

## Passo a passo do Registro dos dados da Avaliação Multidimensional no e-SUS



DGEROBRASIL





DGerobrasil

## O que é o e-SUS



MinSAÚDE

Reestruturar as informações da  
atenção primária à saúde (APS)





DGEROBRASIL

# Principais premissas

Individualização do registro

Integração da informação

Produção de informação integrada;

Gestão e coordenação do cuidado



DGEROBRASIL

# Sistemas de informação

**SISAB**

Acompanhar o cuidado em saúde e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

**e-SUS AB**

Composto por dois softwares para coleta de dados

→ Sistema com Coleta de Dados Simplificada (**CDS**)

→ Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (**PEC**)



DGEROBRASIL

# Cenários de Implantação

## Cenário 1

AB Municipal UBS  
não informatizada



## Cenário 2

AB Municipal  
UBS sem Internet



## Cenário 3

AB Municipal  
UBS com Internet



## Cenário 4

AB Municipal  
UBS com Internet Limitada



## Cenário 5

AB Municipal  
UBS com Internet Limitada



## Cenário 6

AB Municipal  
UBS com Internet estável



## Rastreo de Saúde da Pessoa Idosa

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Cognição</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
<i>"Agora eu vou dizer o nome de três objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os três objetos: CHAPÉU - MARTELO - VASSOURA." (até 3 tentativas se necessário)</i>	
<i>"Em que ano estamos?"</i>	<input type="checkbox"/> _____
<i>"Em que mês estamos?"</i>	<input type="checkbox"/> _____
<i>"Que dia da semana é hoje?"</i>	<input type="checkbox"/> _____
<i>"Agora me diga os três objetos que eu pedi para você memorizar."</i>	<input type="checkbox"/> chapéu <input type="checkbox"/> martelo <input type="checkbox"/> vassoura
<b>Mobilidade</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
<b>Teste levantar-sentar cinco vezes.</b> Realizado com uma cadeira, sem auxílio das mãos, o mais rápido possível.	<input type="checkbox"/> incapaz <input type="checkbox"/> tempo _____s
<b>Estado Nutricional</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
<i>"Nos últimos 12 meses, você perdeu peso sem querer? Quanto?" (assinalar "sim" se <math>\geq 4,5</math> kg ou <math>\geq 5\%</math> do peso corporal)</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<i>"Você vem tendo perda do apetite?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<i>"Nos últimos 3 meses, alguma vez você diminuiu a quantidade de alimentos ou pulou refeições porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<b>Déficits Sensoriais</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
<i>"Você tem dificuldade de enxergar?" (mesmo utilizando óculos)</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<i>"Você tem dificuldade de ouvir ou as pessoas acham que você ouve mal?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<b>Humor</b>	
<i>"No último mês você passou a maior parte do tempo com desânimo, tristeza ou sem esperança?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<i>"No último mês você passou a maior parte do tempo sem interesse ou sem prazer em fazer as coisas?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<b>Atividades de Vida Diária</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
<i>"Por causa da sua saúde, você deixou de tomar banho sozinho(a)?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
<i>"Por causa da sua saúde, você deixou de fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?"</i>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



# DGeroBrasil

Registro no sistema

- Realizado somente por um profissional



Diferente de consulta

- Realizado somente quando avaliação for concluída pela equipe



e-SUS AB

- Registro da avaliação na ficha de procedimentos






DGEROBRASIL

## OBJETIVO

# Ficha de Procedimento

Registrar os procedimentos realizados na Atenção Básica. Ela identifica os procedimentos que foram feitos por determinado profissional, em ato, diferentemente da Ficha de Atendimento Individual, em que são registradas a solicitação e a avaliação de procedimentos de exames, por exemplo.

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/  /



DGeroBrasil

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*		(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)	(M T N)
N° PRONTUÁRIO															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)
Local de atendimento*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta inicial/orientação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

Procedimento/s/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teste rápido	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Para sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administração de medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



MINISTÉRIO DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

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



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



DGEROBRASIL

Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

\*Campo obrigatório



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





# Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

DGeroBrasil



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGeroBrasil

# Tela de acesso ao sistema com PEC



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGeroBrasil

# Tela de acesso aos perfis disponíveis ao usuário do sistema

gov.br

ACESSO À INFORMAÇÃO PARTICIPE LEGISLAÇÃO ÓRGÃOS DO GOVERNO

Bem vindo, Ig

Escolha um acesso para continuar

- UNIDADE BASICA DE SAUDE AGRONOMICA**  
CBO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - 515105  
Equipe EACS - 70
- UNIDADE BASICA DE SAUDE AGRONOMICA**  
CBO AUXILIAR EM SAÚDE BUÇAL - 322415  
Equipe ESR M2 ESUS - 20
- UNIDADE BASICA DE SAUDE AGRONOMICA**  
CBO CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL - 223208  
Equipe ESR M2 ESUS - 20
- UNIDADE BASICA DE SAUDE AGRONOMICA**  
CBO DIGITADOR - 412110



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>







DGEROBRASIL

# Módulo que deseja ver após acessar o sistema

gov.br

ACESSO À INFORMAÇÃO

PARTICIPE

LEGISLAÇÃO

ÓRGÃOS DO GOVERNO

## Módulo inicial

Escolha o módulo que deseja ver após acessar o sistema:

- Agenda
- Atendimentos
- Cidadãos
- Registro tardio de atendimento
- CDS/Atendimento odontológico individual
- CDS/Atividade coletiva
- CDS/Cadastro domiciliar e territorial
- CDS/Cadastro individual
- CDS/Marcadores de consumo alimentar



Sair

Salvar



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

# Tela principal da “Lista de Atendimentos”

The screenshot shows the main interface for the 'Lista de Atendimentos' (Attendance List) on the gov.br website. The header includes the gov.br logo and navigation links for 'ACESSO À INFORMAÇÃO', 'PARTICIPE', 'LEGISLAÇÃO', and 'ÓRGÃOS DO GOVERNO'. Below the header, there is a blue banner with the 'SAÚDE' logo and a warning message: 'Esta é uma instalação de treinamento'. The main content area is titled 'Lista de atendimentos' and features a search bar with the placeholder 'Pesquise um cidadão por nome, CPF ou CNS'. There are also filters for 'Ver somente os meus atendimentos' and 'Ordenar por: Classificação de risco'. The interface displays a list of three patients:

Nome	Idade	Procedimento	Status	Local	Ações
ABILIO	80 anos e 7 meses	PROCEDIMENTOS	Em escuta inicial	Ar...	👤 🔄 ⋮
ACIR	50 anos e 4 meses	ESCUITA INICIAL	Em atendimento	Ar...	👤 🔄 ⋮
ADAIR	51 anos e 9 meses	ODONTOLOGIA	Aguardando atendimento	Al...	👤 🔄 ⋮

3 resultados



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

# Lista de Atendimentos

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Unio



> Lista de atendimentos

## Lista de atendimentos

▼ Adicionar cidadão

🔍 Pesquise um cidadão por nome, CPF ou CNS

Ver somente os meus atendimentos

Status do atendimento: Aguardando atendimento x Em atendimento x Em escuta inicial x

Período: De 11/09/2020 até 14/09/2020 x

**ABILIO EMMERT** | 80 anos e 7 meses

15:33 | *Aguardando atendimento*

**ACIR JOSE FAGUNDS BRANCO** | 50 anos e 4 meses

15:33 | *Aguardando atendimento*



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>




MINISTÉRIO  
DA SAÚDE













DGEROBRASIL

# Tela do Prontuário Eletrônico do Cidadão

 **ANNILTON I**  
14 anos e 3 meses e 3 dias, masculino Acessar RNDS

-  FOLHA DE ROSTO
-  SOAP
-  PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS
-  ACOMPANHAMENTO
-  ANTECEDENTES
-  HISTÓRICO
-  DADOS CADASTRALS
-  FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

### ESCUTA INICIAL

### ÚLTIMOS CONTATOS

Nenhuma avaliação realizada anteriormente.

### PROBLEMAS / CONDIÇÕES

Nenhum problema cadastrado.

### ALERGIAS / REAÇÕES ADVERSAS

Nenhuma alergia cadastrada.

### VACINAÇÃO

Vacinas do adolescente em dia: Não  
Última vacina: Nenhuma vacina aplicada    Aplicada em: Não informado  
Existe(m) vacina(s) atrasada(s). Verifique o cartão de vacinação

Mais informações

### MEDICAMENTOS ATIVOS

Nenhum medicamento ativo prescrito para o cidadão.

### LEMBRETES

Nenhum lembrete cadastrado.

Cancelar atendimento Finalizar atendimento



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE







BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL





# Modelo de Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP)

-  **FOLHA DE ROSTO**  
**Folha de Rosto:** ferramenta que permite visualizar um sumário clínico do paciente e que auxilia o profissional a ter acesso rápido aos dados mais relevantes de saúde e de cuidado do cidadão;
-  **SOAP**  
**SOAP:** ferramenta que orienta a inserção de dados subjetivos, clínicos da saúde do cidadão, o estabelecimento de diagnósticos, o planejamento das ações ou intervenções, além da avaliação dos problemas e das condições de saúde detectadas no atendimento;
-  **PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS**  
**Problemas/Condições e Alergias:** ferramenta que permite o registro e gestão da lista de problemas ou outras condições de saúde do cidadão, além do registro de história pregressa do cidadão relacionado a alergias e/ou a reação adversa;
-  **ACOMPANHAMENTO**  
**Acompanhamento:** ferramenta que apresenta o resumo estruturado das informações importantes para o acompanhamento de determinados problemas ou condições de saúde do cidadão;



DGEROBRASIL

# Modelo de Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP)

-  ANTECEDENTES  
**Antecedentes:** ferramenta que permite fazer o registro da história familiar, de patologias progressivas e de saúde do cidadão; é integrada com a lista de problema;
-  HISTÓRICO  
**Histórico:** ferramenta que possibilita visualizar com mais detalhes o histórico de atendimentos do cidadão;
-  DADOS CADASTRAIS  
**Dados Cadastrais:** funcionalidade que permite o acesso rápido e a visualização do cadastro do cidadão;
-  FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
**Finalização do Atendimento:** funcionalidade de controle de finalização do atendimento.



DGEROBRASIL

# Principal ferramenta para registro do atendimento usada pelo modelo RCOP

A sigla SOAP corresponde a quatro blocos de informações detalhadas a seguir:

**(S) subjetivo:** conjunto de campos que possibilita o registro da parte subjetiva da anamnese da consulta, ou seja, os dados dos sentimentos e percepções do cidadão em relação à sua saúde;

**(O) objetivo:** conjunto de campos que possibilita o registro do exame físico, como os sinais e sintomas detectados, além do registro de resultados de exames realizados;

**(A) avaliação:** conjunto de campos que possibilita o registro da conclusão feita pelo profissional de saúde a partir dos dados coletados nos itens anteriores.

**(P) plano:** conjunto de funcionalidades que permite registrar o plano de cuidado ao cidadão em relação ao(s) problema(s) e condição(ões) de saúde identificado(s).



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>







DGeroBrasil

# SOAP - Subjetivo (motivo da consulta)

## SUBJETIVO

Rich text editor toolbar with icons for Bold (B), Italic (I), Underline (U), Bulleted List, Numbered List, Indent Left, Indent Right, and Text Color (T).

Caracteres restantes: 4000

### Motivo da consulta

CIAP2

Notas

Confirmar

CIAP2	Descrição	Notas
Nenhum item encontrado.		



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>







DGEROBRASIL

# SOAP - Objetivo

## OBJETIVO

**B** *I* U

Caracteres restantes: 4000

Mulher

DUM  Nenhuma DUM registrada

Antropometria

Perímetro cefálico  cm    Peso  kg    Altura  cm    **IMC** --

Perímetro da panturrilha  cm

Sinais Vitais

Pressão arterial  /  mmHg    Frequência respiratória  mpm    Frequência cardíaca  bpm

Temperatura  °C    Saturação de O<sub>2</sub>  %

Vacinação em dia?

Glicemia

Glicemia capilar  mg/dL    Momento da coleta

Exames solicitados e / ou avaliados

Exame

Exames com resultado: Sim | Exames sem resultado: Sim

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



MINISTÉRIO DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

# SOAP - Avaliação

## AVALIAÇÃO

**B** *I* U

Caracteres restantes: 4000

### Problema e / ou condição detectada \*

CIAP2

CID10   Filtro CIAP2 X CID10

Notas

Inserir na lista de problema / condição como ativo.

Confirmar

CIAP2	Descrição da CIAP2	CID10	Descrição do CID10	Nota
-------	--------------------	-------	--------------------	------

Nenhum item encontrado.



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

# SOAP - Plano

## PLANO

Rich text editor toolbar with icons for bold, italic, underline, bulleted list, numbered list, link, and unlink. Below the toolbar is a large empty text area for entering notes.

Caracteres restantes: 4000

### Intervenção e / ou procedimentos clínicos

Procedimento: 0301090033 [x]

CIAP2: 0301090033 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA [x]

Notas: Página 1 de 1

Confirmar

Classificação	Código	Descrição	Notas
SIGTAP	0301090033	AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA P.	



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



# Coleta de Dados Simplificada (CDS)

DGeroBrasil




DGEROBRASIL

# Cadastro Individual

## OBJETIVO

Registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras, dos usuários no território das equipes de AB. É composta por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /



# Identificação do usuário/cidadão

DGEROBRASIL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS OU CPF DO CIDADÃO <input type="text"/> <small>CNS</small> <input type="text"/> <small>CPF</small>	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="text"/> <small>CNS</small> <input type="text"/> <small>CPF</small>	MICROÁREA* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* <input type="text"/>			
NOME SOCIAL: <input type="text"/>		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Etnia:** <input type="text"/>	Nº NIS (PIS/PASEP) <input type="text"/>	
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:** <input type="text"/>	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** <input type="text"/>	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** <input type="text"/>		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /	TELEFONE CELULAR: ( ) <input type="text"/>	E-MAIL: <input type="text"/>	



DGEROBRASIL

# Informações sociodemográficas

<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR		
<input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a)		
<input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente		
OCUPAÇÃO		
_____		
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?		
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)	
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO		
<input type="radio"/> Empregador		
<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho		
<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho		
<input type="radio"/> Autônomo com previdência social		
<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social		
<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista		
<input type="radio"/> Desempregado		
<input type="radio"/> Não trabalha		
<input type="radio"/> Servidor público/militar		
<input type="radio"/> Outro		
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL?	SE SIM, QUAL?	SE SIM, QUAL?
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra
<input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	<input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

# Questionário Autorreferido de Condições/Situações de Saúde

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSEÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
<b>ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____ _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____ _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____ <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** _____ <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

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

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

**FA:** Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



DGEROBRASIL

## OBJETIVO

# Cadastro Domiciliar

Registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes nesta ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

	<b>CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL</b>			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO:	FOLHA:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
_____	_____	_____	_____	/ /	
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA					
CEP*:	MUNICÍPIO*:			UF*:	
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:			
NÚMERO*:	<input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA	
TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO				
<input type="checkbox"/>	TEL. RESIDÊNCIA: ( )		TEL. CONTATO: ( )		



DGEROBRASIL

<b>CONDIÇÕES DE MORADIA</b>	
<b>SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*</b>	
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	
<b>LOCALIZAÇÃO*</b>	
<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	
<b>TIPO DE DOMICÍLIO</b>	<b>EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra</b>
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a)
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
<b>TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO</b>	<b>MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO</b>
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna	<b>ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO</b>
<input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
<b>FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO</b>	<b>DESTINO DO LIXO</b>
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro
<input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	



DGEROBRASIL

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim  Não

QUAL(IS)?

Gato  Cachorro  Pássaro  Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL **		DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	CNS	CPF					
	_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	__ __	__ __	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	__ __	__ __	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	__ __	__ __	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	__ __	__ __	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura



MINISTÉRIO DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

#### TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

#### INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

#### TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

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

\*Campo obrigatório

\*\*Campo com obrigatoriedade condicional



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE







DGEROBRASIL

# Ficha de Atendimento Individual

Registro das informações de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior na Atenção Básica. Não objetiva esgotar todo o processo de atendimento de um indivíduo e também não substitui o registro clínico feito no prontuário clínico de papel. As informações que constam na ficha foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação da AB e das Redes de Atenção à Saúde.

## OBJETIVO

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b> / /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	



MINISTÉRIO DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>TURNO*</b>		(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)	(M,T,N)
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>														
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO</b>														
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
<b>Sexo*</b> (F) Feminino (M) Masculino		(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)	(F,M)
<b>Local de atendimento*</b> (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo atendimento*</b> Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<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"/>
	Consulta Agendada	<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"/>
	Escuta Inicial/Orientação	<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"/>
	Consulta no Dia	<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"/>
	Atendimento de Urgência	<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"/>
<b>Atenção Domiciliar</b>	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
<b>Racionalidade em saúde</b> (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Gerontologia  
ufscar



DGEROBRASIL

<b>Avaliação antropométrica</b>	Perímetro cefálico (cm)	<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"/>									
	Peso (kg)	<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"/>									
	Altura (cm)	<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"/>									
<b>Vacinação em dia?</b>		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>Criança</b>	Aleitamento materno ( <i>ver legenda</i> )		<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"/>	
	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano		<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"/>	
<b>Gestante</b>	Gravidez Planejada		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)		<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"/>
	Gestas Prévias/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			<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"/>
<b>Problema/Condição avaliada*</b>	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"/>	
	Desnutrição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 sexual e reprodutiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
Reabilitação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





DGEROBRASIL

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rastrea- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros	CIAP-2													
		CIAP-2													
		CID-10													
		CID-10													



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>







DGEROBRASIL

Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>Nasf/Polo</b>	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Conduta/Desfecho*</b>	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Alta do episódio</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Encaminhamento</b>	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

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

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

\*Campo obrigatório



MINISTÉRIO DA SAÚDE



# Cadastro da CDS no e-SUS

DGeroBrasil



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>







DGEROBRASIL

# Visão Geral do Sistema/Módulo CDS

**SAÚDE** e-SUS  
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta é uma [Instalação de treinamento](#)

Home > Ficha de vacinação > Informações > Registro

Pesquise por módulos

**CDS**

- Atendimento domiciliar
- Atendimento individual
- Atendimento odontológico individual
- Atividade coletiva
- Avaliação de elegibilidade e admissão
- Cadastro domiciliar e territorial
- Cadastro individual
- Marcadores de consumo alimentar
- Procedimentos
- Síndrome neurológica por Zika / microcefalia
- Vacinação**
- Visita domiciliar e territorial

## Ficha de vacinação

Compatível com a FV / e-SUS APS v.3.2.0

CNS do profissional \* 13 CBO \* 223505 CNES \* 5444428 INE \* 80: Data \* 03/02/2021

Vacinações Individualizadas

Turno \*  
 Manhã  Tarde  Noite

Nº do prontuário

CPF / CNS do cidadão

Data de nascimento \*

Sexo \*  
 Feminino  Masculino

Local de atendimento \*

Viajante

Situação  
 Gestante  Puérpera

Vacinação \*

Imunobiológico \* Estratégias Grupo de atendimento

Dose Lote \* Fabricante \*



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>






DGEROBRASIL

# Processo de Digitação das Fichas

Figura 7.3 - Ficha de Atendimento Individual - listagem

PEC > CDS > atendimentos individuais

CNS do profissional  

Data do atendimento	CNS do profissional	CBO	CNES	INE
Nenhum item encontrado com o critério selecionado.				

Fonte: SAS/MS.



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





















DGEROBRASIL

Figura 7.4 - Componente de filtro da listagem das fichas

PEC > CDS > Atendimentos individuais

CNS do profissional   **Pesquisar**

CNES: 5444428

Data do atendimento	CNES	INE	
22/08/2017	5444428	8033774553	  
14/05/2017	5444428	8033774553	  
05/05/2017	5444428	8033774553	  
05/05/2017	5444428	8033774553	  
05/05/2017	5444428	9023673544	  

**Adicionar**

**Voltar**

Data do atendimento

CBO

CNES

INE

Fonte: SAS/MS.



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>























DGEROBRASIL

Outra funcionalidade importante na listagem de fichas é o controle de envio das fichas. As fichas não enviadas recebem uma marcação especial, como podemos ver na Figura 7.5. Quando uma ficha é enviada a marcação some, indicando que a ficha já foi enviada/transmitida para o SISAB.


Figura 7.5 - Fichas não enviadas


Data	Nome do cidadão	CNS do cidadão	Data de nascimento	Nome completo da mãe	
22/08/2017	ALEXANDRA ROVENI RHODEN	292949947360004	12/12/1980	MARIA ROVENI	   
<b>Ficha não enviada</b>	UIM MANOEL DE PORTUGAL		10/04/1999	MARIA MARIANA MARINA D...	   
06/05/2017	FRANCINETE DA CONCEIÇÃO AMO...	219401129130002	12/05/1969	GLAUCIA MARIA REIS DE ...	   
05/05/2017	ANA CRISTINA DA COSTA ADWIN	854375807540003	05/12/1980	ANGELA MARIA SALVADOR	   

Fonte: SAS/MS.

A partir da versão 4.3 do sistema e-SUS APS, as fichas são pré-salvas em formato de rascunho, evitando que os dados se percam. Entretanto, para que a ficha seja enviada é necessário salvá-la. Quando a ficha estiver no formato rascunho irá apresentar uma marcação na cor laranja.




Figura 7.6 - Ficha no formato rascunho

 A cor laranja indica que as fichas estão no formato de rascunho. É necessário salvá-las para que sejam enviadas.

CNS do profissional   **Pesquisar**

Mostrar registros enviados / recebidos

**CNES: 544430**

Data do atendimento	CNS do profissional	CBO	CNES	INE	
10/11/2021	703603024323531	225142	5444430	0000004421	  

**Adicionar**




Fonte: SAS/MS.



DGeroBrasil

Se aparecer essa marcação na cor laranja na listagem das fichas clique em editar  e em seguida clique em “Salvar” para que a mesma possa ser enviada.

Na listagem das fichas, ainda existem várias ações possíveis para cada registro e, por padrão, as seguintes opções estão disponíveis:

-  **Visualizar:** permite visualizar as informações de uma ficha digitada;
-  **Editar:** permite fazer alterações em uma ficha digitada. Disponível apenas para fichas não enviadas.
-  **Excluir:** permite excluir uma ficha digitada. Disponível apenas para fichas não enviadas.

#### ATENÇÃO

Com exceção da ficha de vacina, caso a ficha digitada já tenha sido transmitida para o SISAB, não será possível editá-la ou excluí-la (botão esmaecido), apenas será possível visualizar a ficha





DGEROBRASIL

O Cadastro da Atenção Básica (AB) é uma extensão do CadSUS no que se refere aos dados que apoiam as equipes de AB a mapear as características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita ao território sob sua responsabilidade. Esse cadastro está organizado em duas dimensões: a) Cadastro individual e b) Cadastro domiciliar e territorial.

## 7.2.1 Cadastro Individual

Na tela principal, clique em “Cadastro individual”. A janela com a lista de fichas digitadas de cadastro individual será mostrada, conforme a Figura 7.7. É possível visualizar esta lista e as opções relacionadas a cada registro, além das opções de filtro da lista.

Figura 7.7 - Tela principal do cadastro individual

Data	Nome do cidadão	Data de nascimento	Nome completo da mãe
09/12/2019		03/03/2019	
03/12/2019		01/01/1991	
02/12/2019		01/12/2018	
02/12/2019		12/12/1930	MÃE DO JIM
28/11/2019	PEDRITA SANTOS	03/03/2003	
19/11/2019	RESPONSÁVEL FAMILIAR	10/10/2000	
18/11/2019	CIDADÃO NÚCLEO FAMILIAR	01/10/1990	
18/11/2019	RESPONSÁVEL SEM CNS	01/01/1990	MAE REP
12/11/2019	CIDADAO RESPONSÁVEL	01/01/1990	MAE CIDADAO
11/11/2019	ACÁCIA MARIA CARDOSO SANTOS	05/12/1993	JOSENILDA DOS SANTOS



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



DGEROBRASIL

Figura 7.8 - Adicionar cadastro individual

PEC > CDS > Cadastros individuais > Adicionar

Compatível com a FCI / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional \* CBO CNES INE Data \*

Identificação do usuário / cidadão

CPF / CNS do cidadão CPF / CNS do responsável familiar

Cidadão é o responsável familiar?  Sim  Não

Nome completo \* Microárea \*  Fora da área

Nome social Data de nascimento \* Sexo \*  Feminino  Masculino

Raça / Cor \*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena Etnia N° NIS (PIS / PASEP)

Nome completo da mãe \*  Desconhecido

Nome completo do pai \*  Desconhecido

Nacionalidade \*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro País de nascimento Data de naturalização Portaria de naturalização

Município e UF de nascimento Data de entrada no Brasil Telefone celular E-mail

Informações sociodemográficas

Relação de parentesco com o responsável familiar

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

Ocupação

Frequenta escola ou creche? \*  Sim  Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

Creche  Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)  Empregador

Pré-escola (exceto CA)  Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)  Assalariado com carteira de trabalho

Classe de alfabetização - CA  Ensino médio especial  Assalariado sem carteira de trabalho

Ensino fundamental 1ª a 4ª séries  Ensino médio EJA (supletivo)  Autônomo com previdência social

Ensino fundamental 5ª a 8ª séries  Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado  Autônomo sem previdência social

Ensino fundamental completo  Alfabetização para adultos (Mobral, etc)  Aposentado / Pensionista

Desempregado

Fonte:SAS/MS.



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

Figura 7.9 - Adicionar cadastro individual - continuação

Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica?

Adulto responsável  Outra(s) criança(s)  Adolescente  Sozinha  Creche  Outro

Frequenta cuidador tradicional?  Sim  Não

Participa de algum grupo comunitário?  Sim  Não

Possui plano de saúde privado?  Sim  Não

É membro de povo ou comunidade tradicional?  Sim  Não

Se sim, qual?

Deseja informar orientação sexual?  Sim  Não

Se sim, qual?

Heterossexual  Homossexual (gay / lésbica)  Bissexual  Outro

Tem alguma deficiência?  Sim  Não

Se sim, qual(is)?

Auditiva  Intelectual / Cognitiva  Visual

Física  Outra

Deseja informar identidade de gênero?  Sim  Não

Se sim, qual?

Homem transsexual  Mulher transsexual  Travesti  Outro

Saída do cidadão do cadastro

Mudança de território  Óbito

Data do óbito

Número da D.O.

#### Questionário auto-referido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante?  Sim  Não

Sobre seu peso, você se considera?

Abaixo do peso  Peso adequado  Acima do peso

Está fumante?  Sim  Não

Faz uso de álcool?  Sim  Não

Faz uso de outras drogas?  Sim  Não

Tem hipertensão arterial?  Sim  Não

Tem diabetes?  Sim  Não

Teve AVC / derrame?  Sim  Não

Teve infarto?  Sim  Não

Tem doença cardíaca / do coração?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência cardíaca  Outro  Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência renal  Outro  Não sabe

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Tem doença respiratória / no pulmão?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).

Asma  DPOC / Enfisema  Outro  Não sabe

Está com hanseníase?  Sim  Não

Está com tuberculose?  Sim  Não

Tem ou teve câncer?  Sim  Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses?  Sim  Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?  Sim  Não

Está acamado?  Sim  Não

Está domiciliado?  Sim  Não

Usa plantas medicinais?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).

Usa outras práticas integrativas e complementares?  Sim  Não



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

  
**Gerontologia**  
ufscar







DGEROBRASIL

Figura 7.10 - Adicionar cadastro individual - continuação

Outras condições de saúde \_\_\_\_\_

1 - Qual?  2 - Qual?  3 - Qual?

Cidadão em situação de rua \_\_\_\_\_

Está em situação de rua? \*  Sim  Não

Tempo em situação de rua? \_\_\_\_\_

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

Recebe algum benefício?  Sim  Não

Possui referência familiar?  Sim  Não

Quantas vezes se alimenta ao dia? \_\_\_\_\_

1 vez  2 ou 3 vezes  mais de 3 vezes

Qual a origem da alimentação? \_\_\_\_\_

Restaurante popular  Doação restaurante  Outros

Doação grupo religioso  Doação de popular

É acompanhado por outra instituição?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is)? \_\_\_\_\_

Visita algum familiar com frequência?  Sim  Não

Se sim, qual é o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

Tem acesso a higiene pessoal?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is). \_\_\_\_\_

Banho  Acesso ao sanitário  Higiene bucal

Outros

Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica \_\_\_\_\_

Usuário recusou o cadastro por meio do Termo de Recusa do Cadastro

Fonte:SAS/MS.



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

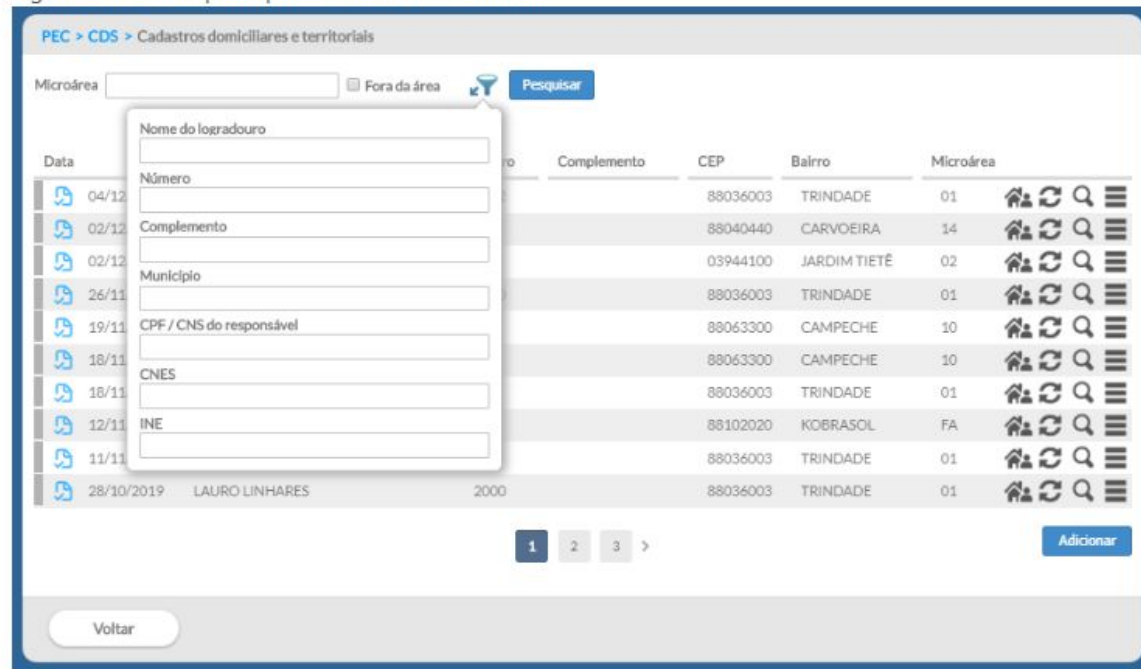




## 7.2.2 Cadastro domiciliar e territorial

Na tela principal do CDS, clique em “Cadastro domiciliar e territorial”. A janela da “Lista de cadastro domiciliar” será mostrada, conforme a Figura 7.11. É possível visualizar a lista de cadastros realizados, o componente de filtro e as opções relacionadas a cada registro.

Figura 7.11 - Tela principal do cadastro domiciliar



The screenshot displays the 'PEC > CDS > Cadastros domiciliares e territoriais' interface. At the top, there is a search bar for 'Microárea' and a 'Pesquisar' button. A modal window is open, allowing users to filter records by various fields: Nome do logradouro, Número, Complemento, Município, CPF / CNS do responsável, CNES, and INE. The main table lists records with columns for Data, Nome do logradouro, Complemento, CEP, Bairro, and Microárea. Each record includes icons for home, refresh, search, and list. A 'Voltar' button is at the bottom left, and an 'Adicionar' button is at the bottom right.

Data	Nome do logradouro	Complemento	CEP	Bairro	Microárea
04/12			88036003	TRINDADE	01
02/12			88040440	CARVOEIRA	14
02/12			03944100	JARDIM TIETÊ	02
26/11			88036003	TRINDADE	01
19/11			88063300	CAMPECHE	10
18/11			88063300	CAMPECHE	10
18/11			88036003	TRINDADE	01
12/11			88102020	KOBRASOL	FA
11/11			88036003	TRINDADE	01
28/10/2019	LAURO LINHARES	2000	88036003	TRINDADE	01






Fonte: SAS/MS.




BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



DGEROBRASIL

-     **Cadastros individuais:** permite visualizar dados das famílias vinculadas àquele domicílio;
-  **Atualizar:** permite atualizar os dados cadastrais do domicílio.

Por fim, o botão  é utilizado para incluir novos cadastros domiciliares. Vamos observar como é realizado este cadastro.

a. Após preenchimento do CEP, os campos “Município”, “UF”, “Bairro” e “Tipo de logradouro” e “Nome de logradouro” são completados automaticamente, conforme imagem a seguir:

Endereço / Local de permanência

CEP *	70070-600	Município *	BRASÍLIA - DF	UF *	DISTRITO FEDERAL
Bairro *	ZONA CÍVICO-ADMINISTRATIVA			Tipo de logradouro *	QUADRA
Nome do logradouro *	SAFS QUADRA 2, LOTE 5/6			N°	S/N <input checked="" type="checkbox"/> Sem número
Complemento	ED. PREMIUM, TORRE II	Ponto de referência	PRÓX. EMBAIXADA DOS EUA	Micróarea *	02 <input type="checkbox"/> Fora da área

Tipo de imóvel \*

99 - OUTROS

Telefones para contato

Tel. residência  Tel. contato (61) 3315-5900



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

## 7.3.1 Ficha de Atendimento Individual

Na tela principal do Módulo do CDS, clique no ícone “Ficha de Atendimento Individual”. Será apresentada a lista das “Fichas de Atendimento Individual” digitadas, em que constará a Data do atendimento, CNS do profissional responsável pelo atendimento, CBO do profissional, CNES da UBS, e o INE da equipe, conforme a Figura 7.14.

Figura 7.14 - Lista de Fichas de Atendimento Individual

PEC > CDS > Atendimentos individuais

CNS do profissional  🔍 **Pesquisar**

**CNES: 5444428**

Data do atendimento	CNS do profissional	CBO	CNES	INE	
22/08/2017	281657703740008	223505	5444428	8033774553	🔍 ✎ ✕
14/05/2017	708407713297266	223505	5444428	8033774553	🔍 ✎ ✕
05/05/2017	898000389559190	223505	5444428	8033774553	🔍 ✎ ✕
05/05/2017	898000389559190	223505	5444428	8033774553	🔍 ✎ ✕
05/05/2017	898000389559190	223605	5444428	9023673544	🔍 ✎ ✕

**Adicionar**

**Voltar**

Fonte: SAS/MS.



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

Figura 7.15 - Adicionar Ficha de Atendimento Individual

PEC > CDS > Atendimentos Individuais > Adicionar

Compatível com a FAI / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional *	CBO	CNES	INE	Data *
<input type="text" value="x"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CNS do profissional	CBO	CNES	INE
<input type="text" value="x"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CNS do cidadão	Data de nascimento	Sexo	Turno
Nenhum item encontrado.			

Fonte: SAS/MS.



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





DGEROBRASIL

PEC > CDS > Atendimentos individuais > Adicionar > Adicionar registro

Compatível com a FAI / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional *	CBO *	CNES *	INE *	Data *
281657703740008	223505	3444428	8033774353	01/01/2020
CNS do profissional	CBO	CNES	INE	

Atendimentos Individuais

Turno \*

Manhã  Tarde  Noite

Nº do prontuário

CPF / CNS do cidadão

Data de nascimento \*

Sexo \*

Feminino  Masculino

Local de atendimento \*

Tipo de atendimento \*

Consulta agendada programada / Cuidado continuado

Consulta agendada

Demanda espontânea

Escuta inicial / Orientação

Consulta no dia

Atendimento de urgência

Atenção domiciliar

AD1  AD2  AD3

Racionalidade em saúde (Exceto alopatia / convencional)



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

Tipo de atendimento \*

Consulta agendada programada / Cuidado continuado

Consulta agendada

Demanda espontânea

Escuta inicial / Orientação

Consulta no dia

Atendimento de urgência

Atenção domiciliar

AD1  AD2  AD3

Racionalidade em saúde (Exceto alopatia / convencional)

Avaliação antropométrica

Perímetro cefálico (cm)

Peso (kg)

Altura (cm)

Vacinação em dia?

Sim  Não

Criança

Aleitamento materno

Gestante

DUM

Gravidez Planejada

Sim  Não

Idade gestacional (semanas)

Gestas Prévias  Partos



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

6.após, digite as informações correspondentes ao bloco "Problema/Condição Avaliada". Atenção aos campos CIAP2 e CID10, que são informados usando códigos correspondentes das classificações e estão no verso da ficha, acompanhados de outras opções;

Problema / Condição avaliada \*

- Asma
- Desnutrição
- Diabetes
- DPOC
- Hipertensão arterial
- Obesidade
- Pré-natal
- Puericultura
- Puerpério (até 42 dias)
- Saúde sexual e reprodutiva
- Tabagismo
- Usuário de álcool
- Usuário de outras drogas
- Saúde mental
- Reabilitação

Doenças transmissíveis

- Tuberculose
- Hanseníase
- Dengue
- DST

Rastreamento

- Câncer do colo do útero
- Câncer de mama
- Risco cardiovascular

Outros

CIAP2 - 01

CIAP2 - 02

CID10 - 01

CID10 - 02



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE







DGEROBRASIL

7.na sequência, marque os exames solicitados e avaliados. Cada *checkbox* corresponde a um item marcado na ficha pelo profissional. Atenção aos itens “Outros exames”, que são informados pelo código do SIGTAP e acompanhados de uma marcação se foi solicitado (S) e/ou avaliado (A);

Exames Solicitados(S) e Avaliados(A)

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Colesterol total
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Creatinina
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - EAS / EQU
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Eletrocardiograma
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Eletroforese de hemoglobina
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Espirometria
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Exame de escarro
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Glicemia
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - HDL
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Hemoglobina glicada
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Hemograma
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - LDL
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Sorologia de sífilis (VDRL)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Sorologia para dengue
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Sorologia para HIV
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Teste de gravidez
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Ultrassonografia obstétrica
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Urocultura

Triagem neonatal

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Teste da orelhinha (EOA)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Teste do olhinho (TRV)
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> A - Teste do pezinho

Outros exames (Código do SIGTAP)

Exame    S  A

Exame	Solicitado	Avaliado
Nenhum item encontrado.		



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

## 7.5.1 Como registrar as informações de uma Ficha de Procedimentos

Na tela principal, clique no ícone "Ficha de Procedimentos". Será apresentada a lista das "Fichas de Procedimento" digitadas, em que constará a data do atendimento, o CNS do profissional responsável pela ficha, o CBO do profissional, o código CNES da UBS e o código INE da equipe, conforme abaixo:

Figura 7.22 - Tela principal com a lista de Fichas de Procedimentos

PEC > CDS > Procedimentos

CNS do profissional  **Pesquisar**

Data do atendimento

26/08/2016

CBO

CNES

INE

Mostrar registros enviados / recebidos

CNS

INE

**Adicionar**

**Voltar**



DGEROBRASIL

Figura 7.23 - Adicionar Ficha de Procedimentos

PEC > CDS > Procedimentos > Adicionar

Compatível com a FP / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional \*  
CBO \* 225142  
CNES \*  
INE  
Data \*

CNS do cidadão      Data de nascimento      Sexo      Turno

Nenhum item encontrado.

Adicionar

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

Cancelar      Salvar



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE





DGEROBRASIL

PEC > CDS > Procedimentos > Adicionar

Compatível com a FP / e-SUS AB v.2.1.0

CNS do profissional \*  CBO \*  CNES \*  INE  Data \*

CNS do cidadão	Data de nascimento	Sexo	Turno
Nenhum item encontrado.			

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



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



BY-NC-ND 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



# Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://cqiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>