

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

/ -

/

/ /

/ /

TURNO:* (M)(T)(N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ☐ Educação ☐ Saúde		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE				
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES			
OUTRA LOCALIDADE:				
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS			

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
		04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
		05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP / / / / / / / / / /
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Amamentação		
17	Outros	17	Alimentação Complementar saudável		
		18	Outros		

Nº	CNS DO CIDADÃO*** CNS CPF	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F)(M)(I)					
2		/ /	(F)(M)(I)					
3		/ /	(F)(M)(I)					
4		/ /	(F)(M)(I)					
5		/ /	(F)(M)(I)					
6		/ /	(F)(M)(I)					
7		/ /	(F)(M)(I)					
8		/ /	(F)(M)(I)					
9		/ /	(F)(M)(I)					
10		/ /	(F)(M)(I)					
11		/ /	(F)(M)(I)					
12		/ /	(F)(M)(I)					
13		/ /	(F)(M)(I)					
14		/ /	(F)(M)(I)					
15		/ /	(F)(M)(I)					
16		/ /	(F)(M)(I)					
17		/ /	(F)(M)(I)					
18		/ /	(F)(M)(I)					
19		/ /	(F)(M)(I)					
20		/ /	(F)(M)(I)					
21		/ /	(F)(M)(I)					
22		/ /	(F)(M)(I)					
23		/ /	(F)(M)(I)					
24		/ /	(F)(M)(I)					
25		/ /	(F)(M)(I)					
26		/ /	(F)(M)(I)					
27		/ /	(F)(M)(I)					
28		/ /	(F)(M)(I)					
29		/ /	(F)(M)(I)					
30		/ /	(F)(M)(I)					
31		/ /	(F)(M)(I)					
32		/ /	(F)(M)(I)					
33		/ /	(F)(M)(I)					
34		/ /	(F)(M)(I)					
35		/ /	(F)(M)(I)					

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

Sexo: F - Feminino M - Masculino I - Indeterminado

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada