

mod 004

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 1 - Coletiva 2 - Individual **HUMANO**

2 Agravado doença **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO** Código (CID10) **W 64** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saude (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Atendimento

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

Notificação Individual

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestacional 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

Dados de Residência

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...)

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)



Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lamedura Mordedura Outro

33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores

34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado 35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dilacerante

36 Data da Exposição 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição

38 Se houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias 39 Nº de Doses Aplicadas

40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra

41 Condição do Animal para Fins de Condução do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido 42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não

Tratamento Atual

43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição

Vacina

44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar)

45 Número do Lote 46 Data do Vencimento



ATENDIMENTO DOMICILIAR
(para uso exclusivo de SAD)

mod 005

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°: / /

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

N°	TURNO*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)	(M)
CNS DO CIDADÃO	Atendimento 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"/>
	Atendimento não 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"/>
	Atendimento domiciliar pós-obito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento 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"/>
	Atendimento pré-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento pós-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de órtese/prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento 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"/>
	Atendimento 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"/>
	Atendimento 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"/>
CID10 e CIAP2														

Com frequência a avaliação funcional é necessária para a realização do atendimento domiciliar

ulgenes





CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR _____ DATA _____

CONFERIDO _____ FOLHA _____

(Atualizado)

CNS DO PROFISSIONAL* _____ CBO* _____ CNES* _____ INE* _____ DATA* _____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
 CEP* _____ MUNICÍPIO* _____ UF* _____
 BAIRRO* _____ TIPO DE LOGRADOURO* _____ NOME DO LOGRADOURO* _____ MICROÁREA* _____
 NÚMERO* _____ SEM NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____ PTO. REFERÊNCIA _____



TIPO DE IMÓVEL* _____ TELEFONES PARA CONTATO _____
 TEL. RESIDÊNCIA () _____ TEL. CONTATO () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA
 SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*
 Própria Firmeza Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra _____
 LOCALIZAÇÃO*
 Urbana Rural _____

TIPO DE DOMICÍLIO _____
 Casa Apartamento Cômodo Outro _____
 Nº de cômodos _____ Nº de Cômodos _____
 EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Proprietário Parceiro(a)/Meiro(a) Assentado(a) Possuidor Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO _____
 Via pública Chão Bando Pluvial Outro _____
 Possui ligação de Energia Elétrica? Sim Não _____
 MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
 Alvenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento _____
 Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento _____
 Outros: Madeira Aproveitada Palha Material Aproveitado Outra Material _____

ABASTECIMENTO DE ÁGUA _____
 Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna
 Furo/Frão Outro _____
 ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento _____

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO _____
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Sética Fossa Rudimentar
 Direto para Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma _____
 DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro _____

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? _____
 Sim Não _____
 QUAL(IS)? Gato Cachorro Passaro 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
		_____	/ /	0012330	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____	/ /	0012330	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____	/ /	0012330	____	____	<input type="checkbox"/>
		_____	/ /	0012330	____	____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
 Eu, _____ portador(a) do RG nº _____, gozando de plano de saúde, não aceito a inclusão neste cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não impede meu atendimento na unidade de saúde.

 Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DIS/PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
VIVA MULHER/PROSAD



CARTÃO DA GESTANTE

MUNICÍPIO: _____
SERVIÇO DE SAÚDE: _____
NOME: _____
ENDEREÇO: _____

Nº DO PRONTUÁRIO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

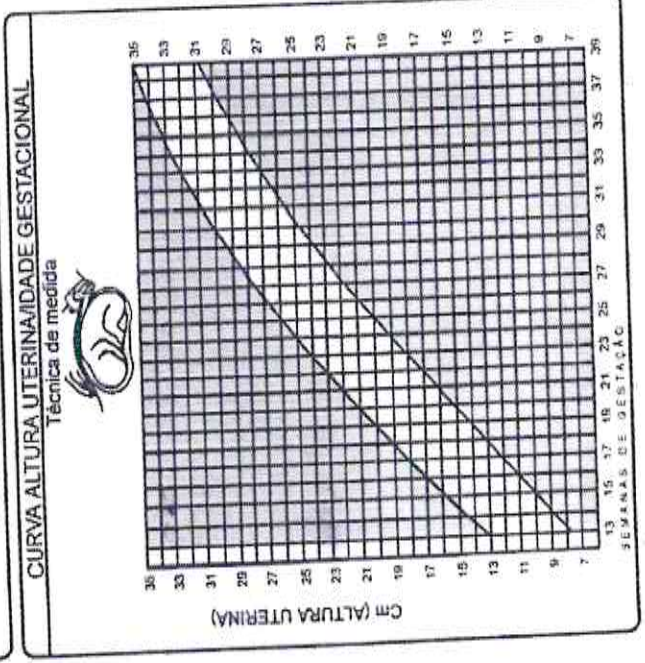
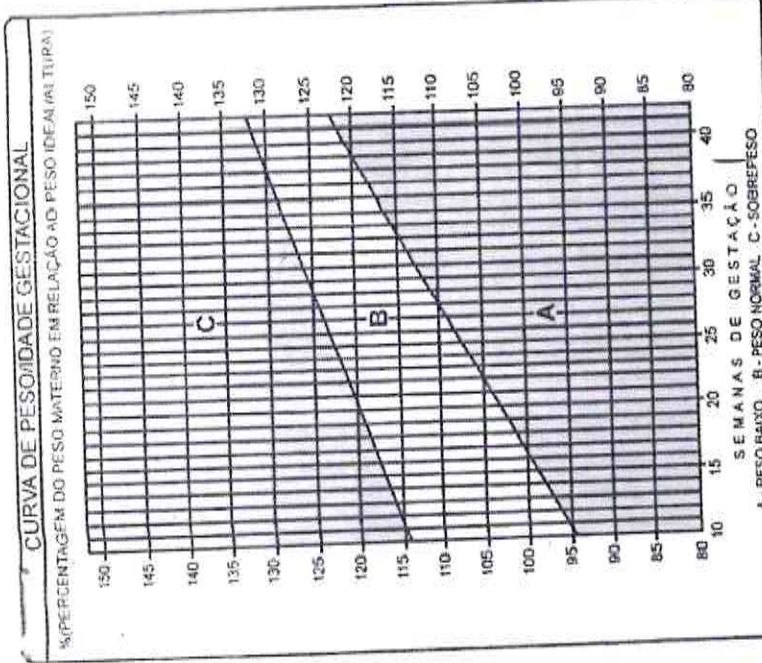
AGENDAMENTO			
DATA	HORA	NOME DO PROFISSIONAL	SALA



* Não falte às consultas e obedeça às recomendações dadas.

Observações: É importante seguir os cuidados de educação para o autocuidado apresentados na caderneta da gestante. Estimule a gestante a fazer perguntas. Responda as suas necessidades.
Fonte: COMINMS
Apoio: Fundo de População das Nações Unidas - FUNPA/JICA

DATA	Nº da Consulta	Individual	Grupo	Entrega de caderneta	Escute com atenção	Faz perguntas	Le a caderneta	Segue recomendações



CADASTRO INDIVIDUAL

mod. 024

DIGITADO POR	DATA / /
CONFERIDO POR	FOLHA Nº

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /
----------------------	------	-------	------	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
--	---	-----------------------------	---

NOME COMPLETO:**	DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
------------------	--------------------------	--

NOME SOCIAL	RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Etnia:*	Nº NIS (PIS/PASEP)
-------------	--	---------	--------------------

NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="checkbox"/> Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="checkbox"/> Desconhecido

NACIONALIDADE* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> 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

Conjuge/Companheiro(a) Filho(a) Entead(a) Neto(a)/Bisneto(a)

Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

FREQÜENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQÜENTA OU FREQÜENTOU?

<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 Grau (Científico, Técnico Etc.)
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª série	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª série	<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)	

OCUPAÇÃO



SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador

Assalariado com carteira de trabalho

Assalariado sem carteira de trabalho

Autônomo com previdência social

Autônomo sem previdência social

Aposentado/Pensionista

Desempregado

Não trabalha

Servidor público/militar

Outros

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

FREQÜENTA 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 Bissexual Outra

Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

Homem transsexual Travest

Mulher transsexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

Sim Não

SE SIM, QUAL?

Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra

Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE

Data do óbito: / /

Número do DO: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL 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 da unidade de saúde

Assinatura _____

350 01005
Lubron

PLANO TERAPÊUTICO

Dia	Manhã	Tarde
SEG.		
TER.		
QUA.		
QUI.		
SEX.		

www.pacajus.ce.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTÃO DO USUÁRIO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

NOME:

SEXO: DN PRONTUÁRIO ACS:

LOCALIDADE:

PSF:

RG:



Trazer Sempre este Cartão

eliana

PLANO TERAPÊUTICO

Dia	Manhã	Tarde
SEG.		
TER.		
QUA.		
QUI.		
SEX.		

www.pacajus.ce.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTÃO DO USUÁRIO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

NOME:

SEXO: DN PRONTUÁRIO ACS:

LOCALIDADE:

PSF:

RG:

Trazer Sempre este Cartão

18x12

mod 035

(12)

COMO
ABECARIO

Exercícios Paralisia Facial.

10 vezes
2x ao dia

MD. 050



1 - Levantar as sobrancelhas



2 - Franzir as sobrancelhas



3 - Expressão de mau cheiro, franzir o



4 - Fechar os olhos com força

filho



5 - Aproximar e comprimir os lábios



6 - Sorrir mostrando os dentes



CASO SUSPEITO DE SARAMPO: Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.
CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA: Todo paciente que apresenta febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/ença DOENÇAS EXANTEMÁTICAS		1 - SARAMPO 2 - RUBÉOLA	Código (CID10) B09	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos Primeiros Sinais		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1 - Não 2 - Sim 3 - Não sabe		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Não sabe	
	14 Escolaridade 1 - Analfabeto 2 - 1ª e 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª e 8ª série incompleta do EF (antigo ginasio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)			Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP		
	28 (DDD) Telefone			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou tríplice) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			34 Data da Última Dose	
	35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 28 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado				
Dados Clínicos	36 Nome do Contato				
	37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
Dados Clínicos	38 Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)		39 Data do Início da Febre		
	40 Outros Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados) <input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Surdez Ocular (dor acima/detrás dos olhos)				

Adriana



mod 055

NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

TIPO DE CLIENTE

- NOVA - Que nunca se submeteu ao exame citológico
- CONTROLE - Com exame anterior Negativo / Inflamatório
- SEGUIMENTO - Acompanhamento após diagnóstico / tratamento de displasias ou carcinomas

ÚLTIMO EXAME HÁ

- 1 a 3 anos
- + de 3 anos
- + de 5 anos
- Ignorado

RADIOTERAPIA? SIM NÃO GESTANTES SIM NÃO TRH? SIM NÃO

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Tipo	Tempo de Uso	Causa da Interrupção



ENFERMEIROS E MÉDICOS

Início da vida sexual: _____ GESTA PARA ABORTO Última _____

Ciclos: UR Sinusiorragia Sim Não Eletro Sim Não

DST Sim Não Qual? _____ Fumante Sim Não

Câncer Familiar Sim Não Quem _____ Tipo _____

Diabete Sim Não Hipertensão Sim Não Outros

Antec. Cirurgicos _____

Queixas: _____

PA: _____

Mamas Normais Z Displásica # _____

Nódulos _____

Z Dolorosas _____

Descargas _____

Cicatriz _____

Retração _____

Vulva Normal Outros _____

Condiloma _____

Cout. Vaginal Normal Amarelo

Grumoso Bolhoso Sangüolento

Cola Normal M.V.P.O.

Sangramento Fácil Ulceração

Outros _____

Obs: _____

ABDÔMEN: Schiller I+ I.C.L. I-

Toque _____

Ass. ENFERMEIRO COREN Nº _____ Ass. MÉDICO CRM Nº _____

15 fls. Min. / sem. 2011

gubens

Para ser preenchido antes de administrar contraceptivo hormonal (oral ou injetável)

Para ser preenchido antes de ministrar o DIU

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA USUÁRIA	SIM	NÃO
Metodos hormonais (AOC, PEP e injetáveis)		
Primeiro dia da menstruação há mais de (sete) dias		
Amamentando e com menos de seis semanas pós-parto		
Hemorragia / sangramento intermenstrual ou após ato sexual		
Icterícia pele ou olhos anormalmente amarelos		
Dor de cabeça intensa ou perturbações visuais		
Fumante acima de 35 anos		
Dor intensa na panturrilha, coxa ou no peito ou pernas inchadas (edema)		
Pressão sanguínea acima de 180mm (sistólica) ou 105 mm (diastólica)		
Câncer dos seios ou massa ou nódulo suspeito (fixo, não sensível, firme no seio)		
Tomando medicamentos para epilepsia (convulsões) ou rifampicina para (tuberculose)		

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA USUÁRIA	SIM	NÃO
DIUs		
Primeiro dia da menstruação há mais de (sete) dias		
Usuária (ou parceiros) tem outros parceiros sexuais		
Infecções do trato genital transmissíveis sexualmente (ITG) ou outras DST (p. ex. HPV, HIV / AIDS)		
Infecção pélvica (DIP) ou gravidez ectópica		
Forte hemorragia (>2 modess / tampões por hora)		
Hemorragia prolongada (>8 dias)		
Cólica menstrual intensa (dismenorréia) que necessita analgésico ou repouso		
Hemorragia / sangramento intermenstrual ou após ato sexual		
Doença valvular sintomática		
Necessidade de administrar antibiótico profilático, se não estiver tomando antibiótico no momento da inserção do DIU.		

^a Se a usuária responder "Não" a todas as seguintes perguntas, exames físicos não são necessários para a provisão segura do método anticoncepcional

^b Os AOC são o último método de escolha para latentes, especialmente nos primeiras seis semanas pós-parto.

^c Não aplicável a anticoncepcionais exclusivamente de progestágeno

^d Não é aplicável para injetáveis (DMPA)

Histerometria: _____



CARTEIRÃO
PMP
SEC. SAÚDE
NASF



FICHA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL NASF - mod. 057

DATA ____/____/____

HORÁRIO ____:____

NOME:
DATA DO NASC: / / IDADE: SEXO: F () M () FONE :
ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO:
PROFISSÃO: RENDA:
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDE EM CASA:
CARTÃO DOS SUS:



MOTIVO DA CONSULTA:
JÁ FEZ CONSULTA PREVIA COM BUTRICIONISTA? SIM () NÃO ()
ANTECEDENTES PESSOAIS DE DOENÇAS
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS:

HÁBITO INTESTINAL: BOM () REGULAR () RUIM ()	INGESTÃO HIDRICA BOM () REGULAR () RUIM ()
FUMO: SIM () NÃO ()	ALCOOL: SIM () NÃO ()
ALTERAÇÕES DE PESO: SIM () NÃO ()	
RESTRIÇÃO OU ALÉRGIAS ALIMENTARES: SIM () NÃO ()	
ATIVIDADE FISICA:	FREQUÊNCIA:
MEDICAMENTO/SUPLEMENTO:	

thone

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA				
DADOS	/	/	/	/
PESO ATUAL				
PESO HABITUAL				
PESO IDEAL				
ALTURA				
IMC				
CLASSIFICAÇÃO (IMC)				
C. CINTRURA				
P/ID				
A/ID				
IMC/ID				
P/A				

EXAMES BIOQUÍMICOS			
HEMOGLOBINA			
HEMATÓCRITO			
LEUCÓCITOS			
PLAQUETAS			
COLEST. TOTAL			
HDL			
LDL			
TRIGLICERÍDEOS			
GLICEMIA JEJUM			

mod 05X 1+

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

Nº	TURNO*												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nº 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)
Local de atendimento* (ver legenda)													
Paciente com necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo atendimento*	Demanda Espontânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	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"/>
	Consulta 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"/>
Tipo de consulta*	Atendimento de 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"/>
	Primeira consulta odontológica programática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta de retorno em odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde Bucal*	Consulta de manutenção em odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abscesso dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fendas ou fissuras labiopalatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatismo dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (quantidade realizada)	Aplicação de carióstático (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capeamento pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cimentação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 de demora C/ ou S/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientação de higiene bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4/000

mod 059 Ativos P1 nova.



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº: / /

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*

TURNO: (M) (T) (N) LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____ Nº DE PARTICIPANTES* Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
---	---------------------	--------


ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla) ***
<input type="checkbox"/> 01 Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01 Questões administrativa/funcionamento
<input type="checkbox"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho
<input type="checkbox"/> 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle Social	<input type="checkbox"/> 03 Diagnostico do território/Monitoramento do território
	<input type="checkbox"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
	<input type="checkbox"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
	<input type="checkbox"/> 06 Educação Permanente
	<input type="checkbox"/> 07 Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
<input type="checkbox"/> 04 Educação em Saúde	
<input type="checkbox"/> 05 Atendimento em grupo	
<input type="checkbox"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo	
<input type="checkbox"/> 07 Mobilização social	



PUBLICO-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)
<input type="checkbox"/> 01 Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01 Ações de combate ao <i>Aedes Aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01 Antropometria
<input type="checkbox"/> 02 Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02 Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02 Aplicação tópica de fluor
<input type="checkbox"/> 03 Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03 Alimentação sadável	<input type="checkbox"/> 03 Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04 Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04 Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05 Adolescente	<input type="checkbox"/> 05 Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05 Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06 Mulher	<input type="checkbox"/> 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06 PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07 Gestante	<input type="checkbox"/> 07 Envelhecimento/Climatério/andropause/ETF	<input type="checkbox"/> 07 PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08 Homem	<input type="checkbox"/> 08 Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08 PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09 Familiares	<input type="checkbox"/> 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10 Idoso	<input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13 Outras
<input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 Semana Saúde na escola	<input type="checkbox"/> 15 Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 Outros	
<input type="checkbox"/> 17 Outros		

mod 061 ITSM 8

	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN - SAD	DIGITADO POR	DATA: / /
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE*:	COD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	LOCAL DE ATENDIMENTO*:		DATA*:	

CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS* NIS (Nº Identificação Social): Data de Nascimento*
 Nome completo*
 Nome completo da mãe*
 Desconhecido

Sexo* Raça / Cor* Povo / Comunidade tradicional**
 1. Masculino 2. Feminino 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

Nacionalidade: País de Nascimento: UF Nascimento* Município Nascimento*
 Brasileira Estrangeira

Frequenta ou frequentou escola ou creche?* Sim Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbral etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Sem informação
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		

PROGRAMAS VINCULADOS

<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SISVAN	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PSE	<input type="checkbox"/>



CADASTRO DE DOMICÍLIO

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):

Bairro: CEP: DDD: Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg)*	Altura (em cm)*	Peso ao nascer (em gramas)
Adolescente > 10 e < 20 anos (peso em kg)*	Altura (em cm)*	
Adulto > 20 e < 60 anos (peso em kg)*	Altura (em cm)*	Perímetro da cintura (em cm)
Idoso > 60 anos (peso em kg)*	Altura (em cm)*	Perímetro da panturrilha (em cm)
Gestante (peso em kg)*	Altura (em cm)*	Peso pré-gestacional (em kg): DUM* / /

Doenças* Deficiências e/ou intercorrências*

<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva	<input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)	<input type="checkbox"/> Hipovitaminose A
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais	<input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências

Tipo de Acompanhamento* Grupos

<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Hipertensos	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Saúde na Escola			

* Campo Obrigatório.
 ** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Lubian

mod 075



FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

/ /

Nº	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	
Nº PRONTUÁRIO															
Nº 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	
Local de atendimento*															
Escuta Inicial/Orientação															
Procedimentos/Pequenas Cirurgias*	Acupuntura com Inserção de Agulhas														
	Administração de vitamina A														
	Cateterismo Vesical de Alívio														
	Cauterização Química de Pequenas Lesões														
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)														
	Cuidado da Estomas														
	Curativo Especial														
	Drenagem de Abscesso														
	Eletrocardiograma														
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino														
	Exame do Pé Diabético														
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele														
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)														
	Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Infiltração em Cavidade Sinovial													
		Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal													
Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo															
Retirada de Cerume															
Retirada de Pontos de Cirurgias															
Sutura Simples															
Tragema Oftalmológica															
Tamponamento de Epístaxe															
Teste Rápido		De Gravidez													
		Dosagem de Proteinúria													
		Para HIV													
		Para Hepatite C													
Administração de Medicamentos		Para Sífilis													
	Oral														
	Intramuscular														
	Endovenosa														
	Inalação/Nebulização														
Tópica															
Penicilina para Tratamento de Sífilis															
Subcutânea (SC)															



1.0

20/01/2024



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PACAJUS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

mod 077 19.

FICHA DE TRIAGEM

Nº PRONTUÁRIO: _____ CNS: _____ DATA: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ CPF: _____

Filiação: _____

Nome do responsável: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Nº de filhos: _____ Ocupação Atual: _____ RG: _____ D.E.: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Fone: _____ Ponto de Referência: _____ Cidade: _____

Área do PSF: _____ ACS: _____ Enfa: _____

Como ocupa seu tempo livre? _____



2. DADOS ECONÔMICOS E CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

Renda Familiar:

Recebe algum benefício do governo?
 Sim Não
 Bolsa Escola Bolsa Família Aux. Gás
 PETI Agente jovem BCP

Habitação:

Própria Alugada Cedida
 Co-Habitação Ocupação
 Tipo de Habitação:
 Tijolo Taipa Mista Outros

Banheiros: Sim, quantos: _____ Não

Cobertura

Telha Palha Zinco Outros

Piso:

Tijolo Cimento Chão Batido

Energia: Sim Não

Abastecimento de água:

Encanada Cacimba Chafariz Outro

Destino do lixo:

Coleta pública Queimado
 Terreno baldio Enterrado

3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Parentesco	Idade	Ocupação	Renda
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

4. QUEIXA PRINCIPAL (QP)

5. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

01/10/2011

20 mod. 078 atualizada



FICHA DE VACINAÇÃO

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
TURNO		(S) (T) (C)	(M) (T) (N)	(M) (T) (R)	(M) (T) (R)	(M) (T) (R)	(M) (T) (R)	(M) (T) (R)	(M) (T) (R)
Nº 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)
Local de Atendimento* (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"/>
SITUAÇÃO/ CONDIÇÃO	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Viajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comun. Hansen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Rotavírus humano	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Meningocócica C (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Febre amarela	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								



11/12

IMUNOBIOLOGICO*

mod 080

(22)



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DATA

FOLHA Nº

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

Nº

TURNO*

MICROÁREA*

TIPO DE IMÓVEL*

Nº PRONTUÁRIO

CNS ou CPF do Cidadão

(Para visita periódica ou visita domiciliar para condições especiais usar o CNS do responsável familiar)

Data de nascimento**

Dia/mês

Ano

Sexo** (F) Feminino (M) Masculino

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastro/Atualização

Visita periódica

Consulta

Exame

Vacina

Condicionários do Bolsa Família

Sobrinho

Prestador

Preconhecido

Cartão

Nome completo do cidadão





FICHA PERINATAL

mat 081

Data: ___/___/___ Prontuário: _____
 Nome: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Idade: <15 15 - 35 > 35
 Escolaridade: Nenhuma 1º Grau 2º Grau Superior
 Estado Civil União: Casada Solteira (sem união estável) Solteira (com união estável)
 Outra:

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabete	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Hipertensão	Partos: Vaginais _____ Cesáreas _____ Domiciliares _____
<input type="checkbox"/> Malformações Congênicas	<input type="checkbox"/> Cirurgia Pélvica	Natimortos _____ Nº de filhos vivos _____
<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Infertilidade	Óbito na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculose	RN Peso (+4000 g) _____ RN Peso (- 250g) _____
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
		Intercorrências em gestações anteriores: _____

DATAS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO:
Última menstruação ___/___/___	Doses prévias <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Data do parto: ___/___/___	Últ. dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Até 10 cigarros/dia SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Dúvidas ? Quais ? _____	Vacinações previstas ___/___/___ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Mais de 10 cigarros/dia SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Início da mov. Fetal: ___/___/___	___/___/___ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Álcool SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Obs.: _____	___/___/___ SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Frequência _____
		ÁGUA ENCANADA EM CASA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Atend. Pré-natal de alto risco
<input type="checkbox"/> Toxemia	<input type="checkbox"/> Outras Infecções	<input type="checkbox"/> Trab. Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Rotura de membranas	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Isoimunização	<input type="checkbox"/> Víroses	
<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Retardo cresc. Fetal	<input type="checkbox"/> Parasitose	

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO:

CONSULTA N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
IG (semanas)										
Peso (Kg)										
PA max./min. (mmHg)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
Movimentos fetais										
BCF										
Edema MMII										

MUNICÍPIO: _____													
TODOS													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
										CRIANÇA	MULHER		DUM (D)
NIS (Número de Identificação Social)	CNS (Cartão Nacional do SUS)	Nome	Data de nascimento	Data de acompanhamento (A)	EAS:					Informação Gestacional (C)	Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)	Ocorrência Identificada - Não Pré-Natal	
					Ocorrência Identificada - Não acompanhamento	Peso em kg (B)	Estatura em cm (B)	Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional	Vacinação em dia? (B)				
Endereço: _____													
EAS:													
Profissional: _____													
Endereço: _____													
EAS:													
Profissional: _____													
Endereço: _____													
EAS:													
Profissional: _____													
Endereço: _____													
EAS:													
Profissional: _____													



mod 106



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde




PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Nome: _____ Data Nasci: _____

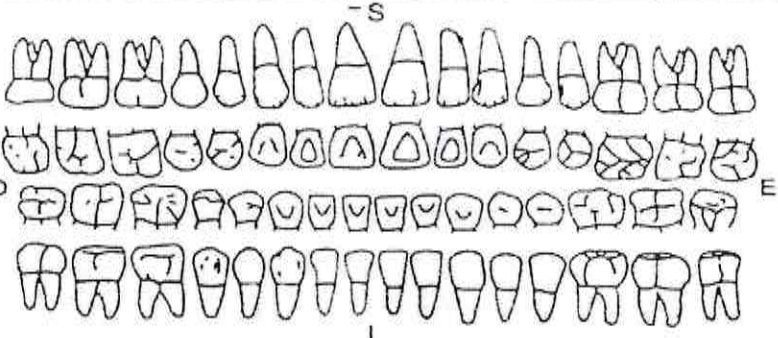
Endereço: _____

Cartão SUS: _____ Contato: _____



RADIOGRAFIAS

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8



Wilson

ANAMNESE

- Está em tratamento médico? SIM NÃO
- Está usando algum medicamento? SIM NÃO
- Já teve alguma doença como: hepatites, chagas, sífilis, febre reumática, câncer, HIV etc? SIM NÃO
- É diabético? SIM NÃO
- Sofre de alguma doença cardiovascular? SIM NÃO
- É Hipertenso? SIM NÃO
- É Hemofílico? SIM NÃO
- Seus pés incham com facilidade? SIM NÃO
- Tem tosse persistente? SIM NÃO
- Tem algum tipo de alergia? SIM NÃO
- Quando se fere, demora a cicatrização? SIM NÃO
- Já foi submetido a anestesia para tratamento odontológico? SIM NÃO
- Já teve hemorragia? SIM NÃO
- Está grávida? SIM NÃO
- Sofre de epilepsia? SIM NÃO
- Tem algo a destacar sobre sua saúde que não foi perguntado neste questionário? SIM NÃO
- Em caso afirmativo, qual? _____

PLANO DE TRATAMENTO

(31) mod 109



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE _____

RAÇA/COR _____ ETNIA INDÍGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

Cod. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDÊNCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____

COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____



DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ MÊS ATENDIMENTO: ____/____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____

Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atensão Básica Serviço de Urgência Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID-10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID-10 CAUSAS ASS: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS: _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIAR? SIM NÃO CNES: _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta óbito DATA DE CONCLUSÃO: ____/____/____

AÇÕES REALIZADAS

CODIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	
CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território	

ulh acm

(34) e 58c



RELATÓRIO PMA2

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - MOD. 117

ATIVIDADES		MARCADORES		
C O N S M É D I C A	Residentes em outro município		Valvulopatas reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
	Residentes na área de Abragência da Equipe	< 1		Acidente Vascular Cerebral
		1 - 4		infarto Agudo do Miocárdio
		5 - 9		DHEC (forma grave)
		10 - 14		Doença Hemolítica Perinatal
		15 - 19		Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos
		20 - 39		Meningite tuberculosa em menores de 5 anos
		40 - 49		Hanseníase com grau de incapacidade II e III
		50 - 59		Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)
	60 e mais		RN com peso < 2500g	
Total Geral de consultas			Gravidez em Menor < 20 anos	
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puencultura		Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
	Pré-Natal		Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
	Prevenção do Câncer Cérvico - Uterino		Hospitalizações por abuso de álcool	
	DST/AIDS		Hospitalizações por complicações do Diabetes	
	Diabetes		Hospitalizações por qualquer causa	
	Hipertensão Arterial		Internações em Hospital Psiquiátrico	
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
	Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por Diarréia	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
	Radiodiagnóstico		Óbitos de Mulheres de 10 a 49 anos	
	Citopatológico cérvico - vaginal		Óbitos de adolescentes (10-49) por violência	
	Ultrassonografia obstétrica			
	Outros			
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado			
	Internação Hospitalar			
	Urgência / Emergência			
Internação Domiciliar				
P	Atendimento específico para AT			
R	Visita de Inspeção Sanitária			
O	Atend. Individual Enfermeiro			
C	Atend. Individual outros prof. nível superior			
E	Curativos			
D	Inalações			
I	Injeções			
M	Retirada de pontos			
N	Terapia da Reidratação Oral			
T	Sutura			
O	Atend. Grupo - Educação em Saúde			
S	Procedimentos Coletivos I (PCI)			
	Reuniões			



de 10/10/2011

Liliana

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

Ass. e Carimbo do Profissionais

15

mon. 119.

UF Código da Unidade de Saúde (CNES)

Nº Protocolo

Unidade de Saúde (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão da SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF Nacionalidade



Data de Nascimento* / / Idade Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia

DADOS RESIDENCIAIS Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1 - Motivo do Exame Rastreamento Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2 - Faz o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez? Sim, quando fez o último exame? Ano Não Não sabe

3 - Usa(ou) DIU?* Sim Não Não sabe

4 - Está grávida?* Sim Não Não sabe

5 - Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe

6 - Usa Hormônio/ remédio para tratar a menopausa?* Sim Não Não sabe

7 - Já fez tratamento por radioterapia? Sim Não Não sabe

8 - Data da última menstruação/ regra: / / Não sabe / não lembra

9 - Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (Não considerar a primeira relação sexual na vida) Sim Não / Não sabe / não lembra

10 - Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (Não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) Sim Não / Não sabe / não lembra/Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11 - Inspeção do colo* Normal Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) Alterado Colo não visualizado

12 - Sinais sugestivos das doenças sexualmente transmissíveis? Sim Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da Coleta* / / Responsável*

15 Feb. mon / 119.1

Whagner

MDD-100

UF ENES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino
 Nome Completo do(a) paciente*
 Apellido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Código Município Município
 CEP - DDD Telefone -
 Ponto de Referência
 Escolaridade Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo



DAOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nóculo ou caroço na mama?*
 Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*
 Sim
 Não
 Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*
 Sim
 Nunca foram examinadas anteriormente
 Não sabe

4. Fez mamografia alguma vez?*
 Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
 Não
 Não sabe

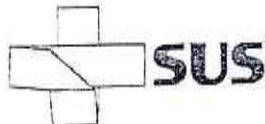
5. Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*
 Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não
 Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ductectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

20/08/2016



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPER. NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

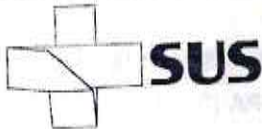
DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

MOD 012

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF MÊS ANO FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0401010066	INCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	225142 - Médico do PSF		
02	0401010031	DRENAGEM DE ABCESSO	225142 - Médico do PSF		
03	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
04	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
05	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
06	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL. (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
07	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
08	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
09	0214010015	GLICEMIA CAPILAR	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0301100020	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAM. EM ATEN. BÁSICA (P/ PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
11	0301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
12	0301100152	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
13	0301100187	TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
14	0401010023	CURATIVO GRAU I C / OU S/ DEBRIDAMENTO (POR ACIDENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
15	0301100039	MEFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
16	0201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL (ATÉ 02 MESES)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
17	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		
18	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
19	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	515105 - ACS'S		
20	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO RUBRICA

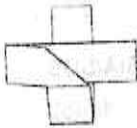
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

alcan...



SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

MOD. 013

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

Grid for CNES number

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Text box for establishment name

UF

Grid for UF

MÊS ANO

Grid for month and year

FOLHA

Grid for page number



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
16	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
17	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
18	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
19	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
20	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Grid for total values

Formalização

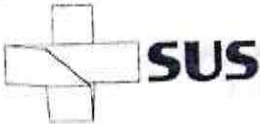
RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

Signature box for establishment responsible with fields for CARIMBO, RUBRICA, and DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

Signature box for municipal/state manager with fields for CARIMBO, RUBRICA, and DATA

ulo



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

MOD. 014

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

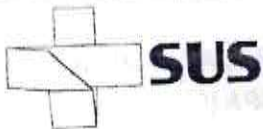
CARIMBO: RUBRICA:

DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO: RUBRICA:

DATA: / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

mod. 015

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

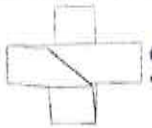
CARIMBO RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da
Saúde**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS**
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

mod. 016

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA

**ATENDIMENTO REALIZADO**

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	515105 - ACS'S		
09	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0201020033	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOL. DE COLO UTERINO	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA

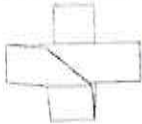
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

D. L. M.



SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

300. 012

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA

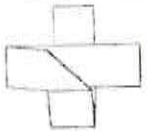
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

Alc...

**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da
Saúde**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS**
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)*mod 018***Dados Operacionais**

CNES do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF MÊS ANO

FOLHA

**ATENDIMENTO REALIZADO**

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL **Formalização**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

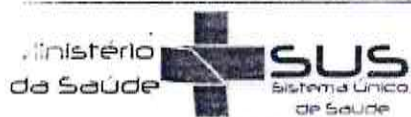
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

l.d.n

mod. 019



BPA-C Boletim de Produção Ambulatorial Dados Consolidados - NASF

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:



ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO: RUBRICA:

DATA:

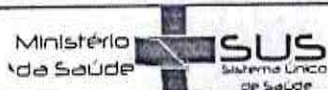
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO: RUBRICA:

DATA:

000

000



BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CRB	MÉDICO
EQUIPE	FOLHA



SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	DDD
TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	DDD
TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	DDD
TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	DATA / /

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	



INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: _____

MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
JANEIRO											
FEVEREIRO											
MARÇO											
ABRIL											
MAIO											
JUNHO											
JULHO											
AGOSTO											
SETEMBRO											
OUTUBRO											
NOVEMBRO											
DEZEMBRO											

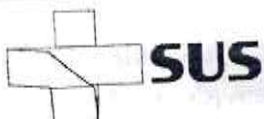
algarine



INICIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: _____

MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
JANEIRO																
FEBREIRO																
MARÇO																
ABRIL																
MAIO																
JUNHO																
JULHO																
AGOSTO																
SETEMBRO																
OUTUBRO																
NOVEMBRO																
DEZEMBRO																

1.000



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0401010066	INCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	225142 - Médico do PSF		
02	0401010031	DRENAGEM DE ABCESSO	225142 - Médico do PSF		
03	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
04	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	225142 - Médico do PSF		
05	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
06	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCUL (TRAT. SUPER)	225142 - Médico do PSF		
07	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
08	0301040028	ATENDIMEN. CLINICO P/ INDICAC., FORNECIMENTO, INSERÇÃO DE DIU	225142 - Médico do PSF		
09	0214010015	GLICEMIA CAPILAR	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
10	0301100020	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAM. EM ATEN. BÁSICA (P/ PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
11	0301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
12	0301100152	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
13	0301100187	TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
14	0401010023	CURATIVO - GRAU I C / OU S/ DEBRIDAMENTO (POR ACIDENTE)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
15	0301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
16	0201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL (ATÉ 02 MESES)	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
17	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		
18	0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322250 - Aux. Enferm. do PSF		
19	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	515105 - ACS'S		
20	0101030010	VISTA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	322430 - ACD		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

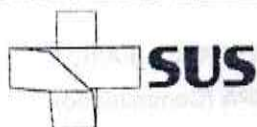
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

--	--	--	--

FOLHA

--	--



ATENIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
16	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
17	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
18	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
19	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
20	0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

--	--	--	--	--

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

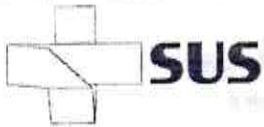
CARIMBO RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

--	--

MÊS ANO

--	--	--	--	--	--



FOLHA

--	--	--	--

ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

TOTAL

--	--	--	--	--	--

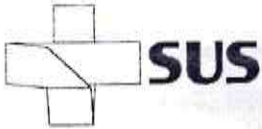
Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA	/ /



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF: MÊS: ANO: FOLHA:



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
02	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
03	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
04	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
05	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
07	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
08	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
09	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
10	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
15	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010129	CONSULTA PUERPERAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO: RUBRICA:

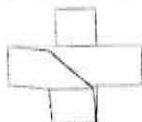
DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO: RUBRICA:

DATA: / /

Luizena

**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da
Saúde**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS**
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)**Dados Operacionais**

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA

**ATENDIMENTO REALIZADO**

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010021	CONSULTA C/ IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010013	CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRAT. SUPER)	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	225142 - Médico do PSF		
06	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	223293 - Cir. Dentista PSF		
08	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	515105 - ACS'S		
09	0101010010	ATIVIDADE EDUCAT./ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATEN. BÁSICA	322250 - Aux. Enfem. do PSF		
10	0201020033	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOL. DE COLO UTERINO	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA