

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

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

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)	M(TN)
N° PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Escuta Inicial/Orientação													
	Consulta no Dia													
Atendimento*	Atendimento de Urgência													
	Atendimento Domiciliar													
Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legenda)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Aleitamento materno (ver legenda)														
Gestante	DUM													
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma													
	Desnutrição													
	Diabetes													
	DPOC													
	Hipertensão arterial													
	Obesidade													
	Pré-natal													
	Puericultura													
	Puerpério (até 42 dias)													
	Saúde sexual e reprodutiva													
	Tabagismo													
	Usuário de álcool													
Usuário de outras drogas														
Saúde mental														
Reabilitação														



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

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

**Local de Atendimento:** 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

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

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

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

\* Campo obrigatório