

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

CNS DO PROFISSIONAL

CBO

CNES

INE

/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino (I) Indeterminado		F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I	F M I
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Escuta Inicial/Orientação													
	Consulta no Dia													
	Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Racionalidade em saúde (ver legenda)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)													
Gestante	DUM	Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
	Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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													

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Outros	CIAP-2														
		CIAP-2														
		CID-10														
		CID-10														
	Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
EAS/EQU		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Eletrocardiograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Eletroforese de hemoglobina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Espirometria		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Exame de escarro		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Glicemia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
HDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemoglobina glicada		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
LDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia de sífilis (VDRL)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia para dengue		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Sorologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste de gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Urocultura		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Triagem neonatal		Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros exames (código do SIGTAP)			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
eMulti		Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Conduta/Desfecho *		Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Agendamento p/ eMulti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alta do episódio		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Encaminhamento intersetorial		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

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**