

Consulta 05 (5° mês) (Enfermeiro)



Data: ___/___/___

Idade: ___ dias

Profissional:

QUEIXAS DA MÃE

EXAME FÍSICO

Peso: _____

PC: _____

Comp.: _____

FR: _____

ASPECTO GERAL

- Ativo Corado Lesões de pele
 Hidratado Esforço respiratório

DNPM

A capacidade de atenção está a aumentar e já fica a fazer a mesma coisa por mais tempo.

Estranha pessoas que não vê frequentemente

Distingue uma voz calma de uma voz irada

Começa a demonstrar sentimentos de medo quando ouve barulhos altos e inesperados

AVLIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

ATORES DE RISCO

DIAGNÓSTICO

CONDUTAS

Nutricional: _____ percentil de peso

Crescimento _____

- Alimentação adequada: Sim Não

- DNPM: Normal Atrasado

- Vacinas: Em dia Atrasadas

Observação: Estimular aleitamento materno exclusivo.
Prevenção de acidentes.

CSA

Consulta 06 (6° mês) (Médico)



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

<input type="checkbox"/> Senta com apoio <input type="checkbox"/> Vira a cabeça procurando som	<input type="checkbox"/> Procura objeto removido de sua mão <input type="checkbox"/> Levando pelo braço com a ajuda do corpo
---	---

AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

FATORES DE RISCO

DIAGNÓSTICO CONDUTAS

<p>1- Nutricional: _____ percentil de peso</p> <p>2- Crescimento: _____ percentil de comprimento</p> <p>3- Alimentação adequada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4- DNPM: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrasado</p> <p>5- Vacinas: <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasadas</p>	<p>Observação: Estimular aleitamento materno exclusivo. Prevenção de acidentes. Orientar introdução de frutas, legumes, verduras, gema de ovo e carne.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>
--	---

Consulta 07 (9° mês) (Enfermeiro)



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

QUEIXA DA MÃE:

Ex. Físico: Peso: Comp: PC: FR:

- Ativa
 Hidratada
 Corada
 Esforço respiratório
 Lesões de pele

DNPM: Senta sem apoio Se arrasta Reação a estranhos

Alimentação: _____

Fatores de risco: _____

DIAGNOSTICO	CONDUTAS
<p>1- Ganho de peso _____ percentil de peso</p> <p>2- Crescimento _____ percentil de comprimento</p> <p>3- Alimentação <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada</p> <p>4- DNPM: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrasado</p> <p>5- Vacinas <input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Atrasada</p> <p>6- _____</p> <p>7- _____</p>	<p>OBS: Verificar introdução de novos alimentos e estimular papas peneiradas. Orientar que a criança seja estimulada através de som, cores, carinho. Prevenção de acidentes.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 50px;"> </div>



Consulta 08 (12° mês) (Médico)

Data: ___/___/___	Idade: _____ dias	Profissional:
Queixa da mãe:		
Ex. Físico: Peso: Comp: PC: FR:		
<input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Esforço respiratório <input type="checkbox"/> Lesões de pele		
DNPM: <input type="checkbox"/> Pega objetos com os dois dedos (Polegar/Indicador)		
<input type="checkbox"/> Reage a ordens "não", "vem", "tchau". <input type="checkbox"/> Fica em pé com apoio		
Alimentação: _____		
Fatores de risco: _____		
DIAGNÓSTICO		CONDUTAS

[Handwritten mark]

OBS.: Orientar sobre a importância do ambiente familiar no desenvolvimento da criança. Alimentação semelhante ao do adulto. Orientar acidentes. Prevenção de acidentes. Desencorajar mamadeira e chupeta durante o dia.



- 1- Ganho de peso _____ percentil de peso
- 2- Crescimento _____ percentil de comprimento
- 3- Alimentação Adequada Inadequada
- 4- DNPM: Normal Atrasado
- 5- Vacinas: Em dia Atrasada

6- _____

7- _____

Consulta 09 (18° mês) (Enfermeiro)

Data: ___/___/___

Idade _____ dias

Profissional:

Queixa da mãe:


Ex: Físico: Peso: Comp: PC: FR:

- Ativa
- Hidratada
- Corada
- Esforço respiratório
- Lesões de pele

DNPM: Anda sozinho Come alimentos sólidos Fala duas ou três palavras

Alimentação: _____

Fatores de risco: _____

DIAGNÓSTICO	CONDUTAS
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: Ficar atento para existência de verminose e anemia. Prevenção de acidentes. Desencorajar mamadeira e chupeta. 

Consulta 10 (24° mês) (Médico)

Data ____/____/____	Idade _____ dias	Profissional:
Queixa da mãe: _____ _____		
Ex: Físico: Peso: Comp: PC: FR: <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Esforço respiratório <input type="checkbox"/> Lesões de pele		

[Handwritten mark]

DNPM: Anda com segurança Sobe escada Corre
 Diz seu próprio nome Leva alimento á boca com a mão



Alimentação: _____

Fatores de risco: _____

DIAGNÓSTICO

CONDUTAS

- 1- Ganho de peso _____ percentil de peso
- 2- Crescimento _____ percentil de comprimento
- 3- Alimentação Adequada Inadequada
- 4- DNPM : Normal Atrasado
- 5- Vacinas Normal Atrasada
- 6- _____
- 7- _____

OBS: Prevenção de acidentes. Desencorajar mamadeira e chupeta.

Handwritten mark or signature

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. Indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG-DUM	IG-USC	Peso fetal	Placenta	Líquido

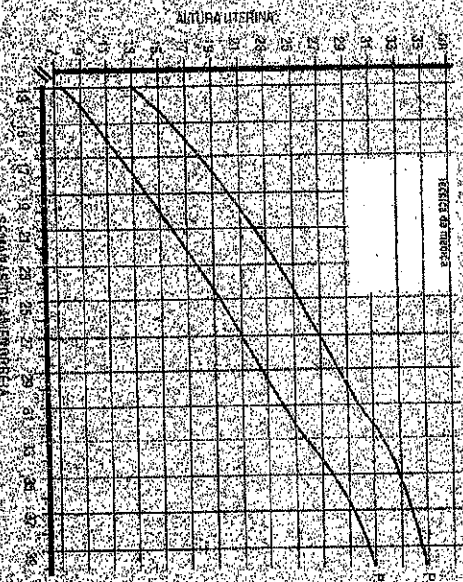


Gráfico de curva altura uterina/tamanho gestacional

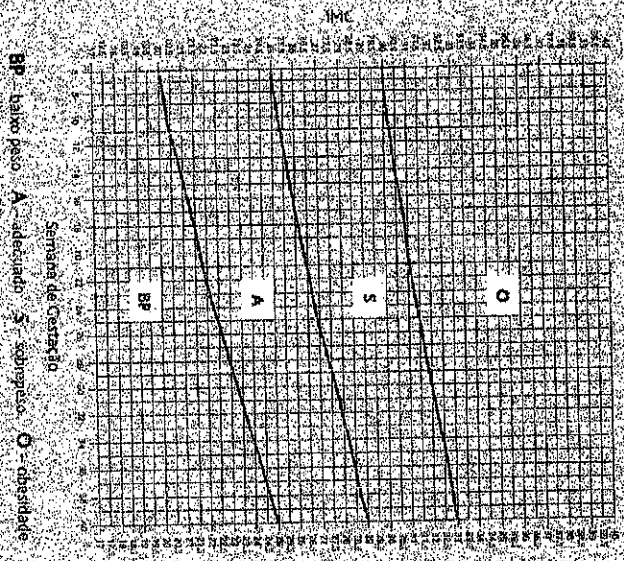


Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

CSP

Cartão da Gestante

Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 Município: _____
 Cadastro no SIS - pré-natal: _____

Agendamento
 Data: _____ Hora: _____ Nome do profissional: _____ Sala: _____

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer os exames com suas fezes um dia em seu lar e este cartão com você e manter o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.



Ministério da Saúde

IDADE ANOS	Nº DE PONTUÁRIO	ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNÃO																
<input type="checkbox"/> MENOR DE 15 ANOS DE 26		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO																
ANTECEDENTES FAMILIARES: <ul style="list-style-type: none"> GENERAIS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART.: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 		OBSTÉTRICOS (Anular o número de) <ul style="list-style-type: none"> ABORTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PARTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CESSAÇÕES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO VAGINAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CESSÁREAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NASC. MORTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MORTEM APÓS 1ª SEMANA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 		COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): <ul style="list-style-type: none"> BRANCA: <input type="checkbox"/> PRETA: <input type="checkbox"/> PARÇA: <input type="checkbox"/> AMARELA: <input type="checkbox"/> INDÍGENA: <input type="checkbox"/> 																	
GRAVEZ ATUAL PESO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> kg ESTATURA: <input type="checkbox"/> cm DIA: <input type="checkbox"/> MÊS: <input type="checkbox"/> ANO: <input type="checkbox"/>		DÍNDIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANTIÉMPREGA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ATUAL: 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª MÊS GESTAÇÃO: <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS: <input type="checkbox"/>																	
EX. CLÍNICO NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. DAS MAMAS NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. ODONTOLÓGICO NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PÉLVIS NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PAPANICOLAI NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COLPOSCÓPIA NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. CLÍNICO GEBAX: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <input type="checkbox"/> DIA: <input type="checkbox"/> MÊS: <input type="checkbox"/> ANO: <input type="checkbox"/>																	
CONSULTAS Nº		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
DATA																					



13 SEMANAS																					
PESO (kg)																					
I.M.C.																					
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) EDEMA (+s 4+)																					
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO																					
BCF / MIN. FETAL																					
ASS. DO PROFISSIONAL																					

PARTO	IDADE GESTACIONAL	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	TIPO TP	MEMBRANAS	DATA RUPÇÃO	<input type="checkbox"/> CER. <input type="checkbox"/> POLV. <input type="checkbox"/> TRAN.		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO <input checked="" type="checkbox"/> GRAVEZ MÚLTIPLA <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input checked="" type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input checked="" type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input checked="" type="checkbox"/> DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> PARASITÓSES <input checked="" type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO <input type="checkbox"/> DESPROR. DEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREVIAT. MEMB. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPÉR. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPÉR. <input type="checkbox"/> OUTRA
	HOSPITAL: <input type="checkbox"/> MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ESP. <input checked="" type="checkbox"/> IND.	<input type="checkbox"/> INT. <input checked="" type="checkbox"/> ROK.	HORA	DIA	MÊS	
<input type="checkbox"/> EXP. <input checked="" type="checkbox"/> FORG.	HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO		<input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> UTMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ATENDIDO POR: <ul style="list-style-type: none"> MÉDIC: <input type="checkbox"/> PARTO: <input type="checkbox"/> NEONATO: <input type="checkbox"/> ENF.: <input type="checkbox"/> PAR. AUX.: <input type="checkbox"/> EMPIS.: <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/> 		MEDIC. NO PARTO: <ul style="list-style-type: none"> ANESTESIA LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL: <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL: <input type="checkbox"/> OCIOC.: <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO: <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE: <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO: <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/> NENHUM: <input type="checkbox"/> 			

RECÉM-NASCIDO				INFORMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO / R	EX. FÍSICO IMEDIATO	PUERPÉRIO IMEDIATO HORAS OU DIAS POS- PARTO OU ABORTO TEMPERATURA PULSO (BAIXAMENTO / MINUCO) PRESSÃO ARTERIAL MÁX. (MÍN. INTENS) BAIXO UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA A
SEXO	VEREL	APAR. MINUTO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MENOR DE 2.500g <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SEM. <input type="checkbox"/> MENOR DE 27 SEMANAS	<input type="checkbox"/> ANED. <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	
ESTATURA	EXAME FÍSICO PRE-ALTA	EXAME NEUROL.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> DUMDOSO	PATOLOGIAS: <ul style="list-style-type: none"> M. HIRÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> S. ASPRINT.: <input type="checkbox"/> OUTROS SOR.: <input type="checkbox"/> APNEIAS: <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA: <input type="checkbox"/> INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> NEUROL.: <input type="checkbox"/> HIPERBILI.: <input type="checkbox"/> A. CONC.: <input type="checkbox"/> OUTRA: <input type="checkbox"/> NENHUMA: <input type="checkbox"/> 				
IN. ALCOOLIC.	ALTA DO RN	IDADE NA ALTA / TRANSPERÊNCIA	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SAO <input checked="" type="checkbox"/> TRANS.	<input type="checkbox"/> C/ PATOL. <input checked="" type="checkbox"/> ÓRTO	<input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> ERAS <input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> PRTO <input checked="" type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.	
				ALTA MATERNA	MORTE MATERNA	ORIENT. / CONTRAÇÃO			
				<input type="checkbox"/> SADA <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input checked="" type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> GRAVEZ <input checked="" type="checkbox"/> PARTO <input checked="" type="checkbox"/> PUERPÉRIO	<input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> ULS. D.ATRO. <input type="checkbox"/> ATMO <input checked="" type="checkbox"/> NENHUM			

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*

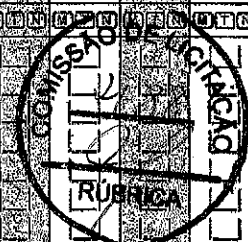
Cód. CNES UNIDADE:*

Cód. EQUIPE (INE):*

CBO:*

DATA:*

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 CARTÃO SUS <i>(Utilize uma coluna para cada citação atendida)</i>																	
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
Local de atendimento* (ver legenda)																	
Modalidade AD (AD1; AD2 ou AD3)* (ver legenda)																	
Tipo Atendimento*	Atendimento programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento não programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condição (as/atividades) (assinale as condições citadas no atendimento)	Acamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação ao uso de órtese/prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos não-oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diálise peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paracentese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CJAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Cofre 06 - Outros 07 - Posto (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto Atendimento 13 - Caçon/Unacon 14 - Urgência/emergência Hospital SOS** 15 - Hospital SOS** - demais setores ** Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1603/2012)

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

* Campo Obrigatório

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibióticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. / acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. Fisioterapêutico paciente c/ transt. Respiratório s/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com 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"/>
	Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação 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"/>
	Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia fonoaudiológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 de traumatismos de localização especif./ não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 em 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"/>	
Visita domiciliar pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	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"/>
	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"/>
Conduta / Motivo de Saída	Alta administrativa da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta Clínica da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento para Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urgência/emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Início de acompanhamento pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Carla

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

Sim Não

FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: * F M

RAÇA/COR: * Branca Preta Parda Amarela Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

Desconhecido

NACIONALIDADE: * Brasileira Naturalizado Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

A DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Cônjuge/Compenheiro(a) Filho(a) Enteadado(a) Neto(a)/Bisneto(a)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

Ocupação

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

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

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da DO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

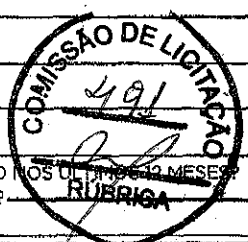
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? SE SIM, POR QUAL CAUSA? <input type="text"/>	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): <input type="text"/>	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? <input type="text"/> 2 - QUAL? <input type="text"/> 3 - QUAL? <input type="text"/>		



CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): <input type="text"/>
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? <input type="text"/>
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	

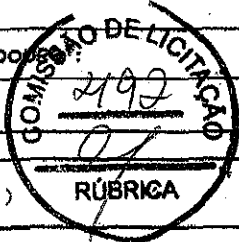
Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*		UF*
CEP*	BAIRRO*			TIPO DE LOGRADOURO*
NÚMERO* <input type="radio"/> SEM NÚMERO		COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA
TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO		RUBRICA	
	TEL. RESIDÊNCIA: ()	TEL. CONTATO: ()		



SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*		LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra		<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Sim Não

QUAL(IS)? Gato Cachorro Pássaro Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

_____ Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

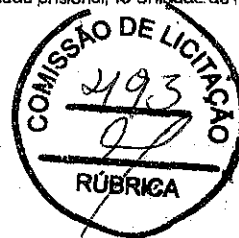
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

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

* Campo obrigatório

campo com obrigatoriedade condicional



1 Tipo de Notificação 2 - Individual **HUMANO**

2 Agravado/doença **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO** Código (CID10) **W 64** **3** Data da Notificação

4 UF **5** Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) **COMISSÃO DE LICITAÇÃO**
Código **2194**
RÚBRICA **7** Data do Atendimento

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 Ignorado

12 Gestante 1 - 1ª Trimestre 2 - 2ª Trimestre 3 - 3ª Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado

13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - 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 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 - Periurbana 9 - Ignorado **30** País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lamedura Mordedura Outro

33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores

34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo **35** Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Diferente

36 Data da Exposição **37** Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição

38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias **39** Nº de Doses Aplicadas

40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra

41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido **42** Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não

43 Tratamento indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição

Vacina

44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar

45 Número do Lote **46** Data do Vencimento

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose

Data da 2ª dose

Data da 3ª dose

Data da 4ª dose

Data da 5ª dose

48 Condição Final do Animal (após período de observação)

1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado

49 Houve Interrupção do Tratamento

1 - Sim 2 - Não

50 Qual o Motivo da Interrupção

1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente

1 - Sim 2 - Não

52 Evento Adverso à Vacina

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Peso do Paciente

Kg.

55 Quantidade de Soro Aplicada

ml

1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)

1 - Sim 2 - Não

Total Parcial

57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico

1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar)

58 Número da Partida

59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Data do Encerramento do Caso

Observações:



Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Atendimento Anti-Rábico Humano

Sinan Net

SVS 27/09/2005

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA** Nº

Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>		Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	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 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- 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-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-E 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			
Dados de Residência	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 clínicos e laboratoriais					
Dados Clínicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital					
Dados Laboratoriais	34 Doenças pré-existentis 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica					
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta	
	38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado					
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta	
	42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado					
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta	
46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado						
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		

Teste rápido

50 Data da Coleta

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

NS1-Rápido

51 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo
4 - Não Realizado

IgM-Rápido

52 Resultado

1 - Positivo 2 - Negativo
4 - Não Realizado

Observação:

Teste rápido negativo (NS1-Rápido e IgM-Rápido) não descartam o caso. Colher nova amostra a partir do 6º dia para realização de ELISA CAPTURA IgM.

Dados Laboratoriais

Hospitalização

53 Ocorreu Hospitalização? 54 Data de internação 55 UF 56 Município do Hospital Código (IBGE)

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Nome do Hospital Código 58 (DDD) Telefone



Condição

Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)

59 O caso é autóctone do município de residência? 60 UF 61 País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

62 Município Código (IBGE) 63 Distrito 64 Bairro

65 Classificação 66 Critério de Confirmação/Descarte 67 Apresentação clínica

5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme
12- Dengue Grave 13- Chikungunya

1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em Investigação

1- Aguda
2- Crônica

68 Evolução do Caso 69 Data do Óbito 70 Data do Encerramento

1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas
4-Óbito em investigação 9-ignorado

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

71 Dengue com sinais de alarme 72 Data de início dos sinais de alarme:

1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Vômitos persistentes Aumento progressivo do hematócrito Hepatomegalia >= 2cm Acúmulo de líquidos

Hipotensão postural e/ou lipotímia Dor abdominal intensa e contínua Letargia ou irritabilidade Sangramento de mucosa/outras hemorragias

Queda abrupta de plaquetas Sangramento grave:

73 Dengue grave 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Extravasamento grave de plasma:

Hematêmese Metrorragia volumosa

Pulso débil ou indetectável Taquicardia Melena Sangramento do SNC

PA convergente <= 20 mmHg Extremidades frias

Tempo de enchimento capilar Hipotensão arterial em fase tardia Comprometimento grave de órgãos:

Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória AST/ALT > 1.000 Miocardite Alteração da consciência

Outros órgãos, especificar:

74 Data de início dos sinais de gravidade:

Informações complementares e observações**Observações Adicionais**

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura



FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:

CBO:

CÓD. CNES UNIDADE*:

CÓD. EQUIPE (INE):

MICROÁREA:

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

LOCAL DE ATENDIMENTO:º

DATA:º

CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS:*

NIS (Nº Identificação Social):

Data de Nascimento:*

Nome completo:*

Nome completo da mãe:*

 Discriminação

Sexo:*

 1. Masculino 2. Feminino

Raça / Cor:*

 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

Povo / Comunidade tradicional:º)

Nacionalidade:

 Brasileira Estrangeira

País de Nascimento:

UF Nascimento:*

Município Nascimento:*

Frequenta ou frequentou escola ou creche? Sim Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

 Creche Pré-escola (exceto CA) Classe de Alfabetização - CA Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Especial Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) Ensino Médio Especial Ensino Médio EJA (Supletivo) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado Alfabetização para Adultos (Mostra, etc) Nenhum Sem informação**PROGRAMAS VINCULADOS** Programa Bolsa Família SISVAN PSE**CADASTRO DE DOMICÍLIO**

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):

Bairro:

CEP:

DDD:

Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Peso ao nascer (em gramas):

Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Perímetro da cintura (em cm):

Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Perímetro da panturrilha (em cm):

Gestante (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Peso pré-gestacional (em kg):

DUM:º / º / º

Doenças*

 Anemia falciforme Diabetes mellitus Doenças cardiovasculares Hipertensão Arterial Sistêmica Osteoporose Outras doenças Sem doenças

Deficiências e/ou intercorrências*

 Anemia ferropriva DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) Diarreia Infecções intestinais virais IRA (Infecção Respiratória Aguda) Hipovitaminose A Outras deficiências e/ou intercorrências Sem deficiências e/ou intercorrências

Tipo de Acompanhamento*

 Atendimento na Atenção Básica Chama da Nutricional Saúde na Escola

Grupos

 Hipertensos Diabéticos

* Campo Obrigatório.

** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legendas:

Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

(1) Local de atendimento:

1. UBS
2. Unidade Móvel
3. Rua
4. Domicílio
5. Escola/Creche
6. Outros
7. Polo (Academia de Saúde)
8. Instituição / Abrigo
9. Unidade prisional ou congêneres
10. Unidade socioeducativa

(2) Povo / Comunidade tradicional:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Povos quilombolas2. Agroextrativistas3. Caatingueiros4. Caiçaras5. Comunidades de fundo e fecho de pasto6. Comunidades do cerrado7. Extrativistas8. Faxinalenses9. Geraizeiros10. Marisqueiros11. Pantaneiros | <ol style="list-style-type: none">12. Pescadores artesanais13. Pomeranos14. Povos ciganos15. Povos de terreiro16. Quebradeiras de coco-de-babaçu17. Retireiros18. Ribeirinhos19. Seringueiros20. Vazanteiros21. Outros |
|--|---|



SA



FICHA PERINATAL - Ambulatório

Unidade: _____

Nome: _____ Como quer ser chamada: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Idade	anos	Estado civil/união	Casada	Solteira	Gestões anteriores	Abortos	Parto vaginal	Gestões	
	meses		Estável	Outro				Nascidos vivos	Vivem
Instituição		Nenhuma	Fundamental	Média	Superior	Parto		Mortem na semana	
Peso anterior	Gravidez		Risco habitual	Apto risco	Parto		Mortem depois da semana		
Altura cm	Gravidez planejada		SIM	NAO	Parto		Mortem depois da semana		

DUM	Tipo de gravidez	
DPP	Única	
DPP	Gemelar	
DPP	Três ou mais	
DPP	Ignorada	

Hospitalização na gravidez	Grupo	Sensibilizada	Antecedentes clínicos
NAO SIM	Rh +	NAO	Diabetes
Dias	Rh -	SIM	Cardiopatia
Transferido	Antecedentes familiares		Infecção urinária
NAO SIM	Diabetes		Infertilidade
Local	Hipertensão arterial		Dific. anamnest.
Data	Gemelar		
	Outros		

Família de diabetes	Alcool	Doenças digest.	Violência doméstica	HIV/Aids	Sífilis	Toxoplasmose	Infecção urinária	
NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	
Anemia	Incontinência vesic.	Ameaça de parto premat.	Imunização Rh	Oligo/polihidramnio	Ruptura premat. de membrana	CMR	Ras. da fêmur	
NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	NAO SIM	
Gestação atual	Gestação atual		Gestação atual		Gestação atual		Gestação atual	
Hipertensão arterial	Hipertensão arterial		Hipertensão arterial		Hipertensão arterial		Hipertensão arterial	
Pre-eclâmpsia/ eclâmpsia	Pre-eclâmpsia/ eclâmpsia		Pre-eclâmpsia/ eclâmpsia		Pre-eclâmpsia/ eclâmpsia		Pre-eclâmpsia/ eclâmpsia	
Cardiopatia	Cardiopatia		Cardiopatia		Cardiopatia		Cardiopatia	
Diabetes gestacional	Diabetes gestacional		Diabetes gestacional		Diabetes gestacional		Diabetes gestacional	
Uso de insulina	Uso de insulina		Uso de insulina		Uso de insulina		Uso de insulina	
Hemorragia 1º trimestre	Hemorragia 1º trimestre		Hemorragia 1º trimestre		Hemorragia 1º trimestre		Hemorragia 1º trimestre	
Hemorragia 2º trimestre	Hemorragia 2º trimestre		Hemorragia 2º trimestre		Hemorragia 2º trimestre		Hemorragia 2º trimestre	
Hemorragia 3º trimestre	Hemorragia 3º trimestre		Hemorragia 3º trimestre		Hemorragia 3º trimestre		Hemorragia 3º trimestre	
Exantema/rash cutâneo	Exantema/rash cutâneo		Exantema/rash cutâneo		Exantema/rash cutâneo		Exantema/rash cutâneo	

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Glicemia de jejum				
Teste Oral Toleran. Glic.				
Sífilis (teste rápido)				
VDRL				
HIV/Anti-HIV (teste rápido)				
Hepatite B-HBsAg				
Toxoplasmose				
Hemog. Hematócrito				
Urina-EAS				
Urina-Cultura				
Coombs Indireto				

Ultrassonografia						
Data	IG-DUM	IG-USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Vacina Influenza

Data: _____

Vacina difte

Data: _____

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose

2ª dose

3ª dose

4ª dose

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose

2ª dose (1 mês após 1ª dose)

3ª dose (6 meses após 1ª dose)

Eletrorforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS

AC

Homozigose SS

SC



Nome	Sexo	RG - DM/ISSG	Função / IMC	Estado	Processo nº / Data / Início	Altura (cm)	Apresentação fetal	BCF / Abv. fetal	Tensão arterial (mmHg)	Exame de urina / Análise	Realizou vista e aferido de S.M. NAC	Data	Participar de atividades rotineiras S.M. NAC	Data	Observação, Diagnóstica e Conduta
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	
Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	Assintoma	

Perio e Nascimento

Reconhecimento

Idade gest. Semanas: Mês / dia / hora / min. Local: Maternidade / Hospital / Casa / Outro. Tipo de parto: Normal / Cesáreo. Estado de saúde do bebê: Bom / Regular / Ruim. Peso (kg): Altura (cm): Temperatura (°C): Sinais vitais: FC (b/m): PA (mmHg): Sat. O₂ (%): Hb (g/dl): Hct (%): HbA_{1c} (%): Glicemia (mg/dl): Urina: Glucose (-/+/++/+++): Leucócitos (normal/aumentado): Hematócrito (normal/aumentado): Hemoglobina (normal/aumentado): Sinais de desidratação: Presente/Ausente. Outros dados: Mãe: Nome, Idade, Estado Civil, Profissão, Escolaridade. Pai: Nome, Idade, Estado Civil, Profissão, Escolaridade. Filho: Nome, Idade, Estado Civil, Profissão, Escolaridade.

Handwritten mark



[Handwritten mark]

Curva de altura uterina / idade gestacional

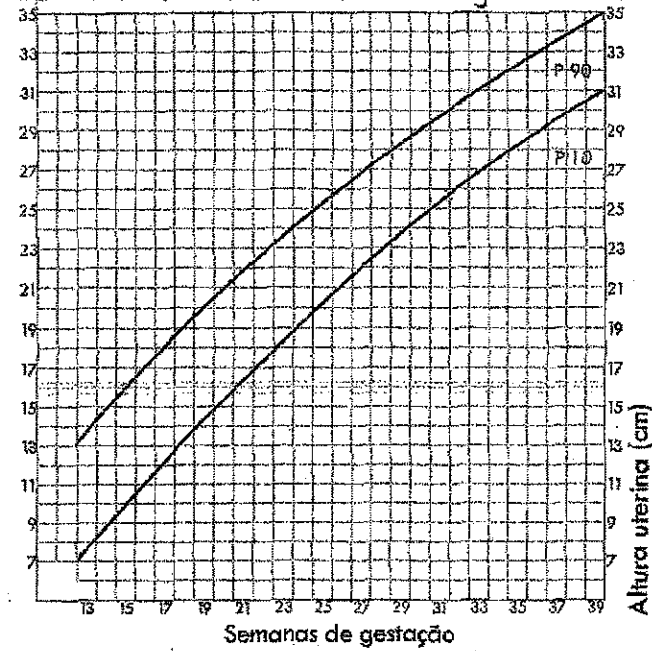
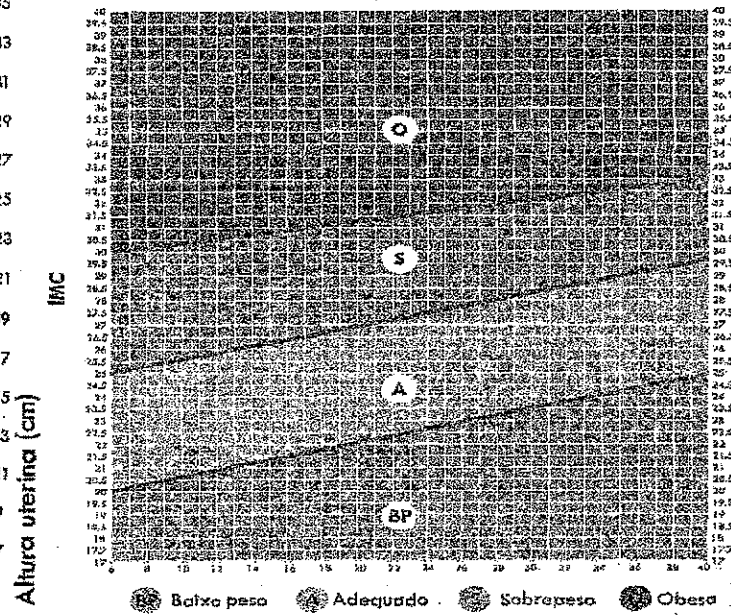
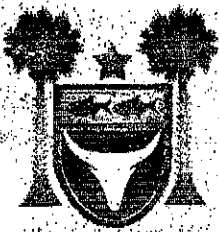


Gráfico de acompanhamento nutricional





FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SAÚDE DA CRIANÇA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ CNS: _____
NOME DA MÃE: _____ DN: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO/DISTRITO: _____
ESCOLARIDADE: _____ DPP: _____ DUM: _____ ACS: _____
EQUIPE: _____ MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
BOLSA FAMÍLIA: () SIM () NÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

() **BAIXO RISCO**

- () Pré-natal sem intercorrências;
- () Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;
- () Peso ao nascer $\geq 2,5$ kg;
- () Apgar ≥ 8 , no 5º min;
- () Sem reconhecimento de patologia específica;
- () Bom suporte familiar;
- () Mãe com mais de 8 anos de estudo;
- () vacinada em dia;
- () RN com triagem neonatal realizada.

() **MÉDIO RISCO** (1 fator biológico ou estilo de vida – obrigatoriamente e 1 dos dois abaixo – pelo menos 1 obrigatoriamente, relacionado ao campo sócio econômico ou fator dependente de oferta de serviços de saúde)

> **FATORES RELACIONADOS AO CAMPO BIOLÓGICO/ESTILO DE VIDA**

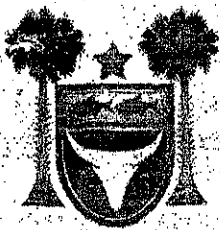
- () Prematuro limítrofe (37 semanas);
- () Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- () Filho de mãe deficiente mental ou transtornos psiquiátricos leve;
- () Morte materna;
- () Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos;
- () História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;
- () Criança manifestamente indesejada;
- () Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

> **FATORES RELACIONADOS AO CAMPO SOCIOECONÔMICO**

- () Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
- () Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e ou solteira;
- () Filho de mãe sem suporte familiar;
- () Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
- () Chefe de família sem fonte de renda;
- () Filhos de mãe de etnia indígena.

> **FATORES RELACIONADOS À OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

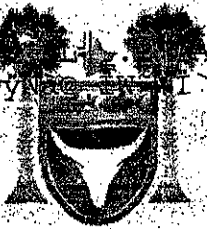
- () Vacina atrasada;
- () RN sem triagem neonatal.



**PREFEITURA DE
CARIRÉ**
SECRETARIA DA SAÚDE



- ALTO RISCO (1 fator biológico obrigatoriamente)**
- Prematuridade (abaixo de 37 s);
- Má formação congênita;
- Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar – ASFIXIA GRAVE: Apgar <7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia) dentre outros;
- Filho de mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;
- RN com triagem neonatal positiva;
- RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas; malformações múltiplas;
- Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Desnutrição e obesidade grave;
- Criança portadora de alergias alimentares;
- Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
- RN com triagem neonatal positiva;
- Mãe com transtornos psiquiátricos (moderado a severo); Ex: esquizofrenia, psicose, depressão;
- Mãe portadora de deficiência ou com restrição que impossibilite o cuidado da criança;
- Criança menores de 6 meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas;
- Filho de mães analfabetas.



FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ CNS: _____
 ENDEREÇO: _____ BAIRRO/DISTRITO: _____
 ESCOLARIDADE: _____ DPP: _____ DUM: _____ ACS: _____
 EQUIPE: _____ MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

() BAIXO RISCO (todos os 04 itens precisam ser assinalados)

1. Idade entre 15 e 34 anos. ()
2. Gravidez planejada ou desejada. ()
3. Intervalo interpartal maior que um ano. ()
4. Ausência de intercorrência clínicas e/ou obstétrica na gravidez anterior e/ou atual. ()

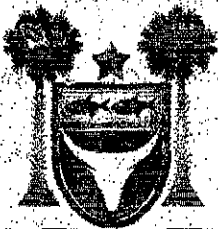
() RISCO INTERMEDIÁRIO (pelo menos um item precisam ser assinalado)

1. Idade entre 15 e maior 34 anos. ()
2. Ocupação: exposição a agentes físicos, químicos, biológicos nocivos, estresse. ()
3. Uso de drogas. ()
4. Desnutrição fetal. ()
5. Cirurgia uterina anterior menor que um ano. ()
6. Intervalo interpartal menor que um ano. ()
7. Infecção urinária (podendo ser conduzido na atenção primária). ()
8. Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário. ()
9. Situação conjugal insegura. ()
10. Baixa escolaridade (< 4 anos). ()
11. Tabagista. ()
12. Altura menor que 1,45m. ()
13. Nuliparidade e multiparidade. ()
14. Gravidez não planejada ou indesejada. ()

() GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (pelo menos um item precisam ser assinalado)

História reprodutiva anterior:

1. Morte perinatal explicada e inexplicada. ()
2. Abortamento habitual. ()
3. Esterilidade/infertilidade. ()
4. Síndrome hemorrágica ou hipertensiva com mau resultado obstétrico e perinatal. ()
5. Prematuridade. ()
6. Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. ()



Na gravidez atual:

1. Malformação fetal ()
2. Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico ()
3. Gestação múltipla ()
4. Ganho ponderal inadequado ()
5. Diabetes gestacional ()
6. Hemorragia da gestação ()
7. Cardiopatias (reunáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) ()
8. Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC) ()
9. Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição) ()
10. Endocrinopatias (diabetes, hipotireoidismo) ()
11. Hemopatias ()
12. Epilepsia ()
13. Doença infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV) ()
14. Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide etc.) ()
15. Ginecopatias (malformação uterinas, miomas intramurais com diâmetro >4 cm ou múltiplos miomas submucosos, útero bicorno) ()
16. Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez ()
17. Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal ()
18. Isoimunização ()
19. Hipertensão arterial ()
20. Infecção urinária de repetição ()
21. Doenças neurológicas ()
22. Doença psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicose, depressão grave) ()
23. Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar ()

Gestante entra nos critérios de gestão de caso? () Sim () Não

1. Adolescente de 10 a 19 anos? ()
- Escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo? ()



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

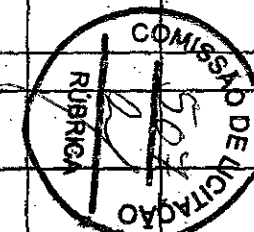


PRODUÇÃO MENSAL DO CAPS
(atendimento de paciente sem emissão de APAC)

CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CNES: 3640132 - MÊS _____ / _____

Obs.: Se forem realizados outros procedimentos não identificados na tabela acima; favor incluir.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	Produção por Categoria Profissional									Total
	Clinico Geral	Psiquiatra	Psicólogo	T. Ocupac.	Assistente Social	Enfermeiro	Téc. Enfermagem	Pedagogo	Fisioterapeuta	
	225125	225133	251510	223905	251605	223505	322205	239415	223605	
0101010028 - Atividades educativa/orientação em grupo na atenção especializada										
0101010036 - Práticas corporal/atividade física em grupo										
0301010048 - Consulta de prof. nível superior na at. especializada										
0301100020 - Administrações de medicamentos em atenção básica por paciente										
0301100039 - Aferições de pressão arterial										
0301080143 - atendimentos em oficina terapêutica I - saúde mental										
030108001-1 Abordagem cognitiva comportamental do fumante										
030108016-0 Atendimento em psicoterapia de grupo										
030108017-8 Atendimento individual em psicoterapia										
030108003-8 Acompanhamento de paciente em saúde mental										



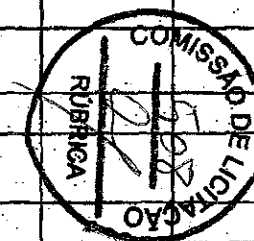
Copy



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRÉ
SECRETARIA DE SAÚDE



030108023-2 Acolhimento inicial por centro de atenção psíco																				
030108024-0 Atendimento domiciliar para paciente de centro de atenção psicossocial e/ou familiares																				
030108025-9 Ações de articulação de redes intra e intersetoriais																				
030108026-7 Fortalecimento do protagonismo de usuário de centro de atenção psicossociais e seus familiares																				
030108028-3 Prática expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial																				
030108021-6 Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial																				
030108022-4 Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial																				
030108019-4 Acolhimento diurno em paciente em centro de atenção psicossocial																				
030108020-8 Atendimento individual em paciente em centro de atenção psicossocial																				
030108029-1 Atenção as situações de crise																				
030108030-5 Matriciamento de equipes da atenção básica																				
030108031-3 Ações de redução de danos																				
030108032-1 Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial																				
030108033-0 Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial																				



C. S.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRÉ
SECRETARIA DE SAÚDE



030108034-8 Ações de reabilitação psicossocial										
030108035-6 Promoção de contratualidade no território										
030108039-9 Matriciamento de equipe dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental										
Total de Atendimento/mês										

Assinatura Profissional Responsável

Assinatura Coord. do CAPS

