



Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Núcleo de Planejamento em Saúde



SISTEMA DE INFORMAÇÃO e-SUS/AB: ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA ESF



Fonte: DAB/MS

TEMA DENSO...



MAS PRECISO DE GERAL ANIMADO



DINÂMICA 1



SISTEMA DE INFORMAÇÃO

OBJETIVOS

```
graph LR; A[OBJETIVOS] --> B[Coletar]; A --> C[Processar]; A --> D[Transmitir]; A --> E[Disseminar]; B --> F[Dados]; C --> F; D --> F; E --> F;
```

Coletar

Processar

Transmitir

Disseminar

Dados

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Facilitam nas organizações

```
graph LR; A[Facilitam nas organizações] --> B[Planejamento]; A --> C[Controle]; A --> D[Coordenação]; A --> E[Análise]; A --> F[Processo decisório];
```

The diagram features a central red rounded rectangle on the left containing the text 'Facilitam nas organizações'. Five teal arrows originate from the right side of this rectangle and point towards five bold black text labels arranged vertically on the right: 'Planejamento', 'Controle', 'Coordenação', 'Análise', and 'Processo decisório'.

Planejamento

Controle

Coordenação

Análise

Processo decisório

e-SUS AB

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS

É o atual sistema de
informação da Atenção
Básica

Incentiva o uso da informação
no campo da saúde, com o
objetivo de melhorar a
qualidade desta.

FINALIDADE

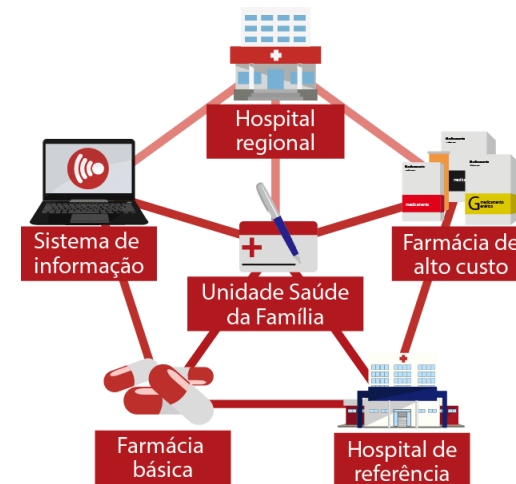
Individualizar o registro



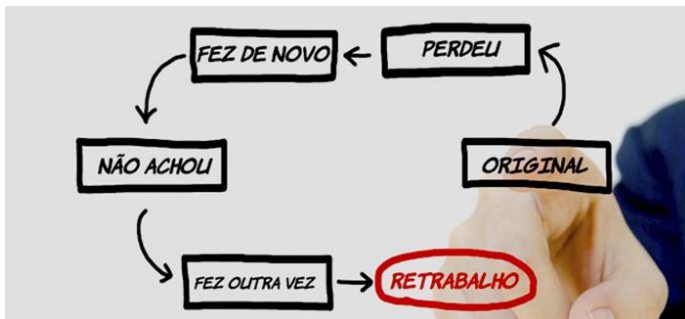
Integrar a informação



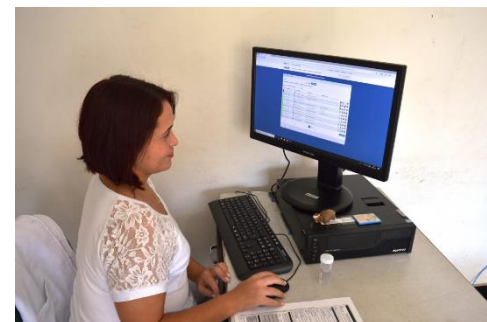
Integrar os serviços



Reduzir o retrabalho na coleta de dados



Informatizar as unidades



FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL

INDICADOR	PARÂMETRO	META	PESO
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	>=80%	60%	1
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	>=95%	60%	1
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	>=90%	60%	2
Cobertura de exame citopatológico.	>=80%	40%	1
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente.	>=95%	>=95%	2
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.	>=90%	50%	2
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	>=90%	50%	1

FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL

Indicadores para pagamento em 2021 e 2022:

- I. Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;
- II. Ações no cuidado puerperal;
- III. Ações de puericultura (crianças até 12 meses);
- IV. Ações relacionadas ao HIV;
- V. Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
- VI. Ações odontológicas;
- VII. Ações relacionadas às hepatites;
- VIII. Ações em saúde mental;
- IX. Ações relacionadas ao câncer de mama; e
- X. Indicadores Globais

PREFAPS

Indicadores	Meta
I. Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família.	0,30
II. Razão entre atendimentos de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família.	0,2
III. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	75%
IV. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	75%



PREFAPS

Indicadores	Meta
V. Cobertura de Triagem Neonatal	75%
VI. Razão entre o número de atendimentos médicos e de enfermeiros de hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	75%
VII. Razão entre o número de atendimentos médicos e de enfermeiros de diabéticos na APS e o número de diabéticos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	75%
VIII. Proporção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família (eSB/SF) que realizam, no mínimo, 50% de ações do rol mínimo preconizado	75%

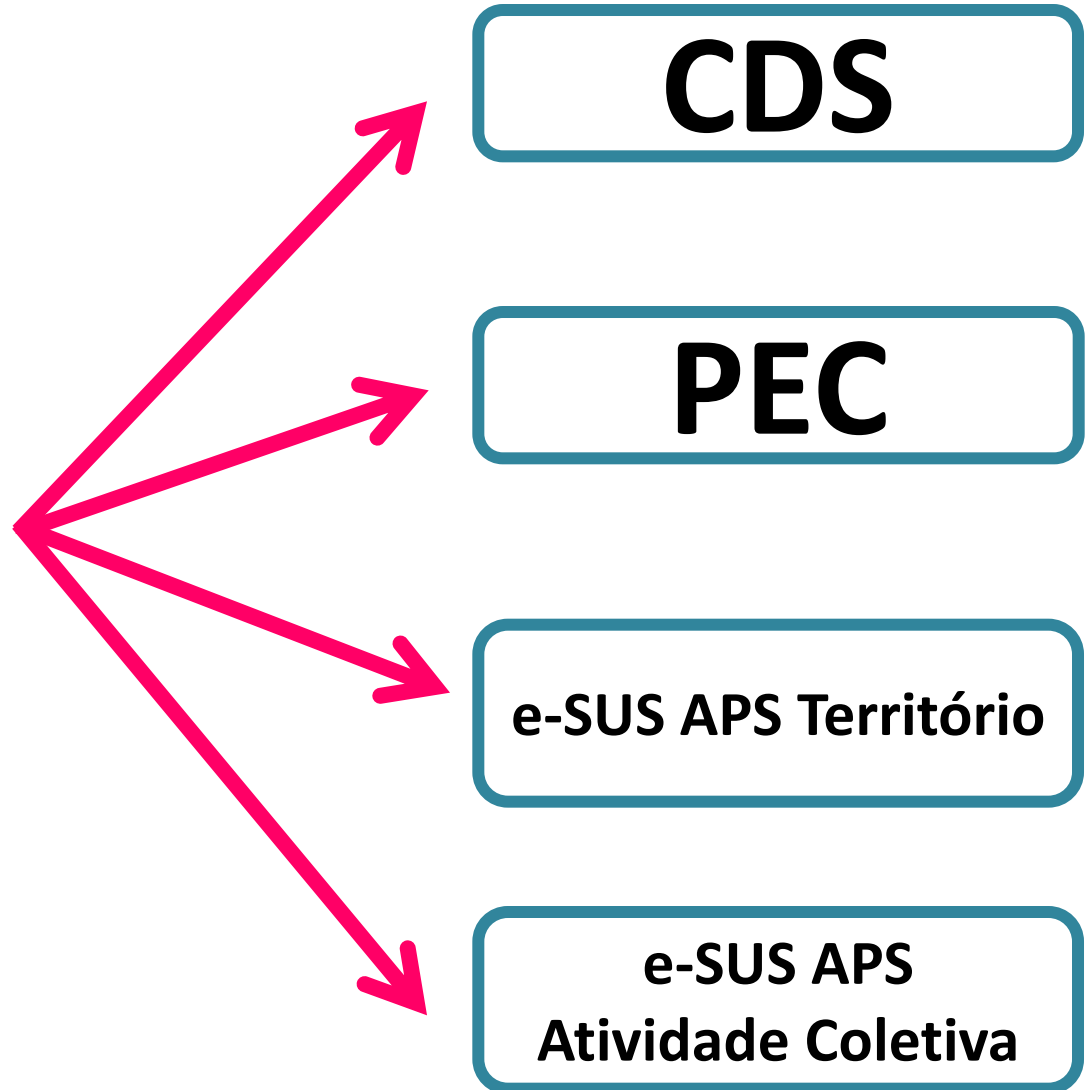


SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE DADOS

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS



CDS

PEC

e-SUS APS Território

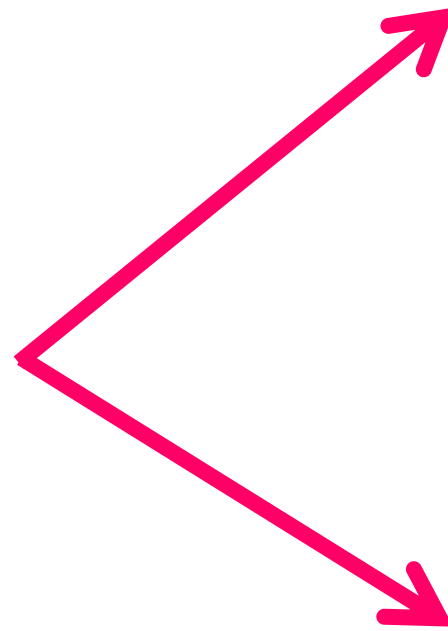
e-SUS APS
Atividade Coletiva

SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE DADOS

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



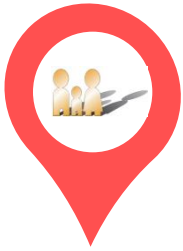
Fonte: DAB/MS



CDS

PEC

LINHA HISTÓRICA



2011:
Reestruturação
do SIAB



2013:
e-SUS APS
CDS (Maio)



2013:
PEC
(Agosto)



2016:
e-SUS APS
Território



2018:
e-SUS APS
Ativ. Coletiva

COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA

- ✓ Meio de coleta de dados para UBS sem informatização;
- ✓ Coletam dados de cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas equipes de AB.



Fonte: DAB/MS

FICHAS ATUAIS UTILIZADAS NA ESF EM DC

Cadastro individual



Cadastro domiciliar e territorial



Ficha de atendimento individual



Ficha de atendimento odontológico



Ficha de atividade coletiva



Ficha de procedimentos



Ficha de visita domiciliar e territorial



Marcadores de consumo alimentar



Ficha de avaliação de elegibilidade



Ficha de atendimento domiciliar



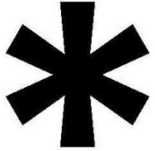

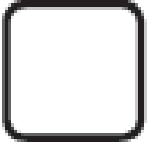
Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia




Ficha de vacinação



OBSERVAÇÕES

	Campo de preenchimento obrigatório
	Opção única
	Opção múltipla

PROCEDIMENTOS

 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*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNS OU CPF DO CIDADÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia/mês		/		/		/		/		/		/	
	Ano		/		/		/		/		/		/	
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de atendimento*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta social/orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de unha (contoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltração em cavidade sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste do olhoinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

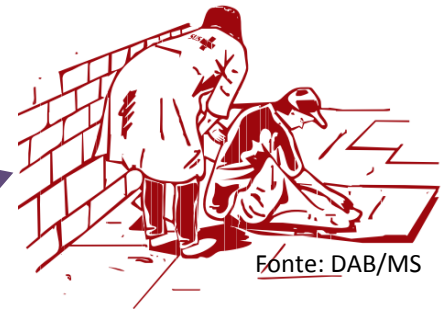
✓ Utilizada para a coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM

- ✓ Profissionais de nível superior (exceto dentista) ou de nível médio da área da saúde (exceto técnicos e auxiliares de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde).



Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS




Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL E LOTAÇÃO

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	INDICADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-__	_____	_____	/ /

Fonte: DAB/MS

DADOS DO USUÁRIO

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															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)
Local de atendimento*															

ESCUITA INICIAL/ORIENTAÇÃO

Escuta inicial/orientação



Fonte: DAB/MS

- ✓ É o Acolhimento.
- ✓ O profissional deve tentar resolver a demanda.

PROCEDIMENTOS

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

Fonte: DAB/MS

OUTROS PROCEDIMENTOS

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

✓ Código Sigtap, se não estiver contemplado na lista.

OUTROS PROCEDIMENTOS

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos

O outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)

- ✓ Acessar:
<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
- ✓ Inserir código Sigtap, se não estiver contemplado na lista.

Usuário: publico

Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:	<input type="text"/>
Sub-Grupo:	<input type="text"/>
Forma de Organização:	<input type="text"/>
Código:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>

Origem

Código:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

Documento de Publicação

Documento:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Ano:	<input type="text"/>	Orgão:	<input type="text"/>

Competência

Competência:	<input type="text" value="10/2019"/>
--------------	--------------------------------------



■ Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:	03 - Procedimentos clínicos ▼
Sub-Grupo:	09 - Terapias especializadas ▼
Forma de Organização:	05 - Práticas integrativas e complementares ▼
Código:	<input type="text"/>
Nome:	auriculoterapia

Origem

Código:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

Documento de Publicação

Documento:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Ano:	<input type="text"/>	Orgão:	<input type="text"/>

Competência

Competência:	10/2019 ▼
--------------	-----------



Procedimento

 [03.09.05.004-9 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA](#)

EXEMPLOS

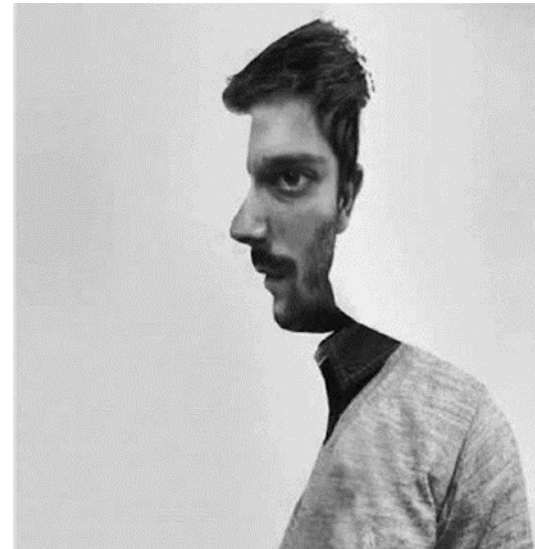
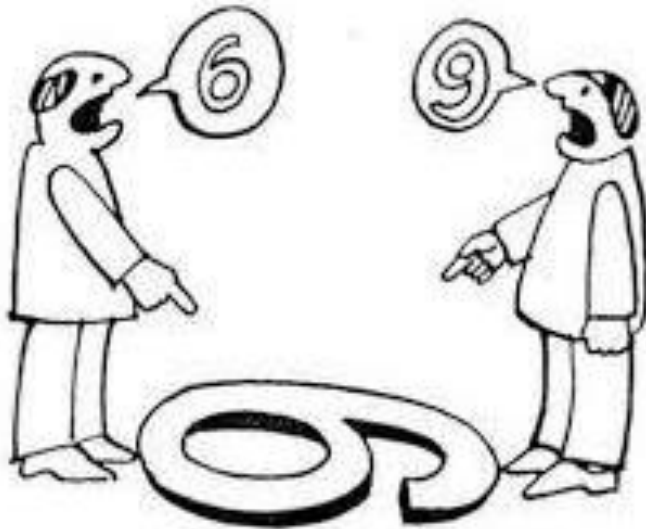
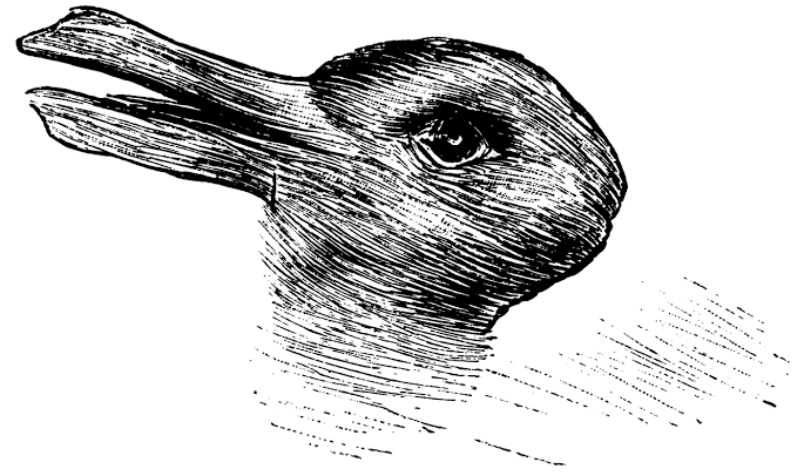
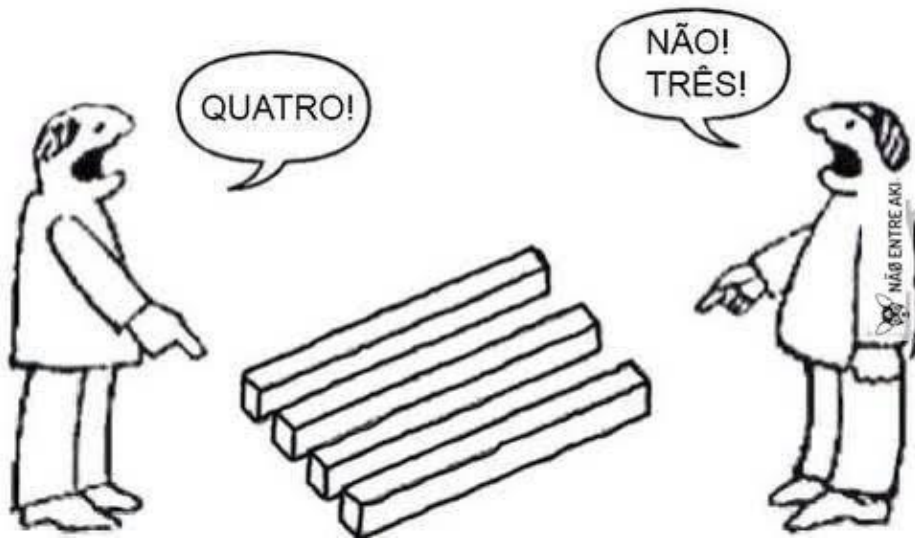
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PA
03.09.05.012-0	AROMATERAPIA
03.09.05.004-9	AURICULOTERAPIA
03.09.05.013-8	CROMOTERAPIA
03.09.05.020-0	FITOTERAPIA
03.09.05.018-9	FLORAIS
03.09.05.019-7	HOMEOPATIA
03.09.05.005-7	MASSOTERAPIA
03.09.05.010-3	REIKI

PROCEDIMENTOS CONSOLIDADOS


Procedimentos consolidados			
Total no período	Aferição de PA	033	
	Aferição de temperatura	013	
	Curativo simples	009	
	Coleta de material para exame laboratorial	□□□	
	Glicemia capilar	014	
	Medição de altura	053	
	Medição de peso	053	

- ✓ Destina-se principalmente aos profissionais que ficam na sala de procedimentos. Ex: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- ✓ Consolidar o total que fez no dia. Não é preciso preencher o CNS/CPF dos usuários, exceto se o usuário for hipertenso.

DINÂMICA 2



FICHA DE VACINAÇÃO

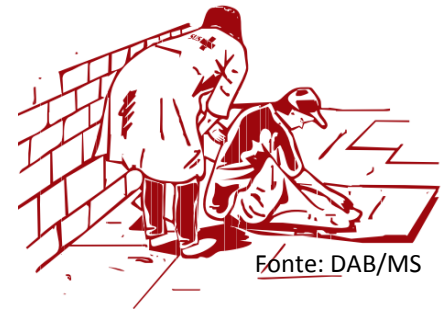
		FICHA DE VACINAÇÃO				DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____			
		CONFERIDO POR: _____		FOLHA Nº: _____					
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* _____		CBO* _____		CNES* _____		INE* _____			
						DATA* ____/____/____			
Nº TURNO		1	2	3	4	5	6	7	8
Nº PRONTUÁRIO		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CNS OU CPF DO CIDADÃO		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento* Dia / mês / Ano		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local de Atendimento* (ver legenda)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SITUAÇÃO DE 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"/>
IMUNIZADO*	BCG	Estratégia	<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"/>
		Comun. Hansen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hepatite B	Estratégia	<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"/>
		Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pentavalente	Estratégia	<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"/>
		Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIP	Estratégia	<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"/>	
	Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rotavírus humano	Estratégia	<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"/>	
	Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Febre amarela	Estratégia	<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"/>	
	Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fabricante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

É utilizada para registro de informações das vacinas aplicadas na rotina, campanhas ou demais estratégias realizadas na Atenção Básica.

Identifica as vacinas que foram aplicadas no cidadão, assim como o profissional que a realizou.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM

- ✓ Enfermeiros;
- ✓ Técnicos de enfermagem;
- ✓ Médicos.



Fonte: DAB/MS



Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL



FICHA DE VACINAÇÃO

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

□□□□□□□□□□□□□□□□

□□□□-□□

□□□□□□□□

□□□□□□□□□□

/ /



Dados do Profissional que aplicou a vacina

LOCAL DE ATENDIMENTO

Local de Atendimento* <i>(ver legenda)</i>	<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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional
Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1ª reforço R2 - 2ª reforço

***Campo obrigatório**

IMUNOBIOLOGICO

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								



Para cada vacina aplicada o profissional deverá indicar a estratégia, a dose, o lote e o fabricante do imunobiológico. A estratégia e a dose obedecerão à legenda disponível no verso da ficha.

ESTRATÉGIA

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								

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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional

Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço

***Campo obrigatório**

DOSES

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								

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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional

Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço

***Campo obrigatório**

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS

- ✓ Para outros imunobiológicos não constantes na listagem (até cinco por ficha), como vacinas especiais, soros e Imunoglobulinas.
- ✓ Descrevê-los a partir da sua nomenclatura oficial disponibilizada pela CGPNI.

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS	_____	Estratégia	<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"/>
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<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"/>
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<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"/>
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<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"/>
		Lote							
		Fabricante							
_____	Estratégia	<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"/>	
	Lote								
	Fabricante								

DINÂMICA 2



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

TURNO:* <input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	_____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES	_____	_____
_____	_____	_____	_____
OUTRA LOCALIDADE:		_____	_____
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/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	Diagnóstico 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)*		PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde	<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"/> 05	Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<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/andropausa/etc	<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		Código do SIGTAP _____
		<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
		<input type="checkbox"/> 17	Outros				

FINALIDADE

- ✓ Registrar as ações realizadas em grupo pelas equipes, conforme as necessidades do território e da própria equipe.

- ✓ **Organização:**
 - a) Azul escuro: ações para a organização do processo de trabalho da equipe;
 - b) Azul claro: ações de saúde para a população.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM



Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



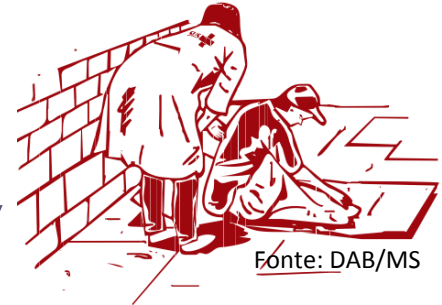
PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA



Fonte: DAB/MS

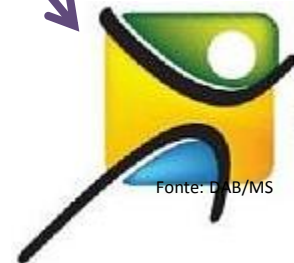


Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS

**Equipes do
Sistema
Prisional**



Fonte: DAB/MS

CABEÇALHO

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	ELABORADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA: /

TURNO

TURNO:* (M) (T) (N)

PSE

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Educação Saúde

✓ Se a atividade for feita em conjunto pode assinalar os 2.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A Saúde e a Educação Juntas no mesmo ritmo.

**CRIANÇAS E JOVENS: PARTICIPEM!
VERIFIQUE NA SUA ESCOLA SE ELA
ESTÁ INSCRITA NO PROGRAMA.**

DESGUE SAÚDE
136
Ouça o 136 em 24h
www.saude.gov.br

**Melhorar sua vida,
nosso compromisso.**

SUS

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

CENTENÁRIO DO SUL

LOCAL DE ATIVIDADES

LOCAL DE ATIVIDADE	
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	CNES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
OUTRA LOCALIDADE:	

Situação	Exemplos	Observações
INEP	Identificador Nacional de Escola Pública	Preencher se atividade estiver vinculada ao PSE (tanto na escola ou fora dela)
CNES	Atividade realizada em outro estabelecimento de saúde que não o estabelecimento de origem da equipe	Ex: CAPS Imbariê
Outra	Locais existentes. Ex: igreja; Associação	Não pôr: Tamarineira; Jaqueira;

PARTICIPANTES

Nº DE PARTICIPANTES* _ _ _	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _ _ _
---------------------------------------	---

Exemplos de Avaliações alteradas:

- ✓ Para os sujeitos identificados no verso;
- ✓ Diminuição da acuidade visual;
- ✓ Obesidade, Sobrepeso ou Baixo Peso.

REUNIÕES

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

Campo	Orientações
Reunião de Equipe	Própria equipe. Ex: ESF Parada Angélica I.
Reunião com Outras Equipes	Ex: ESF Parada Angélica I + ESF Parada Angélica I , II e III; ESF Centenário + NASF I; ESF Trevo das Missões + CnR; ESF Cidade dos Meninos + NAI.
Intersectorial / Conselho Local / Controle Social	Ex: Associação de Moradores; Igreja; Escola; Conselho Tutelar

TEMAS

Tema	Orientações
Questões Administrativas / Funcionamento	Ex: Escala de Acolhimento; Escala da Campanha de Sarampo; Férias; DAC.
Processo de trabalho	Ex: Organização do Outubro Rosa; Divisão da equipe; Situações da equipe.
Diagnóstico / Monitoramento do território	Condições sanitárias; risco para Arboviroses.
Planejamento / Monitoramento	A partir de indicadores e dados epidemiológicos. Ex: PMAQ; Indicadores de cobertura vacinal.
Discussão de Casos / PTS	Ex: Montar PTS com NASF para uma família em extrema pobreza, desnutridos, condições sanitárias péssimas, crianças sem registro e abuso de drogas.
Educação Permanente	Contextualizada com as necessidades da equipe. Ex: Caso de Esporotricose.
Outros	

ATIVIDADES COM A COMUNIDADE

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

ATIVIDADES DE SAÚDE

Tema	Orientações	Identificação
Educação em saúde	Ex: “palestras”; roda de conversa; encenações; sala de espera	Não
Atendimento em grupo	Ex: Grupo de Idosos; Grupo de caminhadas;	Sim
Avaliação / Procedimento Coletivo	Ações em grupo. Ex: Avaliações antropométricas; Teste Acuidade Visual.	Sim
Mobilização Social	Redes sociais de apoio e convivência solidária Ex: Mutirão Arboviroses	Não

PÚBLICO ALVO

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	
01	Comunidade em geral
02	Criança 0 a 3 anos
03	Criança 4 a 5 anos
04	Criança 6 a 11 anos
05	Adolescente
06	Mulher
07	Gestante
08	Homem
09	Familiares
10	Idoso
11	Pessoas com doenças crônicas
12	Usuário de tabaco
13	Usuário de álcool
14	Usuário de outras drogas
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental
16	Profissional de educação
17	Outros

- ✓ Pode marcar mais de um. Ex:
Bolsa Família – Crianças,
Adolescentes e Mulheres.
- ✓ Preenchimento obrigatório de 04 a 07;
- ✓ Comunidade em geral marcar quando não possuir público específico.

TEMAS

TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	
01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>
02	Agravos negligenciados
03	Alimentação saudável
04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
05	Cidadania e direitos humanos
06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas
07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc
08	Plantas medicinais/fitoterapia
09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
10	Saúde ambiental
11	Saúde bucal
12	Saúde do trabalhador
13	Saúde mental
14	Saúde sexual e reprodutiva
15	Semana saúde na escola
16	Outros

✓ Obrigatório para 04, 05 e 07.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nº	CNS DO CIDADÃO*** <small>CNS</small> <small>OP</small>	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ✓ Se a atividade for uma avaliação antropométrica, preencher Peso e Altura. Ex: Bolsa Família; SISVAN.
- ✓ Acuidade Visual: Anotar só as avaliações alteradas.

LEGENDA

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

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**

*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

 MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA:
	CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____

Nome do Cidadão*: _____

Data de nascimento*: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino Local de Atendimento*: _____

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jeringim, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Figado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADULTOS, IDOSOS, AGENTES E CUIDADORES	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

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

**Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UB5 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

- ✓ É para avaliar e registrar as práticas alimentares;
- ✓ Constitui-se como uma oportunidade para o profissional orientar sobre práticas alimentares adequadas e saudáveis;
- ✓ Permite a identificação de marcadores positivos ou negativos da alimentação;
- ✓ É dividida por grupos populacionais.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM



Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



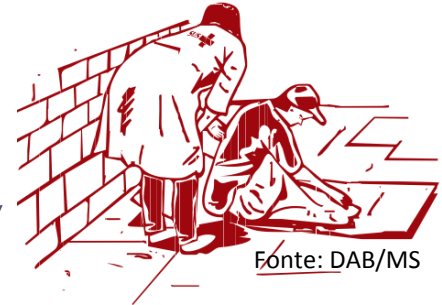
PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA



Fonte: DAB/MS

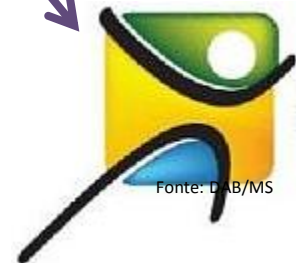


Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS

**Equipes do
Sistema
Prisional**



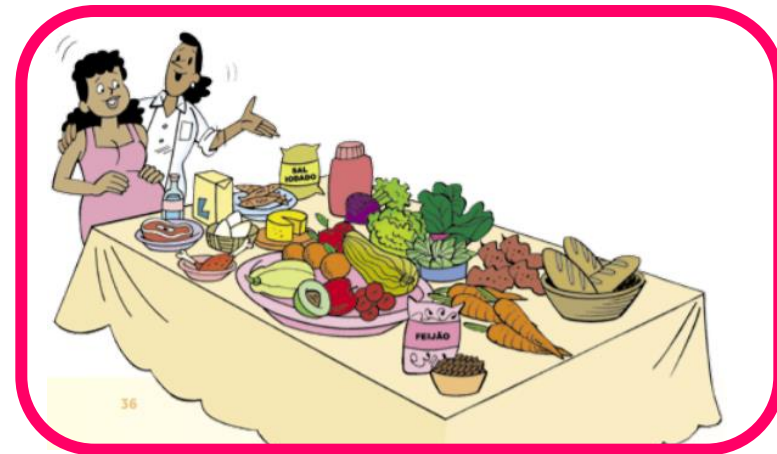
Fonte: DAB/MS

HÁBITOS NOCIVOS



POPULAÇÃO ALVO EM DUQUE DE CAXIAS


POPULAÇÃO ALVO	CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO
Crianças de 0 < 6 meses	1 ao nascer e outra até 5 meses e 29 dias
Gestante	1 avaliação até a segunda consulta



PREENCHIMENTO

ENTREVISTA	Qualquer profissional de saúde da equipe
ORIENTAÇÕES	Profissionais de Nível Superior

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO: <input type="text"/>			
Nome do Cidadão:*  Não esquecer			
Data de nascimento:* / /	Sexo:* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	Local de Atendimento:* __	

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

Menores de 6 meses



CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe



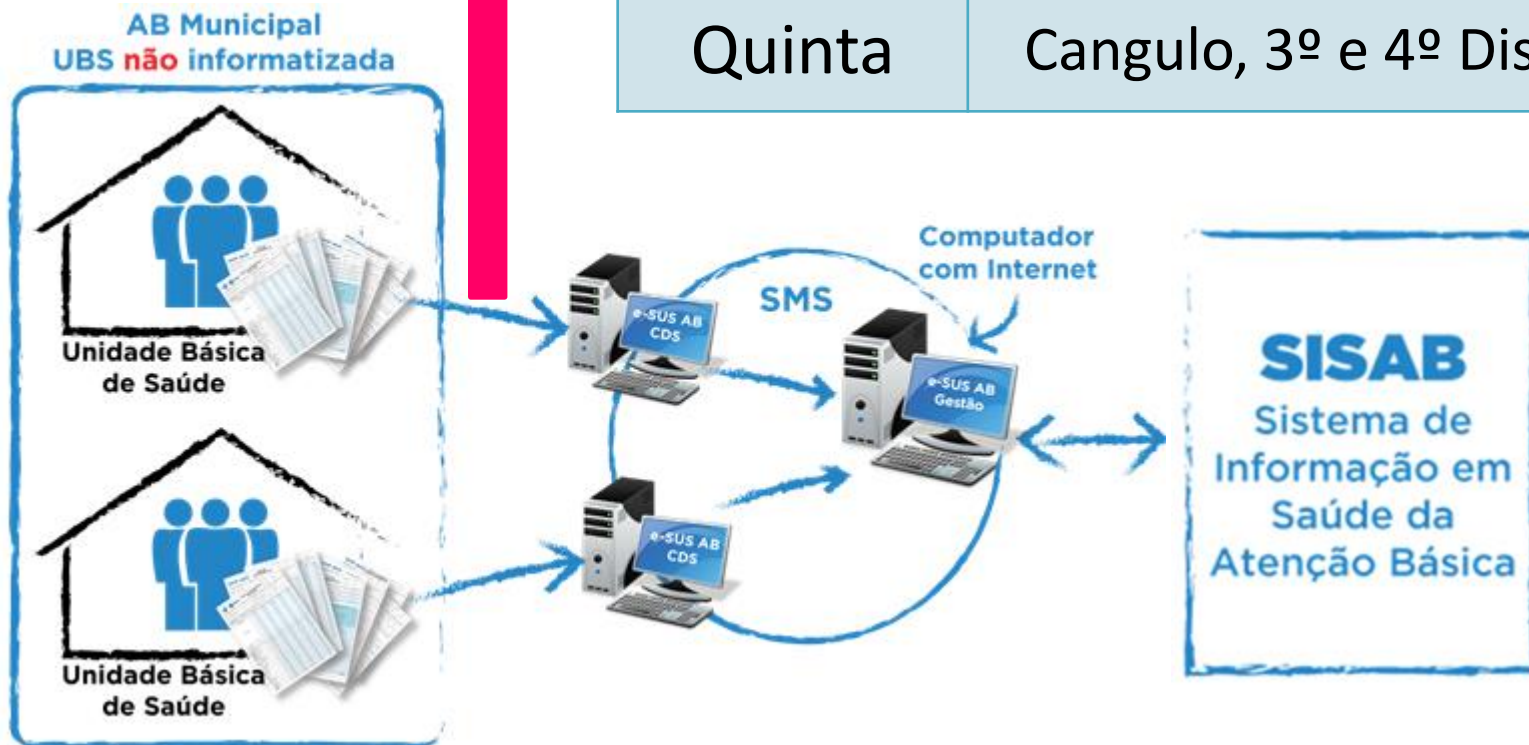
GESTANTES

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem , você consumiu:						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				



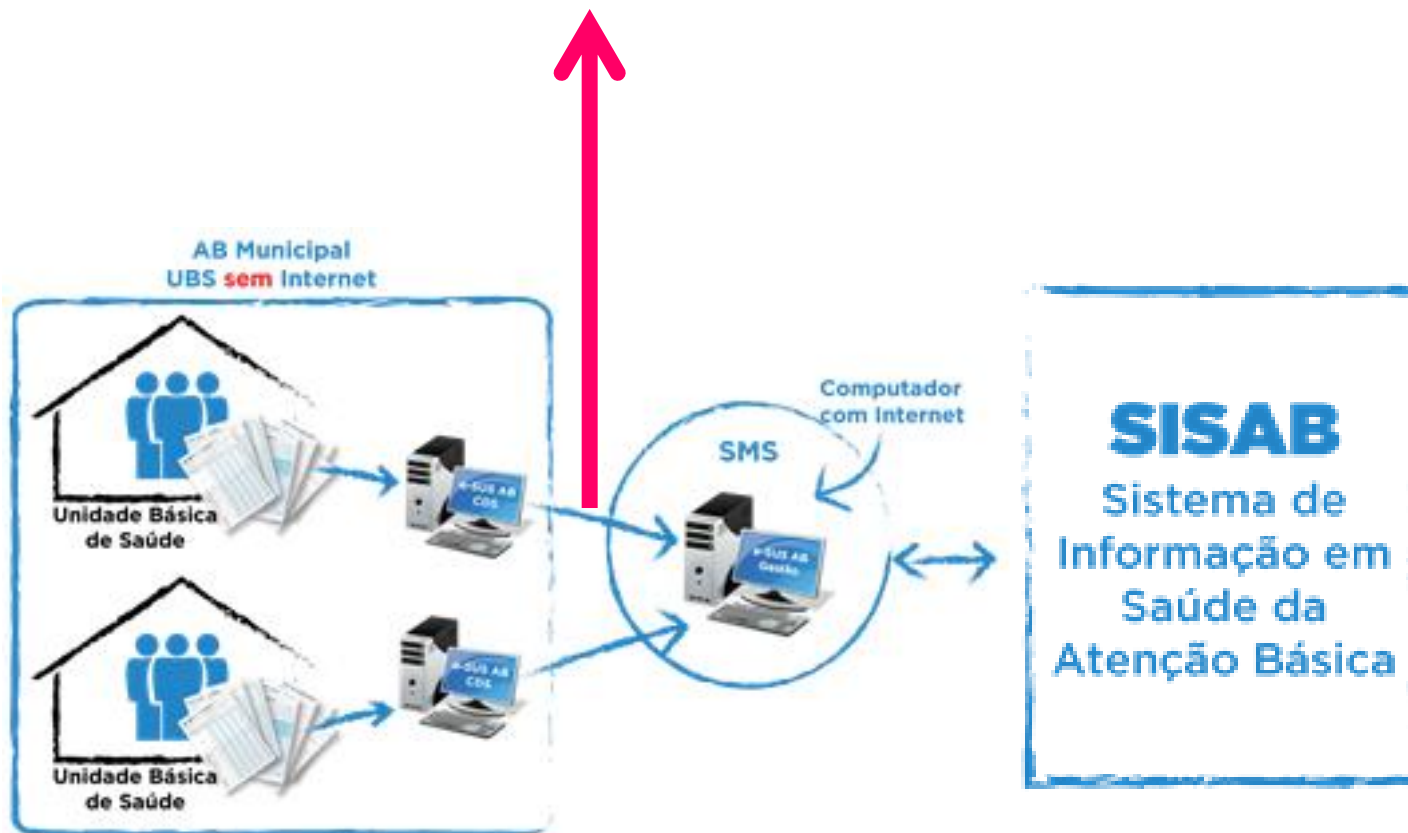
DIGITAÇÃO CENTRALIZADA

Segunda	1º Distrito
Terça	1º e 2º Distritos
Quarta	3º Distrito
Quinta	Cangulo, 3º e 4º Distritos



DIGITAÇÃO DESCENTRALIZADA

- ✓ N° de unidades:
- ✓ Os dados são recolhidos 1x/mês.



O TEMPO...



“Eu vejo um museu de grandes novidades, o tempo não para...”

Cazuza.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 3.2 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



OBRIGADA



Contatos do Núcleo de Planejamento/DAB/SMS:

E-mail: np.dap.sms@gmail.com

Telefone: 2773-6314