

**FICHA DE ATENDIMENTO
INDIVIDUAL**

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

| | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| 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 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento* | Dia/mês | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | Ano | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo* (F) Feminino (M) Masculino | | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) | (F) (M) |
| Local de atendimento* (ver legenda) | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo atendimento* | Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado | | | | | | | | | | | | | |
| | Consulta Agendada | | | | | | | | | | | | | |
| | Escuta Inicial/Orientação | | | | | | | | | | | | | |
| | Consulta no Dia | | | | | | | | | | | | | |
| | Atendimento 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 antro-pométrica | Perímetro cefálico (cm) | | | | | | | | | | | | | |
| | Peso (kg) | | | | | | | | | | | | | |
| | Altura (cm) | | | | | | | | | | | | | |
| Vacinação em dia? | | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| Criança | Aleitamento materno (ver legenda) | | | | | | | | | | | | | |
| Gestante | DUM | | | | | | | | | | | | | |
| | | Dia/Mês | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | | Ano | | | | | | | | | | | | |
| | Gravidez Planejada | | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| | Idade Gestacional (semanas) | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestas Préviuas/Partos | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Problema/Condição avaliada* | Asma | | | | | | | | | | | | | |
| | Desnutrição | | | | | | | | | | | | | |
| | Diabetes | | | | | | | | | | | | | |
| | DPOC | | | | | | | | | | | | | |
| | Hipertensão arterial | | | | | | | | | | | | | |
| | Obesidade | | | | | | | | | | | | | |
| | Pré-natal | | | | | | | | | | | | | |
| | Puericultura | | | | | | | | | | | | | |
| | Puerpério (até 42 dias) | | | | | | | | | | | | | |
| | Saúde sexual e reprodutiva | | | | | | | | | | | | | |
| | Tabagismo | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuário de álcool | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuário de outras drogas | | | | | | | | | | | | | |
| | Saúde mental | | | | | | | | | | | | | |
| Reabilitação | | | | | | | | | | | | | | |

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 **Alimentação materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

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

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

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

***Campo obrigatório**