e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		|__|__|__|__|-|__|__|

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															
Nº CARTÃO SUS			|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Data de nascimento*		Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano													
Sexo*			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	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Avaliação Antro-pométrica	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	SIM NÃO
	Idade Gestacional (Semanas)		|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|	|__|__|
	Gestas Prévias / Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 *(ver legenda)*		AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___
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		▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢	▢

Nº			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema / Condição Avaliada*	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento	Câncer do Colo do Útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Câncer de Mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	CIAP2 - 01													
		CIAP2 - 02													
		CID10 - 01													
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)		Colesterol total	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Creatinina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		EAS/EQU	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Eletrocardiograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Eletroforese de Hemoglobina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Espirometria	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Exame de escarro	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Glicemia	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		HDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Hemoglobina Glicada	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Hemograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		LDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia de Sífilis (VDRL)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia para Dengue	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia para HIV	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste da orelhinha	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste de Gravidez	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do olhinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do pezinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Ultrassonografia obstétrica	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Urocultura	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros (SIA)	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
Se usou alguma PIC, indicar qual *(ver legenda)*			|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Ficou em Observação?			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
NASF/Polo		Avaliação / Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Procedimentos Clínicos / Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Prescrição Terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta*		Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Agendamento para Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento Intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 **Aleitamento Materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

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: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros *** Campo Obrigatório**