

32

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

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

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

ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
<input type="radio"/> 01 Reunião de equipe	<input type="radio"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento
<input type="radio"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde	<input type="radio"/> 02 Processos de trabalho
<input type="radio"/> 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="radio"/> 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território

ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
<input type="radio"/> 04 Educação em saúde	<input type="radio"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="radio"/> 05 Atendimento em grupo	<input type="radio"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="radio"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="radio"/> 06 Educação Permanente
<input type="radio"/> 07 Mobilização social	<input type="radio"/> 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 6, 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 da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10 Idoso	<input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13 Outras
<input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 Semana saúde na escola	Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 Outros	
<input type="checkbox"/> 17 Outros		

Nº	CNS DO CIDADÃO*** <small>CNS</small> <small>CPF</small>	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