

CDS

COLETA DE DADOS
SIMPLIFICADA (CDS)

GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA APS

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

1ª Edição - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Saúde da Família

Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária

St. de Administração Federal Sul Q 1 - G,

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo "B", 4º andar

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2432

E-mail: esusab@saude.gov.br, esusab.nti@saude.gov.br

Site: aps.saude.gov.br/ape/esus

Supervisão geral:

Lucas Alexandre Pedebos

Coordenação Técnica Geral:

João Geraldo de Oliveira Junior

Elaboração:

Ana Claudia Cielo

Igor Carvalho Gomes

Jéssica Barros Duarte

João Geraldo de Oliveira Junior

Diagramação, Capa e Projeto Gráfico:

Alexandre Soares de Brito

Diogo Ferreira Gonçalves

INDICADOR 01:

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal (PN) realizadas, sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação.

OBJETIVO: Informar às equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA: médico e enfermeiro

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Nº de gestantes com 6 consultas pré-natal, com 1ª até 20 semanas de gestação

$$\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^\circ \text{ gestantes identificadas} \right)^1$$


¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº gestantes com 6 consultas PN, com a 1ª até 20 semanas de gestação.

DENOMINADOR: N° gestantes identificadas

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico e enfermeiro.

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL			DIGITADO <input type="text"/>	enfermeiro.
				CONFERIDO POR: <input type="text"/>	

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5
TURNO*	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO					

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Data de nascimento*	Dia/mês
	Ano
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

/	/
(F) (M)	(F) (M)

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)

[illegible]

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*					
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal".

A seguir, são listados os demais códigos para as condições da gestante.

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Exames avaliados: médico e enfermeiro
- ✓ Teste rápido: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem


Nº gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS

$$\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^\circ \text{ gestantes identificadas} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: N° de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE PROCEDIMENTOS		DIGITADO POR:	O cabeçalho deve ser preenchido corretamente para CBOs considerados médicos, enfermeiros e de enfermagem.
				CONFERIDO POR:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*		

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5
TURNO*	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T
Nº PRONTUÁRIO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO					

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Data de nascimento*	Dia/mês	
	Ano	
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		


A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente

/	/	/
(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Procedimento/Pequenas cirurgias										
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Exérese/biópsia/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"/>
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	Teste do olhinho (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"/>
	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"/>
Teste rápido	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>

Registrar no campo Procedimentos/pequenas cirurgias o campo rápido de teste rápido para HIV e para Sífilis.

Dados do Cabeçalho da ficha										
		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR _____ CONFERIDO POR _____				
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		INE*				
CNS DO PROFISSIONAL		CBO		CNES		INE				

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico e enfermeiro.


Identificação do Cidadão											
Nº	1	2	3	4	5						
TURNOS*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	
Nº PRONTUÁRIO											
CNS OU CPF DO CIDADÃO											

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)											
solicitados (S) e avaliados (A)	LDL	S	A	S	A	S					
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S					
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S					
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S					
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados os campos rápidos para sorologia para HIV (**Avaliado**) e sorologia de Sífilis (VDRL) (**Avaliado**)

DENOMINADOR: Nº gestantes identificadas*Dados do Cabeçalho da ficha*

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFIRMAÇÃO:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*		
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /	

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNOS*	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Data de nascimento*	Dia/mês/ano	/	/	/
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(M) (F) (M) (F) (M)			

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente

Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)

Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/	/
		Ano			
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)				
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	

Registrar no campo DUM o dia, o mês e ano da data da última menstruação da gestante e/ou idade gestacional no formato de semanas.

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal".

INDICADOR 03:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

OBJETIVO: Informar às equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Atendimento de pré-natal: médico e enfermeiro
- ✓ Atendimento odontológico: dentista

FÓRMULA DE CÁLCULO:


Nº gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico

$$\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } \text{Nº gestantes identificadas} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:
				CONFERIDO POR:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será o de dentista.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	
TURNO*	M	T	N	M	T	N
Nº PRONTUÁRIO						
CNS OU CPF DO CIDADÃO						


É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Atendimento Odontológico									
Tipo de atendimento*	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"/>
	Demanda Espontânea	Escuta inicial/Orientação	<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"/>
		Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de consulta**	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"/>
	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"/>
	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"/>
Vigilância em Saúde Bucal*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
Procedimentos (quantidade realizada)	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>

Preencher os demais campos necessários para o atendimento odontológico realizado na gestante.

DENOMINADOR: Nº gestantes identificadas

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*		
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES		

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	13
TURNOS*	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO					

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/
		Ano						
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino								(F) (M)

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)

Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/		
		Ano				
	Gravidez Planejada		SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)		_	_	_	_
	Gestas Prévias/Partos		/	/		

Registrar no campo DUM o dia, o mês e ano da data da última menstruação da gestante e/ou Idade Gestacional no formato de semanas.

INDICADOR 04:

Cobertura de exame citopatológico.

OBJETIVO: Informar às equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Coleta do exame: médico e enfermeiro
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde


FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos ou Nº mulheres de 25 a 64 anos cadastradas} \right)^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS		DIGITADO POR:	DATA:
			O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de médico e enfermeiro.	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNOS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="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"/>
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Data de nascimento*	Dia/mês	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ano	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino					<input type="radio"/> (F) <input type="radio"/> (M)

A data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.


Procedimento/Pequenas cirurgias

Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	Exérese/biópsia/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"/>
	Infiltração em cavidade sinovial	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	Teste do olhinho (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"/>
	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"/>

Registrar no campo Procedimentos/pequenas cirurgias apenas o campo rápido de coleta de citopatológico de colo uterino.

DENOMINADOR: N° de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas

Dados do Cabeçalho da ficha

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

Identificação do Cidadão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS OU CPF DO CIDADÃO _____		_____			
NOME COMPLETO: * _____					
NOME SOCIAL: _____				DATA DE NASCIMENTO: * _____	
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/PA) _____	
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 NASCIMENTO: ** _____	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** _____			
DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / /		TELEFONE CELULAR: () _____		E-MAIL: _____	

É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro. Especialmente o CPF ou CNS com número válido.

INDICADOR 05:

Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente.

OBJETIVO: Informar às equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Vacinação: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde

FÓRMULA DE CÁLCULO:


Nº de 3ª doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano

$$\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } \text{Nº crianças cadastradas} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº de 3ª doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE VACINAÇÃO		O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* <input type="text"/>	CBO* <input type="text"/>	CNES* <input type="text"/>		

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNOS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="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"/>
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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.


Imunobiológico

IMUNOBIOLOGICO*		Estratégia													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pentavalente	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VIP	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Pneumocócica 10V (conjugada)	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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Registrar no campo Imunobiológico os dados das vacinas aplicadas referente a 3ª dose da VIP e 3ª dose da Pentavalente.

DENOMINADOR: Nº de crianças cadastradas

Dados do Cabeçalho da ficha

		CADASTRO INDIVIDUAL	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INI

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Todos os profissionais que compõe a equipe de Saúde podem realizar o cadastro.

Identificação do Cidadão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
CNS OU CPF DO CIDADÃO <input type="text"/>		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="text"/>		
NOME COMPLETO: * <input type="text"/>				
NOME SOCIAL: <input type="text"/>				
RAÇA/COR: * <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena Etnia:** <input type="text"/>				
NOME COMPLETO DA MÃE: * <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NOME COMPLETO DO PAI: * <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE: * <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO: ** <input type="text"/>		DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** <input type="text"/>		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** <input type="text"/>		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / /		TELEFONE CELULAR: () <input type="text"/>		E-MAIL: <input type="text"/>

É **imprescindível** registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.

INDICADOR 06:

Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre

OBJETIVO: Informar às equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Aferição da PA: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem
- ✓ Atendimento a pessoa com hipertensão: médico e enfermeiro


FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{\left(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS } \text{ou} \text{ Nº hipertensos identificados} \right)^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº de hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS			DIGITA	O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.
				CONF	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*		

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO	CNS												
	CPF												

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Procedimento/Pequenas cirurgias

[illegible]

Problema/Condição Avaliada											
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido de hipertensão arterial.

Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:


- ✓ Solicitação de hemoglobina glicada: médico e enfermeiro
- ✓ Atendimento a pessoa com diabetes: médico e enfermeiro

Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses

$$\left(\text{Paramêtro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS } \text{ ou } \text{N}^{\circ} \text{ diabéticos identificados} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

Dados do Cabeçalho da ficha


		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DIGITADO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____
				CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	<p>O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de médico e enfermeiro.</p>	
_____	_____	_____		
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES		
_____	_____	_____		

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)	(M,T,U)
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

[illegible]

DENOMINADOR: N° de diabéticos identificados*Dados do Cabeçalho da ficha*

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N
N° PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													

É **imprescindível** registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido.

Problema/Condição Avaliada

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												

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido diabetes.

**DISQUE
SAÚDE
136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL