

# e-SUS AB

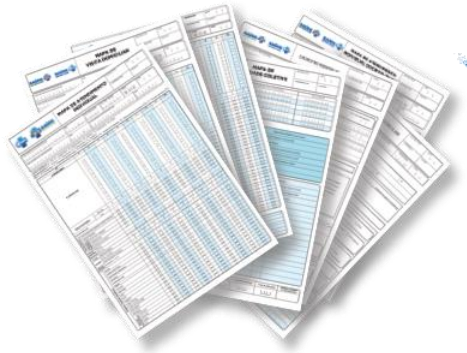
## Registro do Atendimento e a Gestão do Cuidado à Criança

Adriana Kitajima  
Projeto e-SUS AB  
CGAA/DAB/SAS/MS

# Registro Essencial na AB dialogando com o desenvolvimento da primeira infância

- Acompanhamento longitudinal
- Instrumentos para apoio a gestão do cuidado
- **Registro de informações individuais, familiares e coletivas**
- RCOP: Folha de Rosto, SOAP, Histórico, Lista de Problemas / Condições, Acompanhamentos, CIAP-2
- Apoio à tomada de decisões: profissional, equipe e gestão
- **Aproximação do registro ao processo de trabalho**

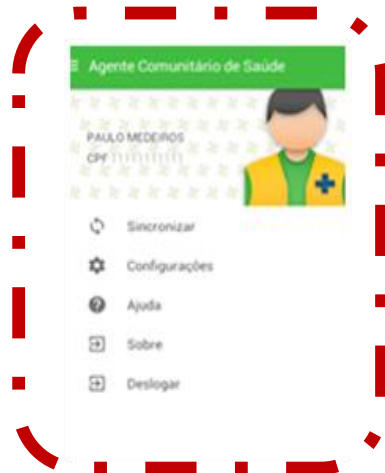
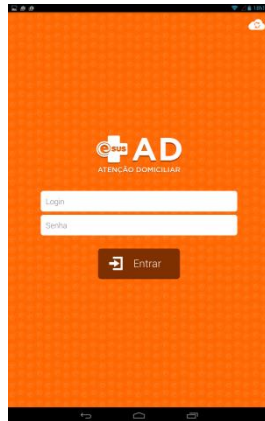
# Estratégia e-SUS AB



**Coleta de Dados Simplificada - CDS**



**Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC**



**Aplicativos**



**O gestor pode monitorar o envio de dados para base federal**

**[sisab.saude.gov.br](http://sisab.saude.gov.br)**

App ACS: previsão de lançamento v 2.1, com dados p/ controle vetorial

# GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Três tipos de registro: CNS - RAS - RAC

## Gestão Federal / Estadual

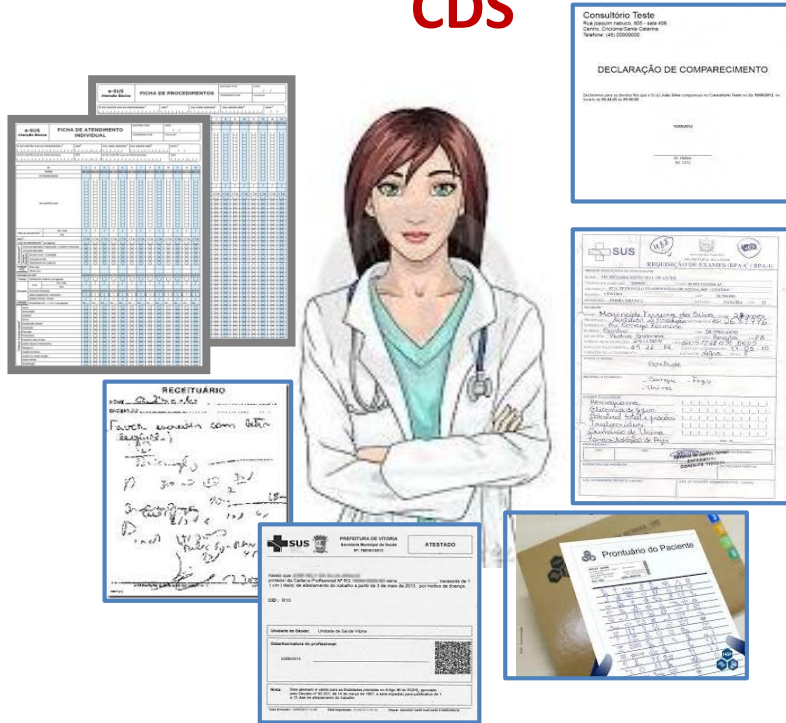
- ✓ **CNS + RAS**
  - ✓ Políticas Públicas
  - ✓ Gestão do Acesso e da Qualidade
  - ✓ Financiamento

## Gestão Municipal

- ✓ **CNS + RAC**
  - ✓ Gestão do Cuidado,
  - ✓ Reflexão e Planejamento da Equipe,
  - ✓ Aplicação de Linhas-guia e Protocolos

# Sistemas para os diferentes cenários de informatização nas UBS

## CDS



## PEC



**Vantagem:** UBS não informatizada, gera registro eletrônico individualizado

**Desvantagem:** registro no prontuário de papel, problema antigo de retrabalho e aumento do volume de digitação

**Vantagem:** registro eletrônico individualizado, evita retrabalho, ferramentas p/ gestão do cuidado, agenda, acesso aos relatórios

**Desvantagem:** UBS minimamente informatizada

## Cabeçalho Padrão das fichas

## Nome da ficha

|                                |                                        |                |              |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------|--------------|
| <b>e-SUS</b><br>Atenção Básica | <b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b> | DIGITADO POR:  | DATA:<br>/ / |
|                                |                                        | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:    |

### Dados de controle para digitação

[illegible]

## Data do atendimento

## CNS e CBO do profissional (2º e 3º em caso de atendimento conjunto)

**vínculo CNES e INE do profissional**

**Nº: cada coluna registra o atendimento de um cidadão**

**Nº prontuário:**  
**organização local da**  
**UBS/Serviço**

| Nº                  |           | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                    |                      |                      |                      |                      |   |
|---------------------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| TURNO               |           | M                    | T                    | N                    | M                    | T                    | N                    | M                    | T                    | N                    |   |
| Nº PRONTUÁRIO       |           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |
| Nº CARTÃO SUS       |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
|                     |           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |   |
| Data de nascimento* | Dia / mês | /                    | /                    | /                    | /                    | /                    | /                    | /                    | /                    |                      |   |
|                     | Ano       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |
| Sexo*               |           | F                    | M                    | F                    | M                    | F                    | M                    | F                    | M                    | F                    | M |

**Turno: manhã, tarde ou noite**

**Data de nascimento e Sexo:  
dados consolidados c/ faixa  
etária**



**Dados sobre o tipo de atendimento, a condição avaliada (CIAP-2 ou CID-10), procedimentos realizados (ver Ficha de Procedimentos), exames solicitados e avaliados e conduta. Ficha utilizada pelos profissionais de nível superior (exceto cirurgião dentista)**

| e-SUS<br>Atenção Básica           |  | FICHA DE ATENDIMENTO<br>INDIVIDUAL |                                  | DIGITADO POR:      | DATA:     |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|
|                                   |  |                                    |                                  | CONFERIDO POR:     | FOLHA Nº: |
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* |  | CBO*                               | Cód. CNES UNIDADE*               | Cód. EQUIPE (INE)* | DATA:*    |
|                                   |  |                                    |                                  |                    | / /       |
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL  |  | CBO                                | Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL |                    | CBO       |
|                                   |  |                                    |                                  |                    |           |

| Nº                                        |                                                   | 1                                      | 2           | 3           | 4           | 5           | 6           | 7           | 8           | 9           | 10          | 11          | 12          | 13          |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| TURNO                                     |                                                   | 01:00-05:00                            | 05:00-09:00 | 09:00-13:00 | 13:00-17:00 | 17:00-21:00 | 21:00-01:00 | 01:00-05:00 | 05:00-09:00 | 09:00-13:00 | 13:00-17:00 | 17:00-21:00 | 21:00-01:00 | 01:00-05:00 |
| Nº PRONTUÁRIO                             |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Nº CARTÃO SUS                             |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Data de nascimento*                       |                                                   | Dia / mês / Ano                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Sexo*                                     |                                                   | F                                      | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           |
| Local de atendimento* (ver legenda)       |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Tipo Atendimento*                         | Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Consulta Agendada                                 |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Escola Inicial / Orientação                       |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Consulta no Dia                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Atendimento de Urgência                           |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Avaliação Antropométrica                  | Peso (kg)                                         |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Altura (cm)                                       |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Vacinação em dia?                         |                                                   | Sim                                    | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         |
| Criança Aleitamento Materno (ver legenda) |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Gestante                                  | DUM                                               | Dia / Mês / Ano                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Gravidez Planejada                                | Sim                                    | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         | Não         | Sim         |
|                                           | Idade Gestacional (Semanas)                       |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Gest. Polítics / Partos                           |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Atenção Domiciliar                        |                                                   | Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda) |             | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          | AD          |
| Problemas e Condições                     | Asma                                              |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Desnutrição                                       |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Diabetes                                          |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | neon                                              |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Hipertensão Arterial                              |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Obesidade                                         |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Pre-eclâmpsia                                     |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Puerpério                                         |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Puerpério (até 42 dias)                           |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|                                           | Saúde Sexual e Reprodutiva                        |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Tabagismo                                 |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Uso de álcool                             |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Uso de drogas ilícitas                    |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Saúde Mental                              |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Resistência                               |                                                   |                                        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |

| Nº                                             |                                                 | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Problemas e Condições                          | Tuberculose                                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Hanseníase                                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Dengue                                          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | US1                                             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Câncer do Colo do Útero                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Problemas e Condições                          | Câncer de Mama                                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Risco cardiovascular                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | CIAP2 - 01                                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | CIAP2 - 02                                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | CID10 - 01                                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Exames Solicitados e Avaliados (A)             | Colesterol total                                | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Creatinina                                      | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | EAS/EGU                                         | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Eletrcardiograma                                | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Eletrforese de Hemoglobina                      | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Espirometria                                    | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Exame de escarro                                | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Glicemia                                        | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | HDL                                             | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Hemoglobina Glicada                             | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Hemograma                                       | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | LDL                                             | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Sorologia de Sífilis (VDRL)                     | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Sorologia para Dengue                           | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
| Sorologia para HIV                             | S                                               | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |     |
| Exames Solicitados e Avaliados (A)             | Teste indireto de antitoxina humana (Ita)       | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Teste da orelhinha                              | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Teste de Gravidez                               | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Teste do ovinho                                 | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Teste do pezinho                                | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
| Outros (SUA)                                   | Ultrassonografia obstétrica                     | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                | Urocultura                                      | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                |                                                 | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                |                                                 | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
|                                                |                                                 | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   | A   | S   |
| Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda) |                                                 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Ficou em Observação?                           |                                                 | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| NASF/Pro                                       | Avaliação / Diagnóstico                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Procedimentos Clínicos / Terapêuticos           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Prescrição Terapêutica                          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Retorno para consulta agendada                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Retorno p/ cuidado continuado/programado        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Conduta*                                       | Agendamento para Grupos                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Agendamento p/ NASF                             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Alta do episódio                                |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento Interno no Dia                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento p/ Serviço Especializado         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Encaminhamento                                 | Encaminhamento p/ CAPS                          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento p/ Internação Hospitalar         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento p/ Urgência                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                                | Encaminhamento Interseorial                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

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 11 - Aleitamento Materno 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

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: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros \* Campo Obrigatório

# Procedimentos realizados por profissionais de nível médio e superior, exceto procedimentos coletivos na parte inferior do verso da página.

|                                   |                               |                    |                    |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>e-SUS</b><br>Atenção Básica    | <b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b> | DIGITADO POR:      | DATA:              |
|                                   |                               | CONFERIDO POR:     | FOLHA Nº:          |
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* | CBO*                          | Cód. CNES UNIDADE* | Cód. EQUIPE (INE)* |
|                                   |                               |                    | DATA*              |

| Nº                  | 1           | 2           | 3           | 4           | 5           | 6           | 7           | 8           | 9           | 10          | 11          | 12          | 13          | 14          |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| TURNO               | 09.00-13.00 | 13.00-17.00 | 17.00-20.00 | 09.00-13.00 | 13.00-17.00 | 17.00-20.00 | 09.00-13.00 | 13.00-17.00 | 17.00-20.00 | 09.00-13.00 | 13.00-17.00 | 17.00-20.00 | 09.00-13.00 | 13.00-17.00 |
| Nº PRONTUÁRIO       |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Nº CARTÃO SUS       |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Data de nascimento* | Dia / mês   |             | /           |             | /           |             | /           |             | /           |             | /           |             | /           |             |
| Sexo*               | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           | F           | M           |

|                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Local de atendimento                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Escuta Inicial/Orientação                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acupuntura com inserção de Agulhas                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administração de vitamina A                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cateterismo Vesical de Alívio                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cauterização Química de Pequenas Lesões                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cirurgia de Unha (Cantoplastia)                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuidado de Estomas                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Curativo Especial                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Drenagem de Abscesso                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Electrocardiograma                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coleta de Citopatológico de Colo Uterino                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Exame do Pé Diabético                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Extensão/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Infiltração em Cavidade Sinusal                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Retirada de Cerume                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Retirada de Pontos de Cirurgias                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sutura Simples                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Triagem Oftalmológica                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tamponamento de Epistaxe                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teste Rápido                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| De Gravidez                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dosagem de Proteinúria                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Para HIV                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Para Hepatite C                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Para Sífilis                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oral                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intramuscular                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endovenosa                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Instalação/Nebulização                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tópica                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Penicilina para Tratamento de Sífilis                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Nº                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| Código do SIGTAP<br>(registre o código na vertical) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |

| Procedimentos Consolidados |                                            |     |
|----------------------------|--------------------------------------------|-----|
| Total no Período           | Aferição de PA                             | ___ |
|                            | Aferição de Temperatura                    | ___ |
|                            | Curativo Simples                           | ___ |
|                            | Coleta de material para Exame Laboratorial | ___ |
|                            | Glicemia Capilar                           | ___ |
|                            | Medição de altura                          | ___ |
| Medição de Peso            | ___                                        |     |



Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

## Visitas domiciliare com o motivo da visita do ACS

|                                       |                                   |                |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------|
| <b>e-SUS</b><br><b>Atenção Básica</b> | <b>FICHA DE VISITA DOMICILIAR</b> | DIGITADO POR:  | DATA:<br>/ / |
|                                       |                                   | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:    |

[illegible][illegible]

# Verso da ficha de VD

| 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 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                   | Condições de 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                   | Excesso 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                   | Controle de Ambientes / Vetores                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Desfecho*         | Visita Realizada                                 | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |                          |
|                   | Visita Recusada                                  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |                          |
|                   | Ausente                                          | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |                          |

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

Desde que identificados pelo CNS, dados de atendimentos em grupo, avaliações, procedimentos coletivos

|                                |                                              |                |           |
|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------|-----------|
| <b>e-SUS</b><br>Atenção Básica | <b>FICHA DE</b><br><b>ATIVIDADE COLETIVA</b> | DIGITADO POR:  | DATA:     |
|                                |                                              | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

|                           |                                    |          |                                   |     |
|---------------------------|------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| DATA DE ATIVIDADE*        | HORA INÍCIO                        | HORA FIM | Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* | CBO |
| / /                       | :                                  | :        |                                   |     |
| Nº INEP (ESCOLA / CRECHE) | PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES |          |                                   |     |
|                           |                                    |          |                                   |     |
| LOCAL DE ATIVIDADES:      |                                    |          |                                   |     |
|                           |                                    |          |                                   |     |

| 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 |

| ATIVIDADE (Opção Única) |                                   | TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)* |                                                  |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 04                      | Educação em saúde                 | 04                                   | Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe |
| 05                      | Atendimento em Grupo              | 05                                   | Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular |
| 06                      | Avaliação / Procedimento Coletivo | 06                                   | Educação Permanente                              |
| 07                      | Mobilização Social                | 07                                   | Outros                                           |

| PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)* |                     | PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)* |                                             |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 01                             | Comunidade em geral | 01                                            | Alimentação Saudável                        |
| 02                             | Criança 0 a 3 anos  | 02                                            | Aplicação tópica de flúor                   |
| 03                             | Criança 4 a 5 anos  | 03                                            | Saúde Ocular                                |
| 04                             | Criança 6 a 11 anos | 04                                            | Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas |
| 05                             | Adolescente         | 05                                            | Cidadania e Direitos Humanos                |

|    |                                             |    |                                                      |    |                                                     |
|----|---------------------------------------------|----|------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|
| 06 | Mulher                                      | 06 | Saúde do Trabalhador                                 | 18 | Semana Saúde na Escola                              |
| 07 | Gestante                                    | 07 | Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas) | 19 | Agravos Negligenciados                              |
| 08 | Homem                                       | 08 | Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)        | 20 | Antropometria                                       |
| 09 | Familiares                                  | 09 | Escovação Dental Supervisionada                      | 21 | Outros                                              |
| 10 | Idoso                                       | 10 | Plantas Medicinais / Fitoterapia                     | 22 | Saúde Auditiva                                      |
| 11 | Pessoas com Doenças Crônicas                | 11 | Práticas Corporais / Atividade Física                | 23 | Desenvolvimento da Linguagem                        |
| 12 | Usuário de Tabaco                           | 12 | Práticas Corporais e Mentais em PIC                  | 24 | Verificação da Situação Vaginal                     |
| 13 | Usuário de Alcool                           | 13 | Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz  | 25 | Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1 |
| 14 | Usuário de Outras Drogas                    | 14 | Saúde Ambiental                                      | 26 | Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2 |
| 15 | Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental | 15 | Saúde Bucal                                          | 27 | Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3 |
| 16 | Profissional de Educação                    | 16 | Saúde Mental                                         | 28 | Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4 |
| 17 | Outros                                      | 17 | Saúde Sexual e Reprodutiva                           |    |                                                     |

|                               |                    |                    |                     |                            |                                   |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL* | Cód. CNES UNIDADE* | Cód. EQUIPE (INE)* | Nº DE PARTICIPANTES | Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS | RUBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL |
|                               |                    |                    |                     |                            |                                   |

| Obrigatório somente para Antropometria |               |                    |                          |           |             | PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO |                          |
|----------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| Nº                                     | Nº CARTÃO SUS | DATA DE NASCIMENTO | AValiação ALTERADA       | PESO (kg) | ALTURA (cm) | Cessou o hábito de fumar                   | Abandonou o Grupo        |
| 1                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 2                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 3                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 4                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 5                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 6                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 7                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 8                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 9                                      |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 10                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 11                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 12                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 13                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 14                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 15                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 16                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 17                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 18                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 19                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 20                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 21                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 22                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 23                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 24                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 25                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 26                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 27                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 28                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 29                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 30                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 31                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 32                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 33                                     |               | / /                | <input type="checkbox"/> |           |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |

FICHA-SUS AB v1.1.00

|                                                                                                                         |                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|
|  <b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b> | DIGITADO POR:  | DATA:     |
|                                                                                                                         | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

|                                   |       |                   |                   |                |
|-----------------------------------|-------|-------------------|-------------------|----------------|
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* | CSQ*  | Cd. CNES UNIDADE* | Cd. ESCRPE (INE)* | DATA*          |
| _____                             | _____ | _____             | _____             | ____/____/____ |

|                       |                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| Nº CARTÃO SUS:        | _____                                                          |
| Nome do Cidadão*      | _____                                                          |
| Data de Nascimento*   | ____/____/____                                                 |
| Sexo*                 | <input type="radio"/> Feminina <input type="radio"/> Masculina |
| Local de Atendimento* | _____                                                          |

|                       |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criança 0 a 6 meses   | A criança antes tomou leite de peito?                                                                                                                         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Outro a criança consumiu:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | Ingau                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Aguaicha                                                                                                                                                      | <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                                                                                                                                     |
| Criança 6 a 13 meses  | A criança antes tomou leite de peito?                                                                                                                         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Outro, 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                                                                                         |
|                       | Outro, 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 pedaço <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Do a caldo <input type="radio"/> Não Sabe            |
|                       | Outro a criança consumiu:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | Outro leite que não o leite de peito                                                                                                                          | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Ingau com leite                                                                                                                                               | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Ingau                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
| Criança 13 a 24 meses | Legumes (não considerar os utilizados como tempero, nem batata, mandioca/alpímacaveira, cará e inhame)                                                        | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jiló, cenoura, mandio, manga) ou folhas verdes escuras (couve, couve, beterraba, brócolis, espinafre, macaúba) | <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, miúdo, 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                                                                                                                                     |
|                       | Amor, batata, inhame, alpímacaveira/mandioca, farinha ou macaúba (sem ser instantânea)                                                                        | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Hamburger 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 calvária, suco em pó, água de coco de calvária, xarope de guaraná/gostosa, suco de fruta com adição de açúcar)        | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Macarão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados                                                                                              | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
| Criança 24 a 36 meses | Macarão recheado, doce ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)                                                                           | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Você tem costume de realizar as refeições assistido TV, usando na computador 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 |
|                       | Outro, você consumiu:                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                        |
|                       | 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, alpímacaveira, cará e inhame)                                                                         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Hamburger 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 calvária, suco em pó, água de coco de calvária, xarope de guaraná/gostosa, suco de fruta com adição de açúcar)        | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
|                       | Macarão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados                                                                                              | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe                                                                                                                                     |
| Criança 36 a 48 meses | Macarão recheado, doce ou guloseimas (bala, pirulito, 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 - USG 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congênere 10 - Unidade socioeducativa



# Atendimento> SOAP> SUBJETIVO

Atendimentos Cidadão Agenda Relatórios CDS Alterar senha Sobre Sair

**SAÚDE** e SUS  
ATENÇÃO BÁSICA

PEC - Treinamento

ADRIANA KITAJIMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLORIANÓPOLIS  
ENFERMEIRO

PEC > Atendimentos > Prontuário > SOAP 17:41

 **CHAPLIN NUNES**  
1 mês e 14 dias, masculino

 FOLHA DE ROSTO

 SOAP

 LISTA DE PROBLEMAS/ CONDIÇÕES

 ANTECEDENTES

 HISTÓRICO

 DADOS CADASTRAIS

 FICHAS CDS

 FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

**Subjetivo**

**B** **I** **U**     

**Lista de CIAP**

CIAP  x v

Notas

**Confirmar**

| CIAP                    | Descrição | Notas |
|-------------------------|-----------|-------|
| Nenhum item encontrado. |           |       |





# Atendimento > SOAP > OBJETIVO

**Objetivo**

**B** **I** **U** **☰** **☰** **☰** **☰** **I**

**Antropometria**  
Perímetro cefálico  cm    Peso  Kg    Altura  cm    **IMC** --

**Sinais Vitais**  
Pressão arterial  /  mmHg    Frequência respiratória  mpm    Frequência cardíaca  bpm  
Temperatura  °C    Saturação de O<sub>2</sub>  %

**Glicemia**  
Glicemia capilar  mg/dL    Momento da coleta  x ▾

**Exames solicitados e/ou avaliados**

| Solicitado                                         | Avaliado | Nome do exame | Resultado |
|----------------------------------------------------|----------|---------------|-----------|
| Nenhum item encontrado com o critério selecionado. |          |               |           |

Adicionar

Crescimento e  
Desenvolvimento –  
FASE 1: Aleitamento  
materno, DNPM, . . .

# Atendimento > SOAP > AVALIAÇÃO e PLANO

## Avaliação

**B** *I* U

### Lista de CIAP

CIAP \*

Notas

☐ Inserir na lista de problema / condição como ativo.

Confirmar

CIAP Descrição da CIAP Nota

Nenhum item encontrado.

## Plano

**B** *I* U

### Lista de CIAP

CIAP

Notas

Confirmar

CIAP Descrição Notas

Nenhum item encontrado.



Atestados



Exames



Lembretes



Receitas



Orientações



Encaminhamento

Cancelar atendimento

Finalizar atendimento

**CHAPLIN NUNES**

1 mês e 14 dias, masculino

FOLHA DE  
ROSTO

SOAP

LISTA DE  
PROBLEMAS/  
CONDIÇÕESACOMPANHA-  
MENTO

## Acompanhamentos

PUERICULTURA



0 a 24 meses

Vacina em dia (registro em (data da última consulta (não a atual))).

Aleitamento materno complementado. Estado nutricional [xxxxxx]

Última consulta a 1 meses e 5 dias por Rogério Gomes, Médico de Saúde e Estratégia da Família.

Histórico de medições:

Tabela

Gráfico Peso

Gráfico Altura

Gráfico PC

| Data       | Idade  | Peso     | Estatura | Perímetro Cefálico | IMC         |
|------------|--------|----------|----------|--------------------|-------------|
| 15/10/2014 | 1m 22d | 6.4 kg   | 52 cm    | 33 cm              | 14.22 kg/m² |
| 16/12/2014 | 2m 23d | 6.2 kg ▼ | 54 cm ▲  | 34 cm ▲            | 13.33 kg/m² |
| 06/01/2015 | 3m 04d | 6.7 kg ▲ | 59 cm ▲  | 37 cm ▲            | 13.33 kg/m² |
|            |        |          |          |                    |             |

m - meses / d - dias

## Desenvolvimento Neuropsicomotor

| Marcos do desenvolvimento                                                 | Como pesquisar                                                                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada | Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.                                |   |   |   |   |
| Observa um rosto                                                          | Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.                                    |   |   |   |   |
| Reage ao som                                                              | Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial. |   |   |   |   |
| Eleva a cabeça                                                            | Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.              |   |   |   |   |

Lista de problemas ativos:

| Problema/condição | Idade de início |
|-------------------|-----------------|
| --                | --              |
|                   |                 |

Intercorrências

| Data       | CIAP - Descrição do CIAP | CID10 - Descrição do CID10 |
|------------|--------------------------|----------------------------|
| 15/12/2014 | D11 - Diarréia           |                            |
|            |                          |                            |

PROTÓTIPO EM ANÁLISE

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Projeto e-SUS AB

**Obrigad@**

[adriana.kitajima@saude.gov.br](mailto:adriana.kitajima@saude.gov.br)