

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

[illegible]

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: ☐ Educação ☐ 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)***

01 Reunião de equipe

01 Questões administrativas/Funcionamento

02 Reunião com outras equipes de saúde

02 Processos de trabalho

03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social

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

ATIVIDADE (opção única)*

04 Educação em saúde

05 Atendimento em grupo

06 Avaliação/Procedimento coletivo

07 Mobilização social

PÚBLICO-ALVO

(opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)

TEMAS PARA SAÚDE

(opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)

PRÁTICAS EM SAÚDE

(opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)

01 Comunidade em geral

 01 Ações de combate ao *Aedes aegypti*

02 Criança 0 a 3 anos

02 Agravos negligenciados

03 Criança 4 a 5 anos

03 Alimentação saudável

04 Criança 6 a 11 anos

04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas

05 Adolescente

05 Cidadania e direitos humanos

06 Mulher

06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas

07 Gestante

07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc

08 Homem

08 Plantas medicinais/fitoterapia

09 Familiares

09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz

10 Idoso

10 Saúde ambiental

11 Pessoas com doenças crônicas

11 Saúde bucal

12 Usuário de tabaco

12 Saúde do trabalhador

13 Usuário de álcool

13 Saúde mental

14 Usuário de outras drogas

14 Saúde sexual e reprodutiva

15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental

15 Semana saúde na escola

16 Profissional de educação

16 Outros

17 Outros

01 Antropometria

02 Aplicação tópica de flúor

03 Desenvolvimento da linguagem

04 Escovação dental supervisionada

05 Práticas corporais e atividade física

06 PNCT Sessão 1

07 PNCT Sessão 2

08 PNCT Sessão 3

09 PNCT Sessão 4

10 Saúde auditiva

11 Saúde ocular

12 Verificação da situação vacinal

13 Outras

14 Outro procedimento coletivo

Código do SIGTAP

/

					Obrigatório somente para antropometria			
Nº	CNS DO CIDADÃO*** <div>CNS</div> <div>CPF</div>	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 I					
2		/ /	F M I					
3		/ /	F M I					
4		/ /	F M I					
5		/ /	F M I					
6		/ /	F M I					
7		/ /	F M I					
8		/ /	F M I					
9		/ /	F M I					
10		/ /	F M I					
11		/ /	F M I					
12		/ /	F M I					
13		/ /	F M I					
14		/ /	F M I					
15		/ /	F M I					
16		/ /	F M I					
17		/ /	F M I					
18		/ /	F M I					
19		/ /	F M I					
20		/ /	F M I					
21		/ /	F M I					
22		/ /	F M I					
23		/ /	F M I					
24		/ /	F M I					
25		/ /	F M I					
26		/ /	F M I					
27		/ /	F M I					
28		/ /	F M I					
29		/ /	F M I					
30		/ /	F M I					
31		/ /	F M I					
32		/ /	F M I					
33		/ /	F M I					
34		/ /	F M I					
35		/ /	F M I					

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

Sexo: F - Feminino M - Masculino I - Indeterminado

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA* / /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO*

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

☐ Sim ☐ Não

☐ FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:* / /

SEXO:* (F) (M)

RAÇA/COR:* ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:* ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? **

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica
☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual
☐ Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? **

- ☐ Homem cisgênero ☐ Mulher cisgênero
☐ Homem transgênero ☐ Mulher transgênero
☐ Travesti ☐ Não-Binário ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Visual ☐ Física ☐ Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☐ Não

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 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA?	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
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 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <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		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 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 TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 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 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		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

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

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

☐ Sim

☐ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

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

***Campo obrigatório**

****Campo com obrigatoriedade condicional**



SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

USF: _____

PESAGEM DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

ACS _____ MÊS/ ANO: _____/_____.

[illegible]

SECRETARIA DE
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA - USF _____

SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE VISITAS DOMICILIARES

ACS: _____

MÊS-ANO _____/_____

[illegible]



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

CADASTRO FAMILIAR / USF _____

ACS: _____

AREA: _____

FAMÍLIA: _____

Rua:		Nº	Data Cadastro:
Fone:			Bolsa Família:
Tipo de Imóvel:	Convênio:	Nº Moradores:	Pet:

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

CADASTRO FAMILIAR / USF _____

ACS: _____

AREA: _____

FAMÍLIA: _____

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

Nome:			DN:	CS:
Mãe:		Pai:		
Município:		CPF:	Sus:	
HA	DIA	OUTROS:	Profissão:	Escolaridade:
FUM	DEF			

SECRETARIA DE
SAÚDE[illegible]

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

☐ Visita periódica ☐ Consultas/Exames

☐ Cadastro/Atualização ☐ Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**
Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

☐ Visita periódica ☐ Consultas/Exames

☐ Cadastro/Atualização ☐ Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**
Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

☐ Visita periódica ☐ Consultas/Exames

☐ Cadastro/Atualização ☐ Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**
Estado de São Paulo

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde _____
esteve em sua residência dia ____/____/____ as
_____ horas para:

☐ Visita periódica ☐ Consultas/Exames

☐ Cadastro/Atualização ☐ Outros assuntos

Porém não o encontrou.

Favor retirar guia de _____
No posto de saúde até o dia ____/____/____

USF _____ F: (11) _____



**Prefeitura
de Itupeva**
Estado de São Paulo

ANEXO 2:

CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS

NO SISTEMA DE INFORMATIZAÇÃO DE SAÚDE - PRESCON

O cadastramento de novas pessoas e a vinculação entre parentes e ao Agente ACS, no sistema Prescon, se dá na própria tela de Cadastro Detalhado, na aba principal, Dados Pessoais, em Prontuário Familiar.

A imagem logo abaixo traz a tela de Prontuário, que é acessada através de RECEPÇÃO > Cadastro Detalhado.

Inicie o cadastro pela pessoa que será a Responsável pela família.

Antes de iniciar o cadastro, faça uma busca para verificar se já não existem cadastros para todos da família. Mesmo que a pessoa tenha dito que ainda não tem cadastro, pode ser que não se lembre ou não saiba, mas pode já existir algum cadastro. Isso evitará o problema de duplicação de prontuários.

Dica: a data de nascimento é uma boa forma de localizar prontuários, ou diferenciar pessoas com nomes parecidos.

Preencha os dados do ACS (segmento, área, microárea).

Quanto ao campo "06.Família", vc pode clicar em próximo para obter o número que será gerado para a família.

Dica: Algumas unidades preenchem esse campo com o mesmo número do prontuário (cartão saúde) do responsável. Isso facilita quando já se tem o prontuário do responsável em mãos, a localizar mais facilmente o registro da família.

A partir daí, conforme forem sendo cadastradas as próximas pessoas da família, ao ser preenchido o campo "06.Família" com o mesmo número, essa outra pessoa ficará vinculada àquela família. É através do número desse campo "06.Família" que ocorre a vinculação entre os membros da família.

Selecione corretamente o campo "07.Posição" indicando o grau de parentesco.

Tela do prontuário, com a seção Prontuário Familiar:

PRONTUÁRIO

Prontuário

Busca

IDENTIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO

Cartão Saúde	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
Cartão SUS	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
NIS	<input type="text"/>	CROSS	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	BUSCAR	
Nome Social	<input type="text"/>		
Nascimento	<input type="text"/>		BUSCAR
Mãe	<input type="text"/>	BUSCAR	
E-SUS	<input type="text"/>	BUSCAR	

Dados pessoais (01 a 21)

Documentação (22 a 48)

Endereço (49 a 64)

E-SUS (65 a 105)

Domicílio (106 a 121)

Odontologia

PRONTUÁRIO INDIVIDUAL

01.E.S	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
02.Prontuário	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
Prontuário de exportação e-SUS	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
Profissional	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
C.B.O	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>

PRONTUÁRIO FAMILIAR

<input type="checkbox"/>	Integrante do programa bolsa familia		
E.S.	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
03.Segmento	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
04.Área	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
05.Microárea-ACS	<input type="text"/>	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
06.Família	<input type="text"/>	PRÓXIMO	BUSCAR
07.Posição	NÃO INFORMADO ▾		
Responsável			

08.Cadastro 22/09/2021

DADOS PESSOAIS

09.Naturalidade	SP ▾	ITUPEVA ▾	<input type="button" value="R"/>	<input type="button" value="T"/>
10.Pai	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	
11.Responsável	<input type="text"/>	Cartão SUS	<input type="text"/>	
12.Sexo	<input type="text"/>			

Para lançar os dados de uma visita, acesse CADASTROS > PSF > Visita Domiciliar e realize a busca da pessoa.

RECEPÇÃO

ATENDIMENTO

AGENDA

DISTRIBUIÇÃO DE CC

REGULAÇÃO

EXAMES

IMPORTAÇÃO/EXPORTAÇÃO

TABELAS DATASUS

CADASTROS

Bairro

Cartão Municipal

Estabelecimento de Saúde

Fichas e-SUS x C.B.O.

Instituição de saúde

Logradouro

Maternidade

Painel

Procedimentos Usuais

Profissional

PSF

Segmento

Área / Equipe

Microárea

Cadastro Familiar

Visita Domiciliar e Territorial

Rotina de Trabalho

Tipo de Dente

Tipo de Inativo

Tipo de Parentesco

Turno

Unificação de Paciente

Zona

TRANSPORTE DE PACIENTE

RELATÓRIOS

VACINA

ZOONÓSES

LABORATÓRIO

SMS

TROCAR SENHA

PARÂMETROS

QUADRO DE AVISO

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Busca Prontuário

Busca

FICHA

Data

23/09/2021

Ed

E.S.

R

T

Profissional

R

T

C.B.O.

R

T

Prontuário

E.S.

Campo

Data de Nascim

BUSCAR

BUSCAR FICHA

Ficha

Cartão Saúde

Prontuário

Nome

RG

CPF

Número do CNS

Nome da Mãe

Data de Nascimento

E-SUS

E-SUS (Domicílio)

Visita Domiciliar e Territorial

Segmento

Área / Equipe

Microárea

Cadastro Familiar

Visita Domiciliar e Territorial

Rotina de Trabalho

Tipo de Dente

Tipo de Inativo

Tipo de Parentesco

Turno

Unificação de Paciente

Zona

TRANSPORTE DE PACIENTE

RELATÓRIOS

VACINA

ZOONÓSES

LABORATÓRIO

SMS

TROCAR SENHA

PARÂMETROS

QUADRO DE AVISO

TURNOS

Manhã

Tarde

Latitude

Latitude FIN

Longitude FIN

TIPO DE IMÓVEL

DOMICÍLIO

E-SUS

BUSCAR

Visita compartilhada com outro profissional

☐

MOTIVO DA VISITA

☐ Cadastro/Atualização

☐ Visita Periódica

Busca Ativa

☐ Consulta

☐ Exame

☐ Vacina

☐ Condicionalidades do Bolsa Família

Acompanhamento

☐ Gestante

☐ Puérpera

☐ Recém-nascido

☐ Criança

☐ Pessoa com Desnutrição

☐ Pessoa em reabilitação ou com deficiência

☐ Pessoa com Hipertensão

☐ Pessoa com Diabetes

☐ Pessoa com Asma

☐ Pessoa com DPOC/ENFIZEMA

☐ Pessoa com Câncer

☐ Pessoa com Outras Doenças Crônicas

☐ Pessoa com Hanseníase

☐ Pessoa com Tuberculose

☐ Sintomáticos Respiratórios

☐ Tabagista

☐ Domiciliados/Acamados

☐ Condições de Vulnerabilidade Social

☐ Condicionalidades do Bolsa Família

☐ Saúde Mental

☐ Usuário de Álcool

☐ Usuário de Outras Drogas

Controle ambiental / vetorial

☐ Ação educativa

☐ Ação mecânica

☐ Imóvel com foco

☐ Tratamento focal

☐ Egresso de Internação

☐ Convite Atividades Coletivas/Campanha de Saúde

☐ Orientação/Prevenção

☐ Outros

GRAVAR

LIMPAR

Para localizar um prontuário familiar, vá em CADASTROS > PSF > Visita Domiciliar, e na aba “Busca”, monte a pesquisa da maneira demonstrada abaixo. Selecione Prontuário (Cartão Saúde) com “Igual a” e o número e clique no botão Adicionar. Pode ser adicionado mais de um critério.

Logo abaixo, em “CRITÉRIO DE ORDENAÇÃO”, apenas clique em Adicionar.

E clique no último botão: “Localizar os registros através da expressão de busca”, conforme indicado abaixo.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Busca Prontuário

Busca

OCULTAR EXPRESSÃO DE BUSCA

BUSCAR TODOS OS REGISTROS

SELECIONE UMA EXPRESSÃO DE BUSCA JÁ GRAVADA ANTERIORMENTE

Expressão : -- Selecione --

CRITÉRIO DE FILTRO

E

Prontuário (Cartão Saúde)

Igual a

111111

ADICIONAR

Prontuário (Cartão Saúde) Igual a 111111

REMOVER ÚLTIMO CRITÉRIO

REMOVER TODOS CRITÉRIOS

CRITÉRIO DE ORDENAÇÃO

Identificador

Ascendente

ADICIONAR

Identificador Ascendente

REMOVER ÚLTIMO CRITÉRIO

REMOVER TODOS CRITÉRIOS

GRAVAR EXPRESSÃO DE BUSCA

Título da expressão :

GRAVAR EXPRESSÃO

LOCALIZAR OS REGISTROS ATRAVÉS DA EXPRESSÃO DE BUSCA

Página : 1 de 1 (exibindo registros de 1 a 2)

	FICHA	DATA	E.S	Prontuário	Nascimento	Mãe
VISUALIZAR	111111	11/11/2011	111111	111111	111111	111111
VISUALIZAR	111111	11/11/2011	111111	111111	111111	111111

Página : 1 de 1 (exibindo registros de 1 a 2)

Realizando a busca dessa forma, serão localizadas todas as visitas efetuadas à pessoa indicada na busca. Essa também é uma forma de se ler a Evolução preenchida em cada visita. Clique em VISUALIZAR de cada resultado encontrado para ler os dados referentes a cada visita. Para retornar a tela de resultados e visualizar outra visita, clique na aba “Busca” no topo dessa tela.

Repare na tela acima as opções disponíveis para se marcar em “Acompanhamento”. Lá na busca, é possível montar uma expressão de busca utilizando-se esses indicadores, e é possível adicionar mais de um, para buscar visitas a pacientes que tenham mais de uma dessas condições marcadas. Daí a importância de sempre se marcar esses itens atentamente.

Domiciliados/Acamados é um item importante, por exemplo. Caso queira obter rapidamente pessoas nessas condições em sua área, desde que tenha sido marcado, será possível identificá-las.

Clicando na aba Evolução, é possível verificar os detalhes registrados de cada visita.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial Busca Prontuário Busca

FICHA

Data

E.S. R T

Profissional R T

C.B.O. R T

Prontuário E.S.

Campo BUSCAR BUSCAR FICHA

☒

Ficha BUSCAR

E-SUS BUSCAR

Visita Domiciliar e Territorial **Evolução** Estratificação de Risco Familiar

Evolução

GLOSS. DE FOTOS
EXCLUIR
GRAVAR
LIMPAR

Para ver a relação das famílias que estão com determinado Agente, acesse Cadastro Familiar:

[illegible]

Este é apenas um guia de referência rápido. Aproveite para aprender mais opções e recursos com seus colegas que já utilizam o sistema.

Estão sendo providenciadas novas ferramentas. Tão logo estejam disponíveis, será informado às unidades e aos Agentes.

Bom trabalho a todos!

