



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA  
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



### ATESTADO MÉDICO

NOME: \_\_\_\_\_

( ) Atesto que o paciente acima esteve neste serviço de saúde, nesta data  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

( ) Atesto que o paciente acima necessita de afastar-se de suas atividades  
profissionais, escolares ou habituais por \_\_\_ dias a partir de  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

( ) Licença maternidade a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, encontrando-se na  
\_\_\_ semana de gestação.

CID 10 (Opcional): \_\_\_\_\_

Jeceaba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional de Saúde e Carimbo

**ATENDIMENTO**

NOME:

DATA:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL:







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
JECEABA / MG

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
FICHA DE ANAMNESE - ATENDIMENTO NUTRICIONAL - DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DADOS PESSOAIS			
NOME:		REGISTRO:	
DN: ___/___/___	IDADE:	TELEFONE:	
ENDEREÇO:			
OCUPAÇÃO:		MORADIA:	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
PESO USUAL:	PESO ATUAL:	ALTURA:	IMC:
ALTURA DO JOELHO:		FAIXA DE PESO SAUDÁVEL:	
CB:	C:	Q:	R/Q:
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:			
EXAMES			
HISTÓRIA CLÍNICA			
HP:		HMA:	
MEDICAMENTOS EM USO:			
DOENÇAS NA FAMÍLIA:		ALTERAÇÕES NO TGI:	
FUNÇÃO INTESTINAL:		MASTIGAÇÃO:	TABAGISMO:
APETITE:		ATIVIDADE FÍSICA:	
HISTÓRIA ALIMENTAR			
INTOLERÂNCIA / ALERGIA ALIMENTAR:		PREPARO DE REFEIÇÕES / GORDURA DE COCÇÃO:	
HORÁRIOS	ALIMENTOS CONSUMIDOS		
DESJEJUM			
COLAÇÃO			
ALMOÇO			
LANCHE			
JANTAR			
CEIA:			
ÁGUA:	LEITE:	VEGETAIS:	FRUTAS:
FRITURAS:	CARNES:	QUEIJO:	OVOS:
AÇÚCAR/ADOÇANTE:		ÁLCOOL:	BEBIDAS:
OBSERVAÇÕES:			
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL:			

Os blocos com 100 folhas

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA



## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: \_\_\_\_\_

Nasc.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

Sinais e Sintomas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provável: \_\_\_\_\_

Medicação Prescrita: \_\_\_\_\_

Exames Complementares Solicitados: \_\_\_\_\_

Encaminhado a: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do médico (Carimbo - Nome - N° CRM)

10 blocos e/100 folhas

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA

## FICHA CLÍNICA DA MULHER



DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### Anamnese:

Q.P.: \_\_\_\_\_

HMA: \_\_\_\_\_

H.P.: \_\_\_\_\_

H. Fam: \_\_\_\_\_

HGO: \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Geral: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

O.G.E.: \_\_\_\_\_

Especular: \_\_\_\_\_

Toque:Útero \_\_\_\_\_

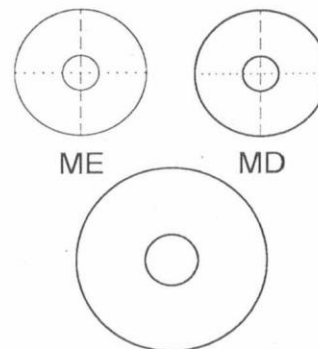
Anexos \_\_\_\_\_

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado dos exames \_\_\_\_\_





**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

UF - MG

03 506401 D

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_

Médico / Carimbo \_\_\_\_\_

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

NÚMERO

506401 D B

UF MG 03

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Identidade Nº \_\_\_\_\_

Órgão Emissor \_\_\_\_\_

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Secretaria Municipal de Saúde  
de Jeceaba**

Rua Antônio Ribeiro de Souza, S/N - Jeceaba - MG

Medicamento ou Substância \_\_\_\_\_

Quantidade e Forma Farmacêutica \_\_\_\_\_

Dose por Unidade Posológica \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

CARIMBO DO FORNECEDOR

Lacir Araújo Maia Junior - Avenida Furtado, 312 - Centro - Conselheiro Lafaiete - MG - CNPJ: 02.449373/0001-70 - Tel.: (31) 3763-5578  
20 Talões Notificação de Receita B - 100X1 - Num. de 03.506401D a 03.506400D - Autorização Emitida pela VISA Nº 3111719 em 25/07/2017 - Impresso em 18/09/2017









SISPRENATAL: \_\_\_\_\_

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

GESTACÃO ATUAL

- 57 Trabalho de parto prematuro  NÃO  SIM
- Isomunização RH  NÃO  SIM
- Infecção urinária  NÃO  SIM
- Oligo/polidrâmnio  NÃO  SIM
- Alcool  NÃO  SIM
- Cardiopatia  NÃO  SIM
- Rotura prematura de membranas  NÃO  SIM
- Incontinência Istmo-Cervical  NÃO  SIM
- HIV/AIDS  NÃO  SIM
- Cigarros  NÃO  SIM
- Drogas  NÃO  SIM
- CIUR  NÃO  SIM

- Diabetes Gestacional  NÃO  SIM
- Se, sim: Insulina  NÃO  SIM
- Pré-Eclâmpsia  NÃO  SIM
- Eclâmpsia  NÃO  SIM
- Violência doméstica  NÃO  SIM

- Hemorragia 1° Trim.  NÃO  SIM
- Hemorragia 2° Trim.  NÃO  SIM
- Hemorragia 3° Trim.  NÃO  SIM
- Hipertensão em uso de medicamento  NÃO  SIM
- Pós-Datismo  NÃO  SIM

SITUAÇÃO VACINAL

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

INFORMA DOSE:

1ª \_\_\_\_\_

2ª \_\_\_\_\_

3ª \_\_\_\_\_

Reforço \_\_\_\_\_

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

INFORMA DOSE:

1ª \_\_\_\_\_

2ª \_\_\_\_\_

3ª \_\_\_\_\_

- 60 INFLUENZA
- [1] Sim
- [2] Não
- [9] Ignorado
- DOSE ÚNICA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- dTPA Coqueluche
- [1] Sim
- [2] Não
- [9] Ignorado
- DOSE ÚNICA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código CNES: \_\_\_\_\_

- 61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: \_\_\_\_\_

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

- 63 Participação em atividade educativa
- [1] - SIM - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- [2] - NÃO

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

TESTES RÁPIDOS

- |             | SOLICITAÇÃO   | RESULTADO                                    | SOLICITAÇÃO  | RESULTADO   |
|-------------|---|--|--|---|
| 65 Gravidez | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____<br>Hora: ____:____:____ | 66 Sífilis   | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>Data: ____/____/____<br>Hora: ____:____:____ |
| 67 HIV      | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____<br>Hora: ____:____:____ | 68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO) | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>Data: ____/____/____<br>Hora: ____:____:____ |

EX. DE ROTINA

- |  | SOLICITAÇÃO   | RESULTADO  | SOLICITAÇÃO               | RESULTADO   |
|--|---|--|---------------------------|---|
| 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<br>Data: ____/____/____<br>Anemia Tratada? ( ) Sim ( ) Não  |
| 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<br>Data: ____/____/____<br>Tratada? ( ) Sim ( ) Não   |
| 73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)           | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____                             | 74 Toxoplasmose           | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>Data: ____/____/____<br>IgG Positivo? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>IgM Positivo? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM |
| 75 Urina, Alteração?                     | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____<br>Tratada? ( ) Sim ( ) Não | 76 Urocultura Positiva?   | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>Data: ____/____/____<br>Tratada? ( ) Sim ( ) Não   |
| 77 Anti-HIV Positivo?                    | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____                             | 78 Outros informar: _____ |   |
| 79 Ultrassom Obstétrico                  | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____                             |                           |   |

EX. ADICIONAIS

- |                             | SOLICITAÇÃO   | RESULTADO            | SOLICITAÇÃO                    | RESULTADO   |
|-----------------------------|---|----------------------|--------------------------------|---|
| 80 Coombs Indireto positivo | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ | 81 Eletroforese de Hemoglobina | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM<br>Data: ____/____/____ |
| 82 Parasitologia de Fezes+  | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ |                                |   |
| 83 TOT alterado             | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ |                                |   |

EX. EXAMES ESPECIAIS

- |                                     | SOLICITAÇÃO   | RESULTADO            | SOLICITAÇÃO               | RESULTADO            |
|-------------------------------------|---|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 84 Contagem de Plaquetas            | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ | 85 Dosagem de Ácido Úrico | Data: ____/____/____ |
| 86 Dosagem de Uréia                 | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ | 87 Dosagem de Creatinina  | Data: ____/____/____ |
| 88 Dosagem de Proteína Urina 24h    | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ | 89 Eletrocardiograma      | Data: ____/____/____ |
| 90 Ultrassom Obstétrico com Doppler | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ | 91 Outros                 | Data: ____/____/____ |
| 92 Cardiocografia                   | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Data: ____/____/____ |                           |                      |

Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- 93 Responsável pela digitação: \_\_\_\_\_



25 blocos e/100

	<h1>CADASTRO INDIVIDUAL</h1>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS DO CIDADÃO: \_\_\_\_\_

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?  Sim  Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_

MICROÁREA\* \_\_\_\_\_  FA

NOME COMPLETO:\* \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR:\*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Etnia:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO:\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO:\*  F  M

Nº NIS (PIS/PASEP) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE:\* \_\_\_\_\_

Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:\* \_\_\_\_\_

Desconhecido

NACIONALIDADE:\*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

RELACÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Cônjuge/Companheiro(a)  Filho(a)  Enteado(a)  Neto(a)/Bisneto(a)

Pai/Mãe  Sogro(a)  Irmão/Irmã  Genro/Nora  Outro parente  Não parente

OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*  Sim  Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

Creche

Pré-escola (exceto CA)

Classe de Alfabetização - CA

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries

Ensino Fundamental Completo

Ensino Fundamental Especial

Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)

Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)

Ensino Médio Especial

Ensino Médio EJA (Supletivo)

Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado

Alfabetização para Adultos (Moblral etc.)

Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador

Assalariado com carteira de trabalho

Assalariado sem carteira de trabalho

Autônomo com previdência social

Autônomo sem previdência social

Aposentado/Pensionista

Desempregado

Não trabalha

Servidor público/militar

Outro

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?  Sim  Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?  Sim  Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?  Sim  Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?  Sim  Não

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

Heterossexual  Bissexual  Outra

Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?  Sim  Não

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

Homem transexual  Travesti

Mulher transexual  Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*  Sim  Não

SE SIM, QUAL(IS)? \_\_\_\_\_

Auditiva  Intelectual/Cognitiva  Outra

Visual  Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território  Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: \_\_\_\_\_

Data do óbito:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número da D.O.: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

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

\_\_\_\_\_

Assinatura



# 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
ESTÁ FUMANTE? <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
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE INFARTO? <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	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <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		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
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? _____	
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	
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	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

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

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

**FA:** Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA - MG

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

UNIDADE:					CÓDIGO	
NOME DO PACIENTE					PRONTUÁRIO	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO	ALTURA	CLÍNICA	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:						
DADOS CLÍNICOS:						
EXAME:						
Jeceaba, _____ de _____ de _____				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		



**AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE  
E ADMISSÃO**  
(para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

5 blocos e/100

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO:* (M) (T) (N)
_____	_____	_____	_____	_____

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS DO CIDADÃO\* \_\_\_\_\_ DATA NASC.:\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO:\*  F  M

**PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)\***

Atenção Básica  Internação hospitalar  Urgência e emergência  CACON/UNACON  Iniciativa do paciente ou terceiros  Outros

**CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)**

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

CID-10 (principal)\* \_\_\_\_\_ CID-10 (secundário) \_\_\_\_\_ CID-10 (secundário) \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO/DESTINO \***

ELEGÍVEL: (ver legenda)  AD 1  AD 2  AD 3  INELEGÍVEL

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

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO**

NOME COMPLETO:\*\* \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR:\*\*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena Etnia:\*\* \_\_\_\_\_ Nº NIS (PIS/Pasep) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE:\*\* \_\_\_\_\_  Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:\*\* \_\_\_\_\_  Desconhecido

NACIONALIDADE:\*\*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_ DATA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA**

CEP:\*\* \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO:\*\* \_\_\_\_\_ UF:\*\* \_\_\_\_\_

BAIRRO:\*\* \_\_\_\_\_ TIPO DE LOGRADOURO:\*\* \_\_\_\_\_ NOME DO LOGRADOURO:\*\* \_\_\_\_\_

NÚMERO:\*\* \_\_\_\_\_  Sem número COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**TELEFONES PARA CONTATO**

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) \_\_\_\_\_ TEL. CONTATO: ( ) \_\_\_\_\_

**CUIDADOR**

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

CNS DO CUIDADOR \_\_\_\_\_

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

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. **AD 1:** usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. **AD 2:** usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. **AD 3:** usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

\* Campo obrigatório

\*\* Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad

\*\*\* Condicionado à resposta anterior



5 blocos e/100

	<b>FICHA COMPLEMENTAR</b> Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

**RESULTADOS DE EXAMES\***

<b>TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Presente bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou ausente
<b>EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
<b>TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou
<b>EXAMES DE IMAGEM</b>	
<b>US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado

	<b>FICHA COMPLEMENTAR</b> Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

**RESULTADOS DE EXAMES\***

<b>TESTE OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Presente Bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou Ausente
<b>EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
<b>TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou
<b>EXAMES DE IMAGEM</b>	
<b>US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)</b>	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado

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







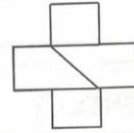
04 DUBOS e / 2000



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**JECEABA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

**Centro de Saúde  
de Jeceaba**

Rua Antônio Ribeiro de Souza, s/nº - Centro  
CEP 35498-000 - Fone: (31) 3735-1355



**SUS** Sistema  
Único  
de Saúde

**FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
História Moléstia Atual: \_\_\_\_\_  
Já tomou ou toma algum medicamento Controlado? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
Algum medicamento já lhe fez mal? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
Que doenças já teve? \_\_\_\_\_  
Já esteve grávida? \_\_\_\_\_ Já foi internado alguma vez? \_\_\_\_\_ Já perdeu peso sem explicação? \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA PREGRESSA**

Alergias? Quais? _____	( ) sim ( ) não	Epilepsia?	( ) sim ( ) não
Cardiopatias?	( ) sim ( ) não	Hemofilia?	( ) sim ( ) não
Diabetes?	( ) sim ( ) não	Hemorragia?	( ) sim ( ) não
Doença Renal?	( ) sim ( ) não	Hepatopatias?	( ) sim ( ) não
Doença Reumática?	( ) sim ( ) não	Hipertensão?	( ) sim ( ) não
DST?	( ) sim ( ) não	Psicopatias?	( ) sim ( ) não
Endocrinopatias?	( ) sim ( ) não	Tuberculose?	( ) sim ( ) não

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Histórico Familiar: \_\_\_\_\_

**EXAME OBJETIVO**

ATM ( ) DOR ( ) RUÍDOS  
Soalho Bucal: \_\_\_\_\_  
Simetria Facial: ( ) Presente ( ) Ausente  
Palato: \_\_\_\_\_  
Respiração: ( ) Nasal ( ) Bucal  
Mucosa jugal: \_\_\_\_\_  
Nódulos Linfáticos: \_\_\_\_\_  
Orofaringe: \_\_\_\_\_  
Lábios: \_\_\_\_\_  
Gengiva: \_\_\_\_\_  
Periodonto: \_\_\_\_\_  
Língua: \_\_\_\_\_  
Higiene Bucal: ( ) Regular ( ) Ótima ( ) Ruim  
Observações: \_\_\_\_\_









MS - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS  
DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO

PCDCh - 01

15 blocos

<b>A 1 - Localidade da Unidade Domiciliar</b>		Nome do Município		Data da Atividade: ____/____/____		
Código do Município		Nome da Localidade		Atividade		
Código da Localidade		Nome da Localidade		<input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Visita ao PIT s/ Notific. <input type="checkbox"/> 4 - Visita ao PIT c/ Notific. <input type="checkbox"/> 5 - At. Notific.		
Nº Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa		Pendência da Borrifação		
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador						
<b>2 - Dados da Pesquisa e Borrifação</b>						
Tipo de Parede						
<input type="checkbox"/> 1 - Alvenaria c/ Reboco <input type="checkbox"/> 2 - Alvenaria s/ Reb. <input type="checkbox"/> 3 - Barro c/ Reboco <input type="checkbox"/> 4 - Barro s/ Reb. <input type="checkbox"/> 5 - Madeira <input type="checkbox"/> 6 - Outros						
Tipo de Teto						
<input type="checkbox"/> 1 - Telha <input type="checkbox"/> 2 - Palha <input type="checkbox"/> 3 - Madeira <input type="checkbox"/> 4 - Metálico <input type="checkbox"/> 5 - Outros						
Situação da Casa						
<input type="checkbox"/> 1 - Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida						
<b>Intradomiciliar</b>			<b>Peridomicílio</b>			
Captura	Vestígios	Local da Captura	Utilização	Captura	Vestígios	Local da Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha	<input checked="" type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante			Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas
Nº do PIT	Nº Notif. P/ PIT	Matric. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde		
Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe				ETIQUETA	



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

2 - CNS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNS

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Contusões  
em  
3 vias*

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 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

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

TURNO: * (M) (T) (N)    PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE				
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES			
_____	_____			
OUTRA LOCALIDADE:				
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS			
_____	_____			

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

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

genda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
ampo obrigatório

Campo obrigatório ao informar lista de participantes

\*Campo com obrigatoriedade condicionada







		Nº																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13												
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	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"/>											
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2																								
		CIAP-2																								
		CID-10																								
CID-10																										
Colesterol total		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Creatinina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
EAS/EQU		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Eletrcardiograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	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	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Espirometria		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Exame de escarro		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Glicemia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
HDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemoglobina glicada		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
LDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia de sífilis (VDRL)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia para dengue		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste indireto de antioglobulina humana (TIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste de gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Urocultura		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/Desfecho*	Retorno para 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 do episódio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Encaminhamento interno 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 p/ serviço de Atenção 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"/>	<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 intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)

**Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo    02 - Predominante

08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa

03 - Complementado    04 - Inexistente    **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa    02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia    04 - Fitoterapia    05 - Ayurveda    06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopata/Convencional, deixar este campo em branco)

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\*Campo obrigatório

**SUS** SISTEMA  
ÚNICO  
DE  
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**JECEABA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria municipal  
de Saúde de Jeceaba

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

01 - MUNICÍPIO DE ORIGEM	02 - DRS	03 - NÚMERO
--------------------------	----------	-------------

PACIENTE	04 - NOME		05 - IDENTIDADE	
	06 - RESIDÊNCIA		07 - TEL.:	08 - CEP.:
	09 - PROFISSÃO		10 - DATA DE NASCIMENTO	
ACOMPANHANTE	11 - NOME		12 - IDENTIDADE	
	13 - RESIDÊNCIA		14 - TEL.:	15 - CEP.:
			16 - RELAÇÃO COM O PACIENTE	

17 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

18 - EXAME FÍSICO

19 - DIAGNÓSTICO

20 - CID

21 - EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) - ANEXAR CÓPIAS

22 - TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)

23 - TRATAMENTO / EXAME INDICADO



24 - JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE

25 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

26 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

27 - TRANSPORTE RECOMENDÁVEL - JUSTIFICAR

28 - OUTRAS ANOTAÇÕES

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico - Assistente

29 - PARECER DO MÉDICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM FACE DOS RECURSOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS DO SUS EXISTENTES

AUTORIZADO

NEGADO

O DESLOCAMENTO DO PACIENTE PELO TPD

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Responsável

30 - O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER À UNIDADE ASSISTENCIAL

EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ HORAS

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

/ /

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
TURNO*		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N		
N° 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	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eletrcardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 de 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de medicamentos	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de peso	<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/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)  
 08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa

\*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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>		
	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		
	Terapia foncaudiológica 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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		
Procedimentos	Outro procedimento (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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Conduta/Desfecho*	Permanência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	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"/>	<input type="checkbox"/>		
	Encaminhamento	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"/>	<input type="checkbox"/>	
Serviço de Urgência e 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"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviço de 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"/>	<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 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Caçon/Unacon

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: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

\*Campo obrigatório

# 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*:	NOME DO LOGRADOURO*:	
NÚMERO*:	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
<input type="radio"/> SEM NÚMERO			

TIPO DE IMÓVEL* ____	TELEFONES PARA CONTATO
	TEL. RESIDÊNCIA: ( ) _____
	TEL. CONTATO: ( ) _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
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?	QUAL(IS)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____/____	<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 isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura

**INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

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

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

**TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura**Legenda:**  Opção de múltipla escolha  Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.**FA:** Fora de Área**Tipo de Imóvel:** 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

\* Campo obrigatório

\*\* Campo com obrigatoriedade condicional



# FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

CNS DO PROFISSIONAL

CBO

CNES

INE

/ /

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

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

Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
Local de Atendimento: 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)  
08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa

\*Campo obrigatório

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

# MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

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

CNS DO CIDADÃO: \_\_\_\_\_

Nome do Cidadão\*: \_\_\_\_\_

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

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

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

\* Campo obrigatório

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**JECEABA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

**01- DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE**

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (CARIMBO / ASSINATURA)	

**02- DADOS DO PACIENTE**

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE		
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICÍPIO		
CEP	UF	Nº DA CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº ÓRGÃO EXPEDIDOR

**03- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID	
CLÍNICA SOLICITANTE	CÓDIGO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO	
MÉDICO SOLICITANTE ( DATA / ASSINATURA / CARIMBO )	CRM	CPF MÉDICO

**04- JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS**

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADO ( ASSINATURA / CARIMBO )	CRM	





**MUNICÍPIO DE JECEABA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

**FICHA DE ANAMNESE - ATENDIMENTO NUTRICIONAL (adultos)**

Data da consulta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Encaminhado por: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: \_\_\_\_\_  
Objetivo do tratamento nutricional: \_\_\_\_\_

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS:** Peso usual: \_\_\_\_\_ Peso objetivo: \_\_\_\_\_

Data	Peso	Altura	IMC	CC	CQ	R C/Q	CB

Peso teórico / mínimo: \_\_\_\_\_ médio: \_\_\_\_\_ máximo: \_\_\_\_\_ Altura<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA SOCIAL:**

Profissão: \_\_\_\_\_ Composição familiar: \_\_\_\_\_  
Local que realiza as refeições: \_\_\_\_\_ Quem prepara as refeições: \_\_\_\_\_  
Realiza Atividade Física? Sim / Não Frequência: \_\_\_\_\_  
Tabagismo (nº de cigarros / período): \_\_\_\_\_ Etilismo: (tipo / frequência / quantidade): \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA PREGRESSA:**

Já fez algum tipo de tratamento nutricional? \_\_\_\_\_  
Já foi submetido(a) à cirurgias? \_\_\_\_\_  
Patologias Pgressas / Tratamento: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

Patologias familiares: \_\_\_\_\_  
TGI ( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Normal / Evacuações: \_\_\_\_\_  
( ) Azia ( ) Náuseas / Vômitos ( ) Gases ( ) Anorexia / Mastigação ( ) lenta ( ) rápida  
Hábito urinário: Bom / Regular / Ruim Cor da Urina: \_\_\_\_\_  
Alergia/Intolerância/Aversão Alimentar: \_\_\_\_\_  
Uso de prótese dentária: Sim / Não (superior / inferior) Digestão: \_\_\_\_\_  
Ingestão de água / dia: \_\_\_\_\_  
Uso de Medicamentos / Suplementos ( ) Sim ( ) Não  
Especificar: \_\_\_\_\_  
Exames Bioquímicos: \_\_\_\_\_

**FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR:**

Gordura e cocção \_\_\_\_\_ Consumo: \_\_\_\_\_ Pessoas: \_\_\_\_\_  
Doces: \_\_\_\_\_ Frituras: \_\_\_\_\_ Pão: \_\_\_\_\_ Biscoito: \_\_\_\_\_ Bolo: \_\_\_\_\_  
Frutas: \_\_\_\_\_ Verduras: \_\_\_\_\_ Legumes: \_\_\_\_\_  
Arroz e Massas: \_\_\_\_\_ Feijão: \_\_\_\_\_ Carnes: \_\_\_\_\_  
Embutidos: \_\_\_\_\_ Queijos: \_\_\_\_\_ Margarina/Manteiga: \_\_\_\_\_  
Sucos: \_\_\_\_\_ Café: \_\_\_\_\_ Açúcar ou adoçante: \_\_\_\_\_  
Ovo: \_\_\_\_\_ Leite: \_\_\_\_\_ Refrigerante: \_\_\_\_\_  
- Preferência Alimentar: \_\_\_\_\_  
- Alimentos que não gosta: \_\_\_\_\_  
- Há algum alimento que costumava consumir e atualmente controla: \_\_\_\_\_

Anamnese Alimentar Quantitativa



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA  
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



### DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Nome: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que o paciente acima compareceu nesta unidade no período da \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sob atendimento médico.

Jeceaba: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional de Saúde e Carimbo



Carbonado



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**JECEABA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
Centro de Saúde de Jeceaba  
Rua Antônio Ribeiro de Souza, s/nº - Fone: (31) 3735-1376



**SUS** Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

Jeceaba: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico - Assinatura - Carimbo - CRM

Centro de Reabilitação  
Fisioterápico

Nome:

Profissional:

01	02	03	04	05
06	07	08	09	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

NOME:

DATA:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL:





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JECEABA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Antônio Ribeiro de Souza, s/n.º - Centro - Telefax: (31) 3735-1350 -  
CEP: 35.498-000 - Jeceaba / MG

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
**FISIOTERAPIA / FONOAUDIOLOGIA /**  
**TERAPIA OCUPACIONAL**

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) M ( ) F                      CNS: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RAÇA COR: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_

END: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

PATOLOGIA: \_\_\_\_\_

CÓD. PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Data	ASSINATURA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

*Ass. e carimbo do profissional*

### **ATENÇÃO:**

1 - O não comparecimento na data e hora marcada, implicará no cancelamento do tratamento.

2 - "O seu melhor dentista é você mesmo!..."

3 - Escove seus dentes corretamente, após o café da manhã, após o almoço, o jantar e antes de dormir.

4 - Use o fio dental ou linha de carretel, ao menos uma vez ao dia.

5 - Não se esqueça de escovar sua língua e gengivas.

6 - Evite o consumo excessivo de açúcar.

**"Sorria! Faz Bem à saúde e você merece."**

### **MUNICÍPIO DE JECEABA**



**SUS SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE**

#### **SETOR DE ODONTOLOGIA**

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_







# PREFEITURA MUNICIPAL DE JECEABA

ESTADO DE MINAS GERAIS

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**SUS** SUS - Sistema Único de Saúde

Estado de Minas Gerais  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ 20 356 739/0001-48  
Praça Dagmar de S. Lobo, s/nº  
CEP: 35498-000 - Jeceaba - MG

Nº

1ª Via - Farmácia  
2ª Via - Paciente

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

11X35



*popel cartão.*  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**JECEABA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
**Secretaria Municipal de Saúde**

Nome: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhamento para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Retorno em: \_\_\_\_\_ dias

\_\_\_\_\_ meses

( ) Reavaliação c/ resultado de exame

( ) Reavaliação s/ resultado de exame

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Carimbo - Data

\_\_\_\_\_  
Rua Antônio Ribeiro de Souza, s/nº - Centro - Jeceaba - MG  
CEP: 35498-000 - Telefax: (31) 3735-1350 / 3735-1376







PREFEITURA MUNICIPAL DE JECEABA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO MUNICIPAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA

REQUERIMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA

PROTOCOLO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alimentos

Produtos

Serviços de Saúde

Outros

Identificação do Requerente: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Responsável Legal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Caso apresente,

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Reg. Conselho: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nestes termos peço deferimento;

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Serviço Municipal de Vigilância Sanitária

**Prefeitura Municipal de Congonhas-MG**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA EM SAÚDE BUCAL**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	CARTÃO SUS:
ENDEREÇO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	TELEFONES:
RISCO ODONTOLÓGICO: ( ) R <sub>0</sub> ( ) R <sub>1</sub> ( ) R <sub>2</sub> ( ) R <sub>3</sub> ( ) R <sub>4</sub> ( ) R <sub>5</sub>	
RISCO FAMILIAR: ( ) SEM RISCO ( ) BAIXO RISCO ( ) MÉDIO RISCO ( ) ALTO RISCO	

REFERÊNCIA	
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	ESF/SAÚDE BUCAL:
PROFISSIONAL REFERENCIADOR:	ASSINATURA/ CARIMBO:
CRO/MG:	
CPF:	
DATA DO ENCAMINHAMENTO:	
ESPECIALIDADE(S) A SER (EM) ENCAMINHADO (A) (S):	
QUEIXA PRINCIPAL/ DIAGNÓSTICO:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:	
OBSERVAÇÕES:	

CEO CONGONHAS CONTRA REFERÊNCIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	CARTÃO SUS:
ENDEREÇO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	TELEFONES:
PROFISSIONAL CONTRA REFERENCIADOR:	ASSINATURA/ CARIMBO:
CRO/MG:	
DATA DA CONTRA REFERÊNCIA:	
CONTRA REFERÊNCIA PARA (ESF/SAÚDE BUCAL):	MUNICÍPIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO:	
PLANO DE CUIDADO PROPOSTO:	
OBSERVAÇÕES:	



UF  CNES da Unidade de Saúde  N° Protocolo  (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município  Município  Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*  Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) paciente\*  Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe\*

CPF\*  Nacionalidade

Data de Nascimento\*  /  /  Idade\*  Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

- Sim, mama direita  
 Sim, mama esquerda  
 Não

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?\*

- Sim  
 Não  
 Não sabe

\* Risco elevado são:

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

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?\*

- Sim  
 Nunca foram examinadas anteriormente  
 Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
- Não  
 Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?\*

- Sim, mama direita
- Sim, mama esquerda
- Não  
 Não sabe

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

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ductectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF  CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde  N° Protocolo   
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município  Prontuário

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*

Nome Completo da Mulher\*

Nome Completo da Mãe\*

CPF  Apellido da Mulher

Data de Nascimento\*  Idade  Nacionalidade

Raça/cor

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Código do Município  Município  Bairro  UF

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 alterado ASCUS/Baixo grau)  
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?\*

Sim. Quando fez o último exame? ano

Não  Não sabe

3. Usa DIU?\*  Sim  Não  Não sabe

4. Está grávida?\*  Sim  Não  Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?\*

Sim  Não  Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?\*

Sim  Não  Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?\*

Sim  Não  Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:\*

/  /   Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?\*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?\*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

## EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo\*  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  
 Não

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

Data da coleta\*  Responsável\*



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório\*

Número do Exame\*

Recebido em:\*

Nome do Laboratório\*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

**AValiação PRÉ-ANALÍTICA**

**AMOSTRA REJEITADA POR:**

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

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:\***

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim       Não

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

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

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL\***

Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artelatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros; especificar \_\_\_\_\_

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

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

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

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

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

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

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:  Cervical
- Endometrial
- Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_

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

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico: \_\_\_\_\_

Responsável\* \_\_\_\_\_

Data do Resultado\* \_\_\_\_\_



# FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº: /

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
		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"/>
		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"/>
		Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
		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"/>
		Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		Condiionalidades 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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
Controle ambiental/vetorial		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
Egresso de Internação		Comvite 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"/>
		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"/>
		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"/>
Antropometria		Peso (kg)																						
		Altura (cm)																						
Destrecho*		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"/>
		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"/>
		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"/>

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

Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 99 para o número da microárea.

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

\*Campo [ ]: campo numérico

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





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JECEABA**  
**FICHA CLÍNICA DE PRÉ NATAL**

Nome: \_\_\_\_\_ DN:    /    /    idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Data:    /    /   

**Anamnese**

- HP: ( ) Hipertensão arterial  
( ) Diabetes  
( ) Varizes  
( ) Trombose  
( ) Outros \_\_\_\_\_

Vacinação anti-tetânica: ( ) <5 anos ( ) >5anos ( ) > 10 anos *DTPa:    /    /*

*Hepatite B: 1<sup>ª</sup>    /    /    2<sup>ª</sup>    /    /    3<sup>ª</sup>    /    /*

- Hfam: ( ) HAS  
( ) Diabetes  
( ) Gemelaridade  
( ) Outros \_\_\_\_\_

HGO: G    P    A    DUM:    /    /   

PN \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ Partos prematuros \_\_\_\_\_

Abortamento espontâneo \_\_\_\_\_ Abortamento provocado \_\_\_\_\_

Intercorrências nas gestações anteriores: \_\_\_\_\_

Término da última gestação:    /    /   

Peso do maior RN.: \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Geral : PA: \_\_\_\_\_ ACV \_\_\_\_\_ AR \_\_\_\_\_

Mamas: ( ) normais - ( ) outro \_\_\_\_\_

Ginecológico: Vulva: ( ) normal ( ) \_\_\_\_\_

Períneo: ( ) normal ( ) rotura grau \_\_\_\_\_ ( ) retocele ( ) cistocele

Vagina: ( ) normal ( ) corrimento sugestivo de \_\_\_\_\_

Colo: ( ) normal ( ) ectrópio ( ) \_\_\_\_\_

Citologia cervical: ( ) realizada ( ) não realizada porque \_\_\_\_\_  
Schinller: ( ) positivo ( ) negativo

*Obs: as mudanças marca  
das com a marca JH  
dentro de um mês e após*





CONTROLE DO EXAME CITOPATOLÓGICO (PAPANICOLAOU) CÉRVICO-VAGINAL

01 NOME DO PACIENTE (completo, não abreviado)

03 FICHA N°

02 ENDEREÇO COMPLETO (Av., rua, n°, complemento, bairro)

04 DATA DE NASCIMENTO

05 IDADE

06

MENARCA \_\_\_\_\_

MENOPAUSA \_\_\_\_\_

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

07 MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

ORAL

CAMISINHA

INJETÁVEL

DIAFRAGMA

DIU

OUTRO \_\_\_\_\_

08 ORIENTAÇÃO SOBRE O AUTO-EXAME DAS MAMAS

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





ficha nova

	<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

<b>ATIVIDADE (opção única)*</b> 01 Reunião de equipe 02 Reunião com outras equipes de saúde 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<b>TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***</b> 01 Questões administrativas/Funcionamento 02 Processos de trabalho 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular 06 Educação Permanente 07 Outros
---	---

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

# ficha nota

Obrigatório somente para antropometria

Nº	CNS DO CIDADÃO ***	DATA DE NASCIMENTO **	SEXO **	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							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"/>

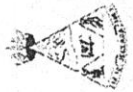
Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório ao informar lista de participantes

\*\*\*Campo com obrigatoriedade condicionada





Secretaria Municipal de Saúde - Jeceaba  
Setor de Tratamento Fora do Domicílio - TFD  
Telefone: (31) - 3735-1376

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

ATENÇÃO: Local da consulta ou exame

Endereço: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Data da Consulta: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

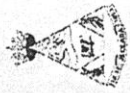
AUTORIZADO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** Caso não vá comparecer, avisar com antecedência. Se não avisar não será remarcado novamente.

**À Clínica:**

Favor devolver esta guia de encaminhamento junto com a nota fiscal.



Secretaria Municipal de Saúde - Jeceaba  
Setor de Tratamento Fora do Domicílio - TFD  
Telefone: (31) - 3735-1376

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

ATENÇÃO: Local da consulta ou exame

Endereço: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Data da Consulta: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

AUTORIZADO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** Caso não vá comparecer, avisar com antecedência. Se não avisar não será remarcado novamente.

**À Clínica:**

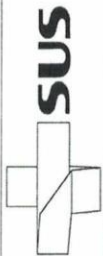
Favor devolver esta guia de encaminhamento junto com a nota fiscal.











MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS  
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I

FOLHA

MÊS/ANO

Dados Operacionais

UF  Código CNES  NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNS DO PROFISSIONAL

CBO

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQ.	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBGE MUNIC. RESIDENCIA	SEXO	DATA DO ATENDIMENTO (dd/mm/aaaa)	CÓDIGO PROCEDIMENTO	QTD	CID-10	CAR. ATEND.	RAÇA COR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

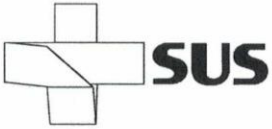
CARIMBO

DATA

/

/

RUBRICA



Sistema  
Único  
de Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS**  
**Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)**

**Dados Operacionais**

CNES do Estabelecimento	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
UF	MÊS	ANO	FOLHA

**ATENDIMENTO REALIZADO**

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<b>TOTAL</b>				

**Formalização**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA / /















Nº 02601

**Prefeitura de Jeceaba**  
**Autorização de Abastecimento**

Diesel     Gasolina     Álcool

Veículo Placa: \_\_\_\_\_ Sec.: \_\_\_\_\_

Motorista: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_

Data da Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Km: \_\_\_\_\_

Autorizado: \_\_\_\_\_ Lts.: \_\_\_\_\_



Nº 02601

**Prefeitura de Jeceaba**  
**Autorização de Abastecimento**

Diesel     Gasolina     Álcool

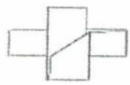
Veículo Placa: \_\_\_\_\_ Sec.: \_\_\_\_\_

Motorista: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_

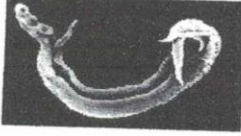
Data da Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Km: \_\_\_\_\_

Autorizado: \_\_\_\_\_ Lts.: \_\_\_\_\_

20: blaca s/100 : tomar



# PCE - PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE



05 Município		06 Nº e Nome da Localidade		01 Controle		02 UF		03 Regional de Saúde		04 Folha	
09 Fase		10 Data Coprocopia		07 Categoria da Localidade		08 Micro área		13 Coprocopia		14 Tratamento	
1-UT, 2-AVR, 3-VIG		1-UT, 2-AVR, 3-VIG		12 Data tratamento		1- Inq. Censitário 2- Inq por amostragem 3- busca passiva		1- Total de população (Coletivo) positivos 2- positivos conviventes			
15 Nº Quarteiro		16 nº casa		20 Nome dos residentes		21 Idade/Data nascimento		22 Sexo		23 Na amostra ou nº cartão SUS	
17 Situação de Casa		18 Nº fantasia		19 Nº de residentes		24 Amostra recolhida?		25 S.m. Nº ovos		26-27 Asc	
								28-29 Tte		30-31 Tt	
								32-33 Hn		34-35 Eh	
								36-37 Ec		38-39 Ib	
								40-41 Em		42-43 Gl	
								44-45 Conv. a tratar		Medic. Helminto	
								46-47 Med. S.m.		48-49 Quantidade	
								50-51 Med. S.m.		52-53 Conv. a tratar	
								54-55 Med. S.m.		56-57 Conv. a tratar	
								58-59 Med. S.m.		60-61 Conv. a tratar	
								62-63 Med. S.m.		64-65 Conv. a tratar	
								66-67 Med. S.m.		68-69 Conv. a tratar	
								70-71 Med. S.m.		72-73 Conv. a tratar	
								74-75 Med. S.m.		76-77 Conv. a tratar	
								78-79 Med. S.m.		80-81 Conv. a tratar	
								82-83 Med. S.m.		84-85 Conv. a tratar	
								86-87 Med. S.m.		88-89 Conv. a tratar	
								90-91 Med. S.m.		92-93 Conv. a tratar	
								94-95 Med. S.m.		96-97 Conv. a tratar	
								98-99 Med. S.m.		100-101 Conv. a tratar	

46 Matrícula/Nome Ag. de saúde (distribuição/coleta recipiente) 47 Matrícula/Nome do técnico do laboratório 48 Matrícula/Nome Ag. Saúde que efetuou o tratamento 49 Matrícula/Nome do supervisor

**Situação de Casa**  
 0-normal, 1-nova, 2-demolida, 3-desabitada, 4-frechada, 5-nova desabitada, 6-nova fechada, 7-Recusa  
**Medicamento**  
 1-Manasil capsula, 2-Manasil Xarope, 3-Prasiquante, 4-Prasiquante Xarope, 5-Albendazol, 6-Mebendazol, 7-Tabendazol

**50 - Legenda**  
 S.m. - Schistosoma mansoni  
 ASC - Acanth lumbricoides  
 TT - Trichuris trichura  
 EV - Enterobius vermicularis  
 51 - Abreviaturas  
 EH - Entamoeba histolytica  
 EC - Entamoeba coli  
 GI - Giardia Lamblia







