



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



ENCAMINHAMENTO

Do CAPS: Capistrano

Para: _____

Solicito acompanhamento do (a) Sr (a) _____, com suspeita diagnóstica de _____, admitido no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial de Capistrano em ___/___/___, em uso dos seguintes fármacos: _____

Motivo da solicitação: _____

Capistrano (CE), _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Assinatura do Profissional

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial de Capistrano
Rua José Galdino Ferreira Lima, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano
Fone: (85) 992013269 - E-mail: caps-capistrano@yahoo.com.br







ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



CLIENTE _____

DATA ____/____/____

TOMAR O REMEDIO RECEITADO DA SEGUINTE MANEIRA

REMÉDIO	HORÁRIO			
	 CAFÉ	 ALMOÇO	 JANTAR	 DEITAR

Dr (a). _____

Seu tratamento não termina quando o remédio acaba, mas somente quando o médico mandar parar de tomar o remédio.

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS,
Rua Galdino Ferreira Lima, s/n. Centro - Capistrano / CE.
CNPJ. 07.063.589/0001-16 - CEP. 62.748-000, Fone: 92013269
Email: capscapistrano@yahoo.com.br



Realiza ou já realizou acompanhamento de Saúde Mental? Onde? Medicamentos em uso:

**III. HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA:
 (Parto, Desenvolvimento Neuropsicomotor...)**

Alergias a medicamentos? Quais?

Histórias de Crises Convulsivas:

Traumatismos Cranianos:

Intervenções cirúrgicas:

Doenças Peculiares à Infância:

Faz uso abusivo de Bebidas Alcoólicas ou Outras Substâncias Psicoativas? Quais?

Outras doenças:

IV. HISTÓRICO PESSOAL

Vida escolar:

Atividades de lazer, Habilidades e Interesses:

Relacionamento Sócio/Afetivo:



Sexualidade:



V. HISTÓRIA FAMILIAR

(Histórico de patologias clínicas e/ou de transtorno mental na família, suicídio e outros)

VI. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

(Apresentação do cliente no momento da admissão)

- Aparência geral/comportamento
- Discurso (fala): Coerente () Desconexo () Empobrecido () Logorreico ()
- Humor: Eufímico () Embotamento afetivo () Elevado ()
- Memória: Preservada () Prejudicada ()
- Pensamento: Coerente () Acelerado () Lento () Delirante () Obsessivo ()
- Fatores de risco: Suicida () Homicida () Agressividade ()
- Alucinações: Auditiva () Visuais () Olfativas () Cenestésicas
- Compulsão () Fobias () Pensamentos Obsessivos ()
- Orientação: Tempo () Espaço () Autopsíquica ()
- Elabora Juízo Crítico diante de sua situação atual: Sim () Não ()
- Observações importantes

VII. EXAME FÍSICO

VIII. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/SINDROMICA:

IX. PROPOSTA TERAPÊUTICA



Definição de objetivos com o Usuário e propostas de prazo para execução:

ASSISTENTE SOCIAL:

ENFERMEIRO (A):

MÉDICO (A):

PSICÓLOGO (A):

TERAPEUTA OCUPACIONAL:

OUTROS PROFISSIONAIS:

TÉCNICO RESPONSÁVEL
 (Assinatura / Registro Profissional / Data)
 Capistrano / CE ____ / ____ / ____



ACOMPANHAMENTO DE CASOS DA TUBERCULOSE

UNIDADE DE SAÚDE: _____ / MÊS/ANO: _____ / CRES: 4^ª

Nº SINAN	Nome	Data da Notif.	Mun. Res. Atual	Baciloscopia								Situação			Esquema			Sit. Encerram.		Obs. DOTS		
				1º Mês Data	2º Mês Data	3º Mês Data	4º Mês Data	5º Mês Data	6º Mês Data	9º Mês Data	12º Mês Data	15º Mês Data	9º Mês Data	12º Mês Data	15º Mês Data	Data	Motivo					

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO

1- CURA; 2- ABANDONO; 3- ÓBITO; 4- TRANSF. INTERESTADUAL; 5- MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO; 6- TRANSF. INTRAMUNICIPAL; 7- TRANSF. INTERMUNICIPAL; 8- OUTROS.



ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Rua José Saraiva Sobrinho, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano-CE
 CNPJ nº 10.365.809/0001-70 – E-mail: saude@capistrano.ce.gov.br



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE

UNIDADE DE SAÚDE: _____ / MÊS/ANO: _____ / CRES: 4ª

NOME	Nº PRONT	Nº DO SINAN	MUN. RES. ATUAL	DATA DO ÚLTIMO COMPARECIMENTO	FORMA CLÍNICA ATUAL	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL ATUAL	GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA ATUAL	DATA AVALIAÇÃO GRAU DE INCAPACIDADE	ESQUEMA TERAP. ATUAL	TIPO DE ALTA	DATA DA ALTA	OBSERVAÇÃO

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Rua José Saraiva Sobrinho, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano-CE
 CNPJ nº 10.365.809/0001-70 – E-mail: saude@capistrano.ce.gov.br



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO

Secretaria Municipal de Saúde



**ACOMPANHAMENTO MENSAL DE VACINAS ADMINISTRADAS NAS CRIANÇAS RESIDENTES EM
OUTROS MUNICÍPIOS**

UNIDADE DE SAÚDE: _____ MÊS/ANO: _____ / _____ CRES: 4^a

NOME DA CRIANÇA OU DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	VACINA E DOSES ADMINISTRADAS



ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Rua José Saraiva Sobrinho, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano-CE
CNPJ nº 10.365.809/0001-70 – E-mail: saude@capistrano.ce.gov.br



DIGITADO POR: _____

DATA: _____

CONFERIDO: _____



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

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

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

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

TIPO DE DOMICÍLIO
 Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Proprietário Parceiro (a)/Meiro (a) Assentado (a) Posselro Arrendatário(a)
 Comodatário (a) Beneficiário (a) do Banco da Terra Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Avenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento
Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento
Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 Rede Encanada até o Domicílio Poça/Nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pipa Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não

QUAL (IS)?
 Gato Cachorro Pássaro Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	____/____/____	④②①②③④+	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	④②①②③④+	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	④②①②③④+	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	④②①②③④+	____	____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME: _____ CNS DO RESPONSÁVEL: _____

CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____ TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura _____

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

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Porto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional



Form fields for: TIPO DE IMÓVEL, TIPO DE ABRIGO ADOTADO, ABASTECIMENTO DE ALIMENTOS, FORMA DE REGISTRO DO BARRIO DO SANITÁRIO, and ABRIGOS NO DOMICÍLIO.

N.º IDENTIFICAD. FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (REAL RENDIM.)	NÚMERO DE MEMBROS RESID. ORDEM MÚLTIPLA SE

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DE ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA:



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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T	M/T
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Demanda (Espontânea)													
	Escuta Inicial/Orientação													
	Consulta no Dia													
	Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legenda)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Criança	Alimentação materna (ver legenda)													
	DUM	Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
Gestante	Gestação Planejada	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévia/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problemas/Condição avaliada*	Assia													
	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														

[Handwritten signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

**FICHA DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL**



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

Nº	TURNO*												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nº PRONTUÁRIO													
CNS 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
Local de atendimento* (ver legendas)													
Paciente com necessidades especiais													
Gestante													
Tipo de atendimento*	Consulta agendada												
	Demanda Espontânea												
	Escuta inicial/Orientação												
	Consulta no dia												
Tipo de consulta**	Atendimento de urgência												
	Primeira consulta odontológica programática												
	Consulta de retorno em odontologia												
Vigilância em Saúde Bucal*	Consulta de manutenção em odontologia												
	Abscesso dentoalveolar												
	Alteração em tecidos moles												
	Dor de dente												
	Fendas ou fissuras labiopalatais												
	Fluorose dentária moderada ou severa												
	Traumatismo dentoalveolar												
Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)												
	Adaptação de prótese dentária												
	Aplicação de cariostático (por dente)												
	Aplicação de selante (por dente)												
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)												
	Capeamento pulpar												
	Cimentação de prótese dentária												
	Curativo de dente C/ ou S/ preparo biomecânico												
	Drenagem de abscesso												
	Evidenciação de placa bacteriana												
	Exodontia de dente deciduo												
	Exodontia de dente permanente												
	Instalação de prótese dentária												
	Medicação dentogingival/ construção de prótese dentária												
	Orientação de higiene bucal												



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizados)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autoclavagem de cáteris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografias periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Flaspagem/Alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Flaspagem/Alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 drogas básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fornecimento	Escova dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creme dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fio dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condição/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ outros profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Tratamento concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Grurgia EMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia/Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 *Campo obrigatório
 **Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demandas espontâneas



CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* CBO* CNES* INE*

TURNO* (M) (T) (N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***	
LOCAL DE ATIVIDADE		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** <input type="text"/>		CNES <input type="text"/>		<input type="text"/>	
OUTRA LOCALIDADE:		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nº DE PARTICIPANTES* <input type="text"/>		Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS <input type="text"/>		<input type="text"/>	

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 intersecretarial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social	<input type="checkbox"/> 07	Outros

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 5, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<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 de 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="text"/>	
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

Nº	CNS DO CIDADÃO*	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							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"/>
5		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:



CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

Nº

TURNO*

Nº PRONTUÁRIO

CNS DO CIDADÃO

Data de nascimento*

Dia/mês

Ano

Sexo* (F) Feminino (M) Masculino

Local de atendimento*

Escuta inicial/orientação

Acupuntura com inserção de agulhas

Administração de vitamina A

Cateterismo vesical de alívio

Cauterização química de pequenas lesões

Cirurgia de unha (cantoplastia)

Cuidado de estomas

Curativo especial

Drenagem de abscesso

Eletrcardiograma

Coleta de citopatológico de colo uterino

Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)

Exame do pé diabético

Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele

Infiltração em cavidade sinovial

Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal

Remoção de corpo estranho-subcutâneo

Retirada de cerume

Retirada de pontos de cirurgias

Sutura simples

Tamponamento de epistaxe

Teste do olhinho (TRV)

Triagem oftalmológica

Teste rápido

De gravidez

Dosagem de proteinúria

Para HIV

Para hepatite C

Para sífilis

Oral

Intramuscular

Endovenosa

Inalação/Nebulização


Tópica

Penicilina para tratamento de sífilis

Subcutânea (SC)

Procedimentos/Pequenas cirurgias

Administração de medicamentos

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical) 														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	□□□□	
	Aferição de temperatura	□□□□	
	Curativo simples	□□□□	
	Coleta de material para exame laboratorial	□□□□	
	Glicemia capilar	□□□□	
	Medição de altura	□□□□	
	Medição de peso	□□□□	

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

*Campo obrigatório

Motivo da visita*	Nº																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com DPOC/emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condições de vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Imovel com foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
antropometria	Peso (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altura (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desfecho*	Visita realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



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

Microárea: usar Fa para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: comitê, barracagem, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*campo obrigatório
+campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO A - MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS

Unidade Básica de Saúde: _____
Município: _____ Mês/Ano: _____ / _____
Responsável: _____

ROTINA 100.000 UI Crianças de 6 a 11 meses*				CAMPANHA 200.000 UI Crianças de 12 a 59 meses							
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
9	10	11	12	9	10	11	12	9	10	11	12
13	14	15	16	13	14	15	16	13	14	15	16
17	18	19	20	17	18	19	20	17	18	19	20
21	22	23	24	21	22	23	24	21	22	23	24
25	26	27	28	25	26	27	28	25	26	27	28
29	30	31	32	29	30	31	32	29	30	31	32
33	34	35	36	33	34	35	36	33	34	35	36
37	38	39	40	37	38	39	40	37	38	39	40
41	42	43	44	41	42	43	44	41	42	43	44
45	46	47	48	45	46	47	48	45	46	47	48
49	50	51	52	49	50	51	52	49	50	51	52
53	54	55	56	53	54	55	56	53	54	55	56
57	58	59	60	57	58	59	60	57	58	59	60
61	62	63	64	61	62	63	64	61	62	63	64
65	66	67	68	65	66	67	68	65	66	67	68
69	70	71	72	69	70	71	72	69	70	71	72
73	74	75	76	73	74	75	76	73	74	75	76
77	78	79	80	77	78	79	80	77	78	79	80
81	82	83	84	81	82	83	84	81	82	83	84
85	86	87	88	85	86	87	88	85	86	87	88
89	90	91	92	89	90	91	92	89	90	91	92
93	94	95	96	93	94	95	96	93	94	95	96
97	98	99	100	97	98	99	100	97	98	99	100

INFORME O NÚMERO DE CÁPSULAS PERDIDAS COM O MOTIVO						
DOSE	Prazo de Validade	Perda da Administração	Utilização Indevida	Acondicionamento Inadequado	Extravio	Violação de Prazo
100.000 UI						
200.000 UI						



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO C - CONSOLIDADO MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A

Unidade Básica de Saúde: _____

Município: _____ Mês/Ano: _____ / _____

Profissional responsável: _____

CONSOLIDADO MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A - CRIANÇAS		
Número de doses administradas		
CONCENTRAÇÃO	ROTINA	CAMPANHA
100.000 UI		
200.000 UI	1ª DOSE	
	2ª DOSE	

Unidade Básica de Saúde: _____

Município: _____ Mês/Ano: _____ / _____

Profissional responsável: _____

CONSOLIDADO MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A - PUÉRPERAS			
Número de doses administradas			
DOSE	NATIVIVO	NATIMORTO	ABORTAMENTO



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



MAPA DIÁRIO DE APURAÇÃO DE VITAMINA A

MUNICÍPIO:

CERES/SER:

UNIDADE DE SAÚDE/PSF

DATA: / /

Idade	4 a 8 MESES - DESNUTRIDOS/ DESMAME PRECOCE	
	1ª dose	2ª dose
1	61	62
2	63	64
3	65	66
4	67	68
5	69	70
6	71	72
7	73	74
8	75	76
9	77	78
10	79	80
11	81	82
12	83	84
13	85	86
14	87	88
15	89	90
16	91	92
17	93	94
18	95	96
19	97	98
20	99	100
21	101	102
22	103	104
23	105	106
24	107	108
25	109	110
26	111	112
27	113	114
28	115	116
29	117	118
30	119	120

Idade	CRIANÇAS DE 8 MESES A 11 MESES E 28 DIAS	
	1ª dose	2ª dose
1	1	2
2	3	4
3	5	6
4	7	8
5	9	10
6	11	12
7	13	14
8	15	16
9	17	18
10	19	20
11	21	22
12	23	24
13	25	26
14	27	28
15	29	30
16	31	32
17	33	34
18	35	36
19	37	38
20	39	40
21	41	42
22	43	44
23	45	46
24	47	48
25	49	50
26	51	52
27	53	54
28	55	56
29	57	58
30	59	60

Idade	CRIANÇAS DE 12 MESES A MENOR DE 2 ANOS	
	1ª dose	2ª dose
1	1	2
2	3	4
3	5	6
4	7	8
5	9	10
6	11	12
7	13	14
8	15	16
9	17	18
10	19	20
11	21	22
12	23	24
13	25	26
14	27	28
15	29	30
16	31	32
17	33	34
18	35	36
19	37	38
20	39	40
21	41	42
22	43	44
23	45	46
24	47	48
25	49	50
26	51	52
27	53	54
28	55	56
29	57	58
30	59	60

Idade	CRIANÇAS DE 24 MESES A MENOR DE 3 ANOS	
	1ª dose	2ª dose
1	1	2
2	3	4
3	5	6
4	7	8
5	9	10
6	11	12
7	13	14
8	15	16
9	17	18
10	19	20
11	21	22
12	23	24
13	25	26
14	27	28
15	29	30
16	31	32
17	33	34
18	35	36
19	37	38
20	39	40
21	41	42
22	43	44
23	45	46
24	47	48
25	49	50
26	51	52
27	53	54
28	55	56
29	57	58
30	59	60

Idade	CRIANÇAS DE 36 MESES A MENOR DE 4 ANOS	
	1ª dose	2ª dose
1	1	2
2	3	4
3	5	6
4	7	8
5	9	10
6	11	12
7	13	14
8	15	16
9	17	18
10	19	20
11	21	22
12	23	24
13	25	26
14	27	28
15	29	30
16	31	32
17	33	34
18	35	36
19	37	38
20	39	40
21	41	42
22	43	44
23	45	46
24	47	48
25	49	50
26	51	52
27	53	54
28	55	56
29	57	58
30	59	60

Idade	CRIANÇAS DE 48 MESES A MENOR DE 6 ANOS	
	1ª dose	2ª dose
1	1	2
2	3	4
3	5	6
4	7	8
5	9	10
6	11	12
7	13	14
8	15	16
9	17	18
10	19	20
11	21	22
12	23	24
13	25	26
14	27	28
15	29	30
16	31	32
17	33	34
18	35	36
19	37	38
20	39	40
21	41	42
22	43	44
23	45	46
24	47	48
25	49	50
26	51	52
27	53	54
28	55	56
29	57	58
30	59	60

TOTAL

Responsável pelo preenchimento





ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MÓDULO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde: _____
 Unidade de Saúde: _____

Mês/Ano: ____/____/____

Código CNES: _____

MAPA DIÁRIO DE ACOMPANHAMENTO

Localidade: CAPISTRANO

Nº	Data de Análise	NLS / CNES / SUS	Nome*	Data de Nascimento	Sexo	Gravidez			Parto			Amamentação			Outros			
						Estado	Edição	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação		
1	15/08	15200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
2	16/08	16200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
3	17/08	17200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
4	18/08	18200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
5	19/08	19200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
6	20/08	20200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
7	21/08	21200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
8	22/08	22200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
9	23/08	23200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
10	24/08	24200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
11	25/08	25200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
12	26/08	26200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
13	27/08	27200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
14	28/08	28200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
15	29/08	29200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
16	30/08	30200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
17	31/08	31200	51766	30/09	F	Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação
18						Gravidez	Edição	Data da última reavaliação	Parto	Data da última reavaliação	Amamentação	Data da última reavaliação	Outros	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação	Estado	Data da última reavaliação



* Campo Obrigatório ** Campo Obrigatório com exceção de Crianças *** Campo Obrigatório para Crianças

[Handwritten signature]



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Legenda:

(1) Estado Nutricional

Criança:

- 1) Menor que P0, 1 (Peso muito baixo para idade)
- 2) Igual ou maior que P0, 1 e menor que P3 (peso baixo para idade)
- 3) Igual ou maior que P3 e menor que P10 (Risco Nutricional)
- 4) Igual ou maior que P10 e menor que P97 (Normal / Eutrófico)
- 5) Igual ou maior que P97 (Sobrepeso/ Obesidade)

Adulto:

- 1) IMC menor que 18,5 (Baixo Peso)
- 2) IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25 (Normal / Eutrófico)
- 3) IMC maior ou igual a 25 e menor que 30 (sobrepeso)
- 4) IMC maior ou igual a 30 (obesidade)

Idoso:

- 1) IMC menor ou igual a 22 (baixo peso)
- 2) IMC maior que 22 e menor que 27 (Normal / Eutrófico)
- 3) IMC maior ou igual a 27 (sobrepeso / Obesidade)

Adolescente

IDADE	Percentil de IMC por idade - Adolescente				
	Sexo Feminino				
	5	15	50	85	95
10	14,23	16,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,18	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,38	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

IDADE	Percentil de IMC por idade - Adolescente				
	Sexo Masculino				
	5	15	50	85	95
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,78
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,68

Gestantes: Calcule o IMC por meio da fórmula:
IMC = Peso atual / (altura)²

Realize o diagnóstico segundo norma técnica e o quadro abaixo

- 1) Baixo peso
- 2) Adequado
- 3) Sobrepeso
- 4) Obesidade

- 1) Menor ou igual P5 (Baixo Peso)
- 2) Maior que P5 e menor que P85 (Normal / Eutrófico)
- 3) Maior ou igual que P85 (Sobrepeso)

(2) aleitamento Materno:

1. Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos
2. Predominante: quando o lactante recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás
3. Alimentação complementar: recebe além do leite materno, alimentos sólidos e semi sólidos
4. Não recebe leite materno.
5. Sem informação.

- (3) Adulto (Relação Cintura-Quadril):
Cálculo Cintura-Quadril = cintura / quadril
Risco para doenças cardiovasculares:
CCQ > 1 para homens
CCQ > 0, 85 para mulheres
parâmetro para cintura
Risco para doenças cardiovasculares:
> 102 cm para homens
> 88 cm para mulheres

- (4) Doenças Associadas (CID):
1. A09 - Diarreia
 2. D50 - Anemia Ferropriva
 3. I10 - Hipertensão
 4. E46 - Desnutrição Proteico Calórica
 5. E01 - DD (Distúrbio por Deficiência de iodo)
 6. M81.9 - Osteoporose
 7. J06 - IRA (Infecção Respiratória Aguda)
 8. E11 - Diabetes não insulino dependente
 9. I99 - Cardiovasculares
 10. A08 - Infecções Intestinais virais
 11. E50 - Hipovitaminose A
 12. Outras Doenças e/ou Intercorrências
 13. Sem intercorrência

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante	
Índice de massa corporal Seguido semana de gestação	
40	25
30	25
20	25
17	25
5	25
8	25
10	25
12	25
14	25
16	25
18	25
20	25
22	25
24	25
26	25
28	25
30	25
32	25
34	25
36	25
38	25
40	25

Baixo Peso Adequado Sobrepeso Obesidade

SEMANA DE GESTAÇÃO

Fls. 430/14, 1399 modificado Dezembro 2002



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
Secretaria Municipal de Saúde



INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL – ÓBITOS EM < 1 ANO (DADOS REFERENTES À CRIANÇA)

UNIDADE DE SAÚDE: _____

MÊS/ANO: _____ / _____

CRES: 4^a

NOME DA CRIANÇA	RESIDÊNCIA		IDADE	PESO AO NASCER	LOCAL			DADOS RELATIVOS AO ÓBITO			ÓBITO APOS HOP.		ALEITAMENTO		
	URB.	RURAL			DOM	HOSP	OUTROS	Nº D.O	DATA	CAUSA	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
															SIM

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (DADOS REFERENTES AO HISTÓRICO DA DOENÇA DA CRIANÇA)

NOME DA CRIANÇA	TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS ATÉ O 1º ATENDIMENTO	QUEM FEZ O 1º ATENDIMENTO?					RELATORIO RESUMIDO DE EVENTOS QUE ANTECEDERAM O ÓBITO PARA QUAL SERVIÇO FOI REFERIDO?			CID DA CAUSA DA MORTE NÃO PREENCHER		
		MÉDICO	ENFERM	ACS	REZADEIRA	OUTROS	DATA	ÚLTIMO ATENDIMENTO ANTERIOR AO ÓBITO				
								DATA	LOCAL			

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (DADOS REFERENTES À MÃE)

NOME DA CRIANÇA	PRÉ-NATAL		TIPO DE PARTO	LOCAL DO PARTO		IDADE MÃE	GRAU DE INSTRUÇÃO DA MÃE			GESTAÇÕES			NOME DO ACS			
	SIM	NÃO		Nº CONS	DOM		HOSP	ANALF	1º GRAU	2º GRAU	3º GRAU	GEMELAR		IDADE GEST.	Nº	Nº FILHOS VIVOS

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL _____



Rua José Saraiva Sobrinho, s/nº, Centro, CEP 62748-000, Capistrano-CE
 CNPJ nº 10.365.809/0001-70 – E-mail: saude@capistrano.ce.gov.br