: BELARMINA RODRIGUES, 221 - CENTRO, CARIRÉ/CE - CEP: 62.184-000

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNS: _____ Registro: _____ Nº Prontuário: _____ COR: _____

Cliente: _____ DN: ____/____/____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

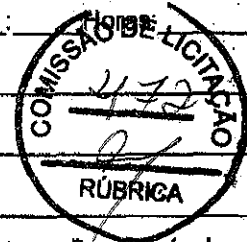
Mãe: _____ Pai: _____

Endereço: _____ Município: _____

Data/Hora do atendimento: ____/____/____ - ____:____

Profissão: _____ Religião: _____

Documento: _____ Telefone () _____



Sinais Vitais:

Assinatura do Cliente ou Responsável

PA mmHg FR mm FC bpm Temp. °C PESO Kg

Leve Moderado Intensa GC Mg/dl SPO2 %

Queixa Principal: _____

HDA: _____

EXAME FÍSICO: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

CID.:

Assinatura do Cliente ou Responsável



Puericultura

ESF

Nome:	DN:	Pano: Normal	Cesária
Mãe:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACS:	RN: T <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	IG:	
Enfermeiro (a):	B: <input type="checkbox"/>	C: <input type="checkbox"/>	PC: <input type="checkbox"/> Apgar: <input type="checkbox"/>
Médico (a):	Intercorrências: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Endereço:	Alta com _____ dias		

Condições sócio - econômicas

Hábitos:	Piso:	Fogão:	Renda Familiar:	Dejetos:
----------	-------	--------	-----------------	----------

Composição Familiar				
<input type="checkbox"/> Tijolo	<input type="checkbox"/> Cerâmica	<input type="checkbox"/> Só gás	<input type="checkbox"/> Menos que 1 SM	<input type="checkbox"/> Esgoto
<input type="checkbox"/> Taipa	<input type="checkbox"/> Cimento Liso	<input type="checkbox"/> Gás e outros	<input type="checkbox"/> De 1 a 3 SM	<input type="checkbox"/> Fossa Séptica
<input type="checkbox"/> Lona/ Plástica	<input type="checkbox"/> Cimento grosso	<input type="checkbox"/> Carvão e/ou lenha	<input type="checkbox"/> De 3 a 7 SM	<input type="checkbox"/> Seumidouro
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Barro ou tijolo		<input type="checkbox"/> Mais de 7 SM	<input type="checkbox"/> Céu aberto

Visita Domiciliar

Enfermeiro(a)	Data: ___/___/___	Idade: _____ dias	Profissional:
---------------	-------------------	-------------------	---------------

Aspecto Geral: () Ativo () Hidratado () ictérica
Sinais de perigo () Cianose () Irritabilidade () Prostração () Dificuldade de mamãe () dispneia (FR:) () Febre () Convulsões
Coto Umbilical () Normal () Hiperemia () Secreção () Odor fétido
Evacuou () Sim () Não **Urinou** () Sim () Não

Aleitamento materno exclusivo: _____

Consulta 01 – (1º mês) (Médico)



Data: ___/___/___	Idade ___ dias	Profissional:
-------------------	----------------	---------------

Queixa da mãe: _____

Ex. Físico: Peso: Comp: PC: FR:

Ativa
 hidratada
 corada
 esforço respiratório
 lesões de pele

DNPM:
 fixa o olhar no rosto da mãe ou cuidador
 reage ao som
 produz sons guturais
 Mantém mãos fechadas
 postura em flexão de membros

Avaliação de amamentação: _____

Fatores de risco: _____

Diagnóstico	Condutas
1 - Ganho de peso _____ g/dia 2 - Crescimento _____ cm/mês 3 - Alimentação <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada 4 - DNPM: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> atrasado 5 - Vacinas <input type="checkbox"/> em dia <input type="checkbox"/> atrasada 6 - _____ 7 - _____	OBS: Estimular aleitamento materno exclusivo. Prevenção de acidentes.



Consulta 02 – (2º mês) (Enfermeiro)

Data: ___/___/___	Idade: _____ dias	Profissional:
-------------------	-------------------	---------------

Queixa da mãe:

Ex. Físico: Peso: Comp: PC: FR:

Ativa Hidratada Corada esforço respiratório lesões de pele

DNPM: Sorriso Social acompanha com olhar responde a barulhos

Alimentação: _____

Fatores de risco: _____

Diagnóstico

Condutas

- 1- Ganho de peso _____ g/dia
- 2- Crescimento _____ com/mês
- 3- Alimentação Adequada Inadequada
- 4- DNPM: Normal Atrasado
- 5- Vacinas Em dia Atrasada

Obs.: Estimular aleitamento materno exclusivo.
Prevenção de acidentes. Orientar métodos anticoncepcionais.



Consulta 03 (3º Mês) (Médico)

Data ___/___/___ Idade ___ dias Profissional: _____

Queixa da mãe: _____

Ex: Físico: Peso: Comp: PC: FR:
 Ativa Hidratada Corada Esforço respiratório Lesões de pele

DNPM: Consegue segurar relativamente bem a cabeça Produz ruídos e vocaliza quando está feliz
por segundos quando esta sentado.
 Começa a estabelecer rotinas como o sono ou Adora olhar e brincar com as mãos
a hora da amamentação

Alimentação _____

Fatores de risco _____

DIAGNÓSTICO	CONDUTA
1- Ganho de peso _____ percentil de peso 2- Crescimento _____ percentil de comprimento 3- Alimentação <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada 4- DNPM: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrasado 5- Vacinas: <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasada 6- _____ 7- _____	OBS: Prevenção de acidentes. Desencorajar mamadeira e chupeta.

Consulta 04 (4° mês) (Enfermeiro)



Data: ___/___/___ Idade: ___ dias Profissional: _____

QUEIXAS DA MÃE

EXAME FÍSICO		ASPECTO GERAL
Peso: _____	PC: _____	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Lesões de pele
Comp.: _____	FR: _____	<input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Esforço respiratório

DNPM

Emite sons brinca com as mãos Segura a cabeça quando levantada pelos braços

AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

FATORES DE RISCO

DIAGNÓSTICO	CONDUTAS
1- Nutricional : _____ percentil de peso 2- Crescimento: _____ percentil de comprimento 3- Alimentação adequada : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4- DNPM: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrasado 5- Vacinas: <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasadas 6- _____ 7- _____	OBSERVAÇÃO: Estimular aleitamento materno. Prevenção de acidentes. 