

CNS DO PROFISSIONAL*					CBO*					CNES*					INE*					DATA:*					
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
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	
MICROÁREA*																									
TIPO DE IMÓVEL*																									
Nº PRONTUÁRIO																									
CNS ou CPF do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vетorial, usar o CNS do responsável familiar)		CNS	CPF																						
Data de nascimento**		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino (I) Indeterminado		(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)	(F)M(I)		
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização																								
	Visita periódica																								
	Busca ativa	Consulta																							
		Exame																							
		Vacina																							
		Condisionalidades do Bolsa Família																							
	Acompanhamento	Gestante																							
		Puérpera																							
		Recém-nascido																							
		Criança																							
Pessoa com desnutrição																									
Pessoa em reabilitação ou com deficiência																									
Pessoa com hipertensão																									

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 *	Pessoa idosa	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>																						
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>																						
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>																						
	Tabagista	<input type="checkbox"/>																						
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>																						
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>																						
	Condisionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																						
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>																						
	Usuário de álcool	<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"/>																						
	Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>																						
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>																						
	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>																						
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>			
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"/>			
Antropometria	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Sinais vitais	Temperatura (°C)																							
	Pressão arterial (mmHg)																							
Glicemia	Glicemia capilar (mg/dL)																							
	Momento da coleta (ver legenda)																							
Desfecho *	Visita realizada	<input type="radio"/>																						
	Visita recusada	<input type="radio"/>																						
	Ausente	<input type="radio"/>																						

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

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

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, 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 I: campo numérico

Momento da coleta: 0 Jejum, 1 Pós-prandial, 2 Pré-prandial, 3 Não especificado

*Campo obrigatório

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

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

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

TURNO: * <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> 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
ATIVIDADE (opção única)*		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 07	Outros
<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 Aedes aegypti	<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*** CNS _____ CPF _____	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)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	_____	/ /	(F M I)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO*

CNS _____
CPF _____

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

 Sim Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

CNS _____
CPF _____

MICROÁREA*

 FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: * / / SEXO: * F MRAÇA/COR: * Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia: ** N° NIS (PIS/PASEP) _____NOME COMPLETO DA MÃE: * _____ DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI: * _____ DesconhecidoNACIONALIDADE: * 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) 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 1^a a 4^a séries
 Ensino Fundamental 5^a a 8^a séries
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Fundamental Especial
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1^a a 4^a)

Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5^a a 8^a)
 Ensino Médio, Médio 2^o Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Ensino Médio Especial
 Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Alfabetização para Adultos (Mobral 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 OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim NãoÉ MEMBRO DE PVO 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(S)?
 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 NãoNOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? Sim Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

SE ÓBITO, INDIQUE:

Mudança de território Óbito

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

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

Sim Não

ESTÁ FUMANTE?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

FAZ USO DE ÁLCOOL?

Sim Não

Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

Sim Não

ESTÁ COM HANSENÍASE?

Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

Sim Não

TEM DIABETES?

Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

Sim Não

TEVE AVC/DERRAME?

Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE INFARTO?

Sim Não

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

Sim Não

ESTÁ ACAMADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

USA PLANTAS MEDICINAIS?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

Sim Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

Sim Não

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular Doação Restaurante Outras
 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal 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**

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:

MUNICÍPIO*:

UF*:

BAIRRO*:

TIPO DE LOGRADOURO*:

NOME DO LOGRADOURO*:

NÚMERO*:

 SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA*

 FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

 Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*

 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

 Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

 Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a) Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:

Taipa:

Outros:

 Com Revestimento Com Revestimento Madeira Aparelhada Palha Sem Revestimento Sem Revestimento Material Aproveitado Outro MaterialDisponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

 Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pipa Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO

 Coletado Queimado/ Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

 Sim Não

QUAL(S)?

 Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**
CNS _____
CPF _____

DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL

RENDIMENTO FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)

NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA

RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]

MUDOU-SE

		/ /	(1)(2)(3)(4)(5)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	(1)(2)(3)(4)(5)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	(1)(2)(3)(4)(5)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	(1)(2)(3)(4)(5)	_____	_____	<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**



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE SECRETARIA DE
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA

USF: _____

PESAGEM DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

ACS _____ MÊS/ ANO: _____ / _____. _____.



SAÚDE SECRETARIA DE
SAÚDE

SECRETARIA DE
ESTAD

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPEVA - USF



FICHA DE VISITAS DOMICILIARES

ACS: _____

MÊS-ANO _____ / _____

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			



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	_____			

Atividade: _____

Escola: _____ Inep: _____

PARTICIPANTES

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

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"/>	<input type="button" value="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 família	<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	<input type="button" value=""/>	
Responsável	<input type="text"/>		

08.Cadastro

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.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial | Busca Prontuário | Busca

FICHA

Data: 23/09/2021 | E.S.: | Profissional: | C.B.O.: | Prontuário: E.S. | Campo: Data de Nascimento | Buscar | Buscar Ficha

Ficha: | **Cartão Saúde**: | **E-SUS**: | **Buscar**

Visita Domiciliar e Territorial

TURNO: Manhã | Tarde | Latitude: | Latitude FIN: | Longitude FIN: | Visita compartilhada com outro profissional

TIPO DE IMÓVEL: | **DOMICÍLIO**:

MOTIVO DA VISITA

Cadastramento/Atualização | Visita Periódica

Busca Ativa

Consulta | Exame | Vacina | Condicionalidades do Bolsa Família

Acompanhamento

<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/> Domiciliados/Acamados
<input type="checkbox"/> Puérpera	<input type="checkbox"/> Pessoa com DPOC/ENFIZEMA	<input type="checkbox"/> Condições de Vulnerabilidade Social
<input type="checkbox"/> Recém-nascido	<input type="checkbox"/> Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/> Condicionalidades do Bolsa Família
<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Pessoa com Outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> Saúde Mental
<input type="checkbox"/> Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/> Usuário de Álcool
<input type="checkbox"/> Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/> Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/> Usuário de Outras Drogas
<input type="checkbox"/> Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/> Sintomáticos Respiratórios	
<input type="checkbox"/> Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/> Tabagista	

Controle ambiental / vetorial

Ação educativa | Imóvel com foco

Ação mecânica | Tratamento focal

Egresso de Internação | Orientação/Prevenção

Convite Atividades Coletivas/Campanha de Saúde | 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 Prontoário **Busca**

OCULTAR EXPRESSÃO DE BUSCA **BUSCAR TODOS OS REGISTROS**

SELEÇÃO DE BUSCA
Expressão : -- Selecione --

CRITÉRIO DE FILTRO

E Prontoário (Cartão Saúde) Igual a - 77***
ADICIONAR

Prontoário (Cartão Saúde) Igual a - 77***

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	Prontoário	Nascimento	Mãe
VISUALIZAR	000	2010-01-01	00000000000000000000000000000000	77000000000000000000000000000000	1980-01-01	00000000000000000000000000000000
VISUALIZAR	001	2010-01-01	00000000000000000000000000000000	77000000000000000000000000000000	1980-01-01	00000000000000000000000000000000

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

Data: 17/01/2024

E.S: USF PORTAL SANTA FE

Profissional: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

C.B.O: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Prontuário: E.S

Campo: Cartão Saúde

BUSCAR

BUSCAR FICHA

Ficha: 11%

BUSCAR

E-SUS: BUSCAR

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

Evolução

GLOSS. DE FOTOS

EXCLUIR

GRAVAR

LIMPAR

RECEPÇÃO

ATENDIMENTO

AGENDA

DISTRIBUIÇÃO DE CO

REGULAÇÃO

EXAMES

IMPORTAÇÃO/EXPORT

TABELAS DATASUS

CADASTROS

Bairro

Cartão Municipal

Estabelecimento de S

Fichas e-SUS x C.B.O

Instituição de saúde

Logradouro

Maternidade

Painel

Procedimentos Usuai

Profissional

PSF

Segmento

Área / Equipe

Microárea

Cadastro Familiar

Visita Domiciliar e

Visita de Trabalho

Tipo de Dente

Tipo de Inativo

Tipo de Parentesco

Turno

Unificação de Pacient

Zona

TRANSPORTE DE PAC

RELATÓRIOS

VACINA

ZOONOSES

LABORATÓRIO

SMS

TROCAR SENHA

PARÂMETROS

QUADRO DE AVISO

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

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!

