



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE SECRETARIA DE
SAÚDE

Departamento de Planejamento em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

ROTEIRO DE CONSULTA

SAÚDE DA CRIANÇA - PUERICULTURA

Passo a passo para os profissionais
da assistência

Itupeva - SP

2026



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE SECRETARIA DE
SAÚDE

PREFEITO MUNICIPAL

Rogério Cavalin

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Catarina Hass Lopes Di Giovanni

ELABORAÇÃO

Enf. Dra. Paula Fernanda Lopes

Departamento de Planejamento em Saúde



Roteiro consulta pediatria - PEC

S- SUBJETIVO

S Subjetivo ^

B **I** **U** **S** **”** ↶ ↷

Insira as impressões subjetivas do profissional e as expressadas pelo cidadão.

0/4000 caracteres

Inserir a queixa da paciente, por exemplo:

Responsável comparece para consulta de puericultura de rotina. Refere criança com boa aceitação alimentar, sono preservado e sem intercorrências recentes. Aleitamento/alimentação complementar conforme faixa etária. Diurese e evacuações preservadas. Nega febre ou sintomas respiratórios/digestivos

O - OBJETIVO

O Objetivo ^

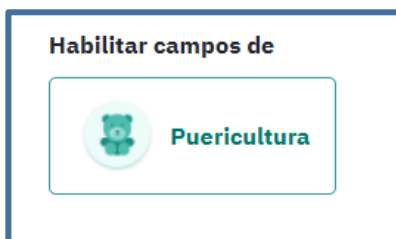
B **I** **U** **S** **”** ↶ ↷

Insira as demais informações relacionadas ao exame físico.

0/4000 caracteres

Inserir o Exame físico, por exemplo:

Criança em BEG, ativa, hidratada, corada. Crescimento compatível com faixa etária. Marcos do desenvolvimento adequados para idade. Exame físico sem alterações relevantes. Caderneta e vacinação avaliadas.



Habilitar o botão apenas se for consulta de puericultura



Pré-natal, parto e nascimento

Tipo de gravidez Tipo de parto Idade gestacional

Apgar

1º minuto 5º minuto 10º minuto

Antropometria ao nascer

Peso (kg) Comprimento (cm) Perímetro cefálico (cm)

Tipo de aleitamento

Exclusivo Predominante Complementado Inexistente

Desenvolvimento da criança

Avaliar alterações fenotípicas Alterações fenotípicas: *Nenhuma alteração fenotípica presente*

Avaliar fatores de risco Fatores de risco: *Nenhum fator de risco presente*

Marcos de desenvolvimento

15 primeiros dias

1º mês

2º mês

3º e 4º meses

Não avaliado Presente Presente com atraso Ausente

Serão apresentadas as opções de avaliação dos marcos de desenvolvimento de acordo com a idade da criança

2º mês

Sorri quando estimulada Ausente Presente

Alcançado com *
Preenchimento obrigatório.

Se presente, adicionar a idade de quando alcançou

Acompanhamento da criança

Vacinação em dia: Não informado

Aleitamento materno: Não informado

Última consulta: Não informado

Provável atraso no desenvolvimento.

2º mês

Sorri quando estimulada Ausente Presente

Abre as mãos Ausente Presente

Emite sons Ausente Presente

Quando marcado "ausente", será apontado como provável atraso no desenvolvimento



Caso verifique **sinais vitais** no consultório, inserir o valor aqui:

^ Sinais vitais e glicemia capilar

Pressão arterial (mmHg)	Frequência respiratória (mpm)	Frequência cardíaca (bpm)
<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (°C)	Saturação de O2 (%)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Glicemia capilar (mg/dL)	Momento da coleta	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Momento da coleta não especificado <input type="radio"/> Jejum <input type="radio"/> Pré-prandial <input type="radio"/> Pós-prandial	

Assim como **peso, altura e perímetro cefálico** :

^ Antropometria e Exame Físico

Peso (kg)	Altura (cm)	IMC	Perímetro cefálico (cm)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

Acompanhamento da criança

Vacinação em dia: Não informado

Aleitamento materno: Não informado

Última consulta: Não informado

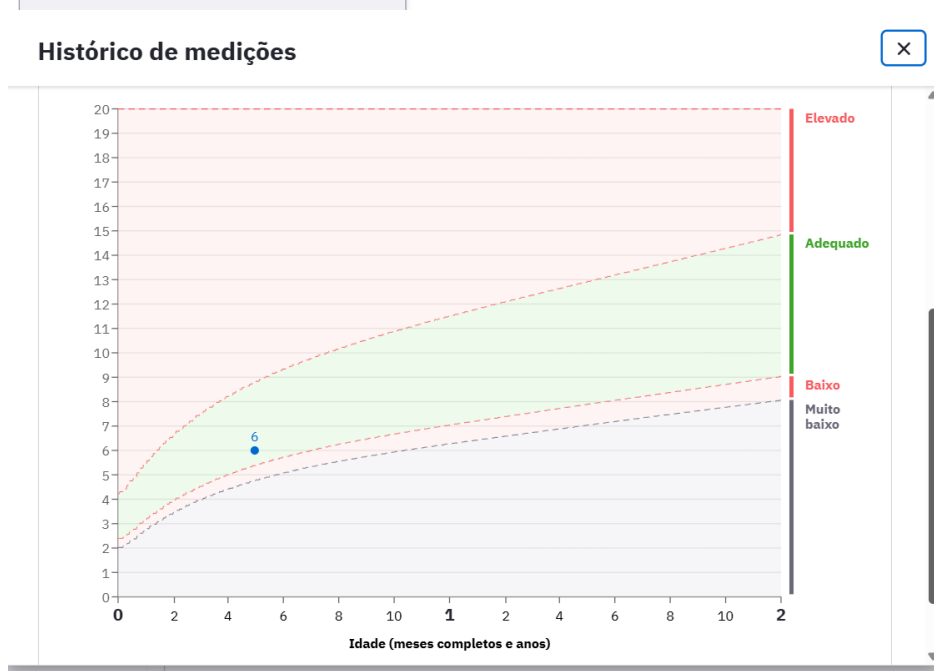
Alergias/Reações adversas

Lista de problemas/condições

Medições

Medicamentos em uso

É possível acompanhar o gráfico de curva de crescimento aqui





Se houver resultados de exames inserir aqui:

Resultados de exames

+ Adicionar resultados de exames

🔍 Histórico de resultados de exames

Adicionar resultados de exames

Adicionar exame sem solicitação ⓘ

Hemoglobina glicada
CDS
Código 0202010503

Adicionar resultados de exames

Adicionar exame sem solicitação ⓘ

Pesquise por exame para inserir o resultado

Exames realizados em dd/mm/aaaa Resultados em dd/mm/aaaa ⓘ

^ Dosagem de hemoglobina glicosilada (%) ✓ 14/05/2026 | -

8,0

Descrição

0/2000 caracteres

Solicitado em dd/mm/aaaa

Realizado em * 14/05/2026 Resultado em dd/mm/aaaa

Cancelar Salvar



A – Avaliação

Por exemplo: *Crescimento e desenvolvimento adequados para a idade, sem alterações ao exame no momento.*

A Avaliação

B *I* U *S* **”**

Insira impressões adicionais sobre a avaliação dos problemas/condições detectados.

0/4000 caracteres

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento *

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

CIAP 2

CID 10

Incluir na lista de problemas/condições

OBRIGATÓRIO INSERIR CID **Adicionar**

Quando for acionado o botão de puericultura, o CID de “Exame de rotina de saúde da criança” já é lançado automaticamente

CIAP 2	CID 10	Lista de problemas/condições
MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE - A98	EXAME DE ROTINA DE SAÚDE DA CRIANÇA - Z001	Não incluído
Avaliação adicionada automaticamente		

Principais CIDs:

- Z00.1 – Puericultura
- J06.9 – IVAS
- J00 – Resfriado comum
- J45 – Asma
- H66 – Otite
- A09 – Gastroenterite
- R50 – Febre
- R05 – Tosse
- K59.0 – Constipação
- H10 – Conjuntivite



P – PLANO

Inserir a conduta, por exemplo:

Mantidas orientações de puericultura conforme faixa etária. Orientações alimentares e estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor. Reforçada atualização vacinal. Orientados sinais de alerta e prevenção de acidentes domésticos. Retorno conforme calendário da puericultura.

P Plano

Cidadão em observação ⓘ

B I U S "

Insira informações adicionais sobre o plano de cuidado.

0/4000 caracteres

Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados

CIAP 2

SIGTAP

Prescrição de medicamentos | Solicitação de exames/procedimentos | Atestados | Orientações | Encaminhamentos | Compartilhamento de cuidado

Prescrição de medicamentos

+ Adicionar prescrição

🔍 Pesquise por medicamento Ver apenas as prescrições que possuem medicamento de uso contínuo

Nenhuma prescrição realizada

Caso tenha realizado algum procedimento no consultório, adicionar em SIGTAP.
Exemplos:

- AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA PUERICULTURA
- AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA

Adicionar Prescrição de medicamentos

Prescrição de medicamentos | Solicitação de exames/procedimentos | Atestados | Orientações | Encaminhamentos | Compartilhamento de cuidado

Prescrição de medicamentos

+ Adicionar prescrição

🔍 Pesquise por medicamento Ver apenas as prescrições que possuem medicamento de uso contínuo

Nenhuma prescrição realizada



Adicionar prescrição

Pesquisar pelo nome do medicamento

Preencher manualmente. Medicamento não encontrado na lista.

Princípio ativo / medicamento *

metformina 850

Metformina, Cloridrato 850 mg

Forma farmacêutica Comprimido

Unidade de fornecimento Comprimido

Sitagliptina Fosfato + Metformina, Cloridrato 50 + 850 mg

Concentração

Tipo de receita

Forma farmacêutica

Adicionar prescrição

Metformina, Cloridrato

850 mg

Via de administração *

Oral

Tipo de receita

Comum

Tipo de dose *



Comum



Única



Fracionada

Forma farmacêutica

Comprimido

Quantidade da dose *

1

Unidade de medida *

Comprimido

Peso

Sem peso registrado

Periodicidade da dose *

Intervalo

Frequência

Turno

Fracionado por turno

A cada

4h

6h

8h

12h

24h

12

×

horas

Posologia

1 comprimido, a cada 12 horas

Preencher as demais informações

Início do tratamento *

13/05/2026



Duração *

Dia(s)

Semana(s)

Conclusão

Mês(es)

Indeterminada



Uso contínuo

Limpar campos

Salvar prescrição

Salvar

Fechar

Encaminhar

Imprimir (opcional)



RECEITUÁRIO

1ª VIA - RETENÇÃO NA FARMÁCIA OU DROGARIA

EMITENTE

(CRM - SP)
Rua Luiz Nerone, 123 - Jardim Vitoria - Itupeva/SP

CIDADÃO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 850 mg - uso contínuo **360 comprimidos**
Comprimido
1 comprimido, a cada 12 horas | Oral
A partir de 13/05/2026 por período indeterminado

Itupeva - SP, 13 de maio de 2026



RECEITUÁRIO

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

EMITENTE

(CRM -)
Rua Luiz Nerone, 123 - Jardim Vitoria - Itupeva/SP

CIDADÃO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 850 mg - uso contínuo **360 comprimidos**
Comprimido
1 comprimido, a cada 12 horas | Oral
A partir de 13/05/2026 por período indeterminado

Itupeva - SP, 13 de maio de 2026

Solicitação de exames:

- Prescrição de medicamentos
- Solicitação de exames/procedimentos**
- Atestados
- Orientações
- Encaminhamentos
- Compartilhamento de cuidado

Solicitação de exames/procedimentos

+ Adicionar exame comum

+ Adicionar exame de alto custo

+ Adicionar OCI



Solicitar exame comum

Exames *

Todos os exames

Dosagem de colesterol total

Dosagem de creatinina

Determinacao de curva glicemica (2 dosagens)

Dosagem de potassio

Dosagem de triglicerideos

Analise de caracteres fisicos, elementos e sedimento da urina

Eletrocardiograma

Dosagem de glicose

Dosagem de colesterol HDL

Dosagem de hemoglobina glicosilada

Dosagem de colesterol LDL

Cancelar Salvar

Pode selecionar um grupo
de exames pronto

- Inserir justificativa e imprimir

Prescrição de medicamentos Solicitação de exames/procedimentos Atestados Orientações Encaminhamentos Compartilhamento de cuidado

Solicitação de exames/procedimentos

+ Adicionar exame comum + Adicionar exame de alto custo + Adicionar OCI

Pesquise por solicitação Ver somente as minhas solicitações Filtros (3)

Registrar agora Imprimir

Dosagem de colesterol total | Dosagem de creatinina | Determinacao de curva glicemica (2 dosagens) | ... Registrado agora

É possível gerar atestado e encaminhar para impressão.



Prescrição de medicamentos

Solicitação de exames/procedimentos

Atestados

Orientações

Encaminhamentos

Compartilhamento de cuidado

Atestados

Modelo * Padrão

Data * 13/05/2026

Hora * 08:56

Dias *

CID10

Gerar e enviar atestado digital E-mail: BIACASTROP@GMAIL.COM

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que , CPF , recebeu atendimento na UBS do Bairro Monte Serrat no dia 13/05/2026 às 08:56. Em decorrência, deverá permanecer em afastamento de suas atividades laborativas por um período de [DIAS] a partir desta data.

Cancelar Salvar atestado

Realizar encaminhamento para especialidades:

- Escolher a especialidade
- Inserir CID
- Classificação de Risco
- Motivo do encaminhamento
- Adicionar e imprimir

Prescrição de medicamentos

Solicitação de exames/procedimentos

Atestados

Orientações

Encaminhamentos

Compartilhamento de cuidado

Encaminhamentos

CAPS

Urgência

Intersetorial

Internação hospitalar

Serviço de Atenção Domiciliar

^ Serviço especializado

Especialidade *
CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA
CONSULTA EM DERMATOLOGIA
CONSULTA MÉDICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR

Complemento



^ Serviço especializado

Especialidade *

CONSULTA EM DERMATOLOGIA

Complemento

Hipótese/Diagnóstico (CID10) *

Classificação de risco *

 Eletivo Prioritário Urgência Emergência

Motivo do encaminhamento

B **I** **U** **S** **”**

Insira o motivo do encaminhamento

0/1000 caracteres

Observações

B **I** **U** **S** **”**

Insira outras observações

0/300 caracteres

Cancelar

Adicionar

Tipo de encaminhamento	Especialidade	Filtros
13/05/2026	Risco	Tipo de encaminhamento
13/05/2026	■	Serviço Especializado - Consulta em dermatologia
		Registrado agora
		Imprimir

Finalização do atendimento

Preencher os campos obrigatórios:

Finalização do atendimento

Tipo de atendimento *

Consulta no dia

Urgência



Conduta *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retorno para consulta agendada | <input type="checkbox"/> Retorno para consulta programada / cuidado continuado |
| <input type="checkbox"/> Agendamento para eMulti | <input type="checkbox"/> Alta do episódio |
| <input type="checkbox"/> Agendamento para grupos | |

Desfecho do atendimento *

Liberar cidadão

Manter cidadão na lista de atendimentos

Manter cidadão na lista de atendimentos

Profissional

Equipe

Tipo de serviço

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADM. MEDICAMENTO | <input type="checkbox"/> ARBOVIROSES | <input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA |
| <input type="checkbox"/> CURATIVO | <input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> ESCUTA INICIAL |
| <input type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> PA X DEXTRO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO |
| <input type="checkbox"/> TESTE DE GRAVIDEZ | <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO | <input checked="" type="checkbox"/> VACINA |

Caso exista vacina em atraso, é possível manter na lista de atendimentos. Orientar a família aguardar ser chamada na recepção.