



GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA ABIS

# CDS

COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA (CDS)

2022 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.

2ª 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: [previnebrasil@saude.gov.br](mailto:previnebrasil@saude.gov.br)

Site: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>

**Supervisão geral:**

Michael Luiz Diana de Oliveira

Marina Atsumi Oikawa

**Coordenação Técnica:**

Ana Claudia Cielo

João Geraldo de Oliveira Junior

**Elaboração:**

Adriene dos Santos Sá

Alyne Araújo de Melo

Ana Claudia Cielo

Carlos Henrique Alves de Sousa

João Geraldo de Oliveira Junior

Marcelo Alves Miranda

Viviane Loiola Lacerda

**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 12ª 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:**

Atendimento Individual de pré-natal: médico e/ou enfermeiro

**Códigos CBO considerados:**

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235).

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**

Nº de gestantes com 6 consultas pré-natal, sendo a 1ª realizada até  
12 semanas iniciais de gestação

\_\_\_\_\_ X 100


(Nº de gestantes com pré-natal na APS) ou estimativa

**DENOMINADOR:** Nº gestantes identificadas (Informado no SISAB ou Estimado)

**NUMERADOR:** Nº gestantes com 6 consultas PN, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.

*Dados do Cabeçalho da ficha*

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

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
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	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
Data de nascimento*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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)

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino)

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

Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano											
	Gravidez Planejada		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	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" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado à gravidez. Em todas consultas relacionadas ao PN.

OU

Informar o CID-10 ou CIAP-2 que especifica melhor o tipo de gestação da usuária.

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	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"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIAP-2													
	CIAP-2													
	CID-10													
	CID-10													

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

**CIAP2:** W03, W05, W29, W71, W78, 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

**OBS.:** Quando ocorrer aborto durante a gestação, indicamos o registro desta condição para que não seja contabilizado a gestante no denominador ou numerador.

#### Códigos CID/CIAP para identificação de aborto

CIAP: W82, W83.

CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3

## INDICADOR 02:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

**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:

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

### Códigos CBO considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- técnico de enfermagem (3222-05).

### FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis na APS}}{\text{(Nº de gestantes com pré-natal na APS) ou estimativa}} \times 100$$

**DENOMINADOR:** Nº gestantes identificadas (Informado no SISAB ou Estimado)

### Dados do Cabeçalho da ficha

### FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

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

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

### Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>TURNO*</b>	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)	(M)(N)
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>													
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO</b>													
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/	/	/	/	/						
	Ano												
<b>Sexo*</b> (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)

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

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

<b>Gestante</b>	DUM	Dia/Mês			/	/	/												
		Ano																	
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	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*

<b>Problema/Condição avaliada*</b>	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"/>	
	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OU

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

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Doenças transmissíveis*</b>	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"/>
	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"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rastreamento</b>	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outros</b>	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**CIAP2:** W03, W05, W29, W71, W78, 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

**OBS:** Quando ocorrer aborto durante a gestação, indicamos o registro desta condição para que não seja contabilizado a gestante no denominador ou numerador.

### Códigos CID/CIAP para identificação de aborto

CIAP: W82, W83.

CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3

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

### Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /

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

### Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO*	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	
N° PRONTUÁRIO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
CNS OU CPF 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

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.



*Procedimento / Pequenas cirurgias*

Procedimentos/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 olho (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"/>
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"/>

OU

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

Procedimentos/Pequenas cirurgias*										
* (se necessário, utilize estes campos para regist realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<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"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<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"/>

**SIGTAP/Descrição de Teste Rápido de Sífilis e HIV:**

- 02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro,
- 02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV
- 02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis,
- 02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro

*Dados do Cabeçalho da ficha*

**FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL**

DIGITADO POR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
 CONF: \_\_\_\_\_

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)

solicitados (S) e avaliados (A)	LDL	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
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para dengue	S	A												
	Sorologia para HIV	S	A												

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados os campos rápidos para sorologia para HIV (Avaliado) e sorologia de Sífilis (VDRL) (Avaliado) ou os códigos SIGTAP relacionados a sorologia de HIV e sorologia para sífilis.

OU

Outros exames (código do SIGTAP)	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	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

A seguir, são listados os códigos (SIGTAP) dos exames e testes considerados.

SIGTAP/Descrição de Sorologias avaliadas:

- 02.02.03.111-0 - Teste não treponemico p/ detecção de sífilis
- 02.02.03.117-9 - Teste não treponemico p/ detecção de sífilis em gestantes
- 02.02.03.030-0 - Pesquisa de anticorpos anti-hiv-1 + hiv-2 (elisa)

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

**Códigos CBO considerados:**

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- cirurgião-dentista (2232).

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**


Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS

\_\_\_\_\_ X 100

(Nº de gestantes com pré-natal na APS ou Estimativa)

**DENOMINADOR:** Nº gestantes identificadas (Informado no SISAB ou Estimado)

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE		

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

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														
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

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, 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*	Nº											
	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 "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado à gravidez.

OU

Problema/Condição avaliada*		Nº											
Doenças transmissíveis	Tuberculose												
	Hanseníase												
	Dengue												
	DST												
Rastreamento	Câncer do colo do útero												
	Câncer de mama												
	Risco cardiovascular												
Outros	CIAP-2												
	CIAP-2												
	CID-10												
	CID-10												

Número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS

Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	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 o de dentista.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Atendimento Odontológico

Local de atendimento* (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paciente com 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"/>	
Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Demanda espontânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Escuta inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de consulta**	Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vigilância em Saúde Bucal*	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicação de cariostático (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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Curativo de demora com ou sem 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moldagem dentogengival para construção 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação de higiene bucal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 a condição "Gestante" e preencher os demais campos necessários para o atendimento odontológico realizado na gestante. (Esta informação não é obrigatória, mas qualifica o registro)

**INDICADOR 04:**

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS

**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/ou enfermeiro
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde

**Códigos CBO considerados:**

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235).

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**


Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses

\_\_\_\_\_ X 100

(Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas na APS) ou estimativa

**DENOMINADOR:** N° de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado.

*Dados do Cabeçalho da ficha*

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



## 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"/>
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<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"/>
	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"/>
	Infiltração em cavidade sinovial	<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"/>
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<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"/>
	Retirada de pontos de cirurgias	<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"/>
	Tamponamento de epistaxe	<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"/>
	Triagem oftalmológica	<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.

Código (SIGTAP) considerado:

02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino

*OBS.: não é necessário a indicação do código SIGTAP se o campo rápido for preenchido.*



**INDICADOR 05:**

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.

**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/ou técnico de enfermagem
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe as equipes

**Códigos CBOs considerados:**

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- técnico de enfermagem (3222).

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**


Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente

\_\_\_\_\_ X 100

(Número de crianças que completaram 12 meses no SISAB no quadrimestre avaliado) ou estimativa

**DENOMINADOR:** Nº de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado **ou** estimativa.

*Dados do Cabeçalho da ficha*

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

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


### Identificação do Cidadão

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
CNS DO CIDADÃO					
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
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/PASEP)	
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 NATURALIZAÇÃO: ** / /	
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, data de nascimento e os números de CPF e/ou CNS válidos.

**NUMERADOR:** Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente; OU cenários excepcionais na ausência dos referidos imunobiológicos.

### Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE VACINAÇÃO</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*/ /

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

### Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>TURNO</b>	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>								
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO</b>								
<b>Data de nascimento*</b>								

É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e a data de nascimento.

Imunobiológico							
IMUNOBIOLOGICO*	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VIP	Fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumocócica 10V (conjugada)	Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no campo Imunobiológico os dados das vacinas aplicadas referente a 3ª dose da VIP e 3ª dose da Pentavalente OU os imunobiológicos correspondentes aos cenários excepcionais.

*Outros cenários possíveis na falta do imunobiológico da Pentavalente:*

- Crianças (idade entre 6 e 12 meses) do denominador que foram imunizadas com a 3ª dose de **VIP (22) + 3ª dose de Hexavalente (43)**
- Crianças (idade entre 6 e 12 meses) do denominador que foram imunizadas com a 3ª dose de **VIP (22) + 1 dose Penta Acelular (29) + 1 dose Hepatite B (09)**

*VIP (crianças entre 6-12 meses) – Demais imunizantes: a partir de 2 meses – limite 12 meses.*

- 3ª dose de **VIP (22) + 2ª dose de Pentavalente celular (42) + 1 dose DTP (46) + 1 dose Hepatite B (09) + 1 dose haemophilus (17)**
- 3ª dose de **VIP (22) + 2ª dose de Pentavalente Celular (42) + 1 dose Tetravalente (39) + 1 dose Hepatite B (09)**
- 3ª dose de **VIP (22) + 2ª dose de Pentavalente (42) + 1 dose Hexavalente (43)**
- 3ª dose de **VIP (22) + 1ª dose de Pentavalente (42) + 2 (duas) doses DTP (46) + 2 (duas) doses Hepatite B (09) + 2 (duas) doses haemophilus (17)**
- 3ª dose de **VIP (22) + 1ª dose de Pentavalente (42) + 2 doses Tetravalente (39) + 2 doses Hepatite B (09)**

- h) 3ª dose de VIP (22) + 1ª dose de Pentavalente (42) + 1 dose de Tetravalente (39) + 1 dose de DTP (46) + 2 doses Hepatite B (09) + 1 dose *haemophilus* (17)
- i) 3ª dose de VIP (22) + 1ª dose de Pentavalente (42) + 2 doses da Hexavalente (43)
- j) 3ª dose de VIP (22) + 3ª dose da Tetravalente (39) + 3ª dose Hepatite B (09)
- k) 3ª dose de VIP (22) + 3ª dose da DTP (46) + 3ª dose Hepatite B (09) + 3ª dose da *haemophilus* (17)

**INDICADOR 06:**

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no 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/ou técnico de enfermagem
- ✓ Atendimento individual a pessoa com hipertensão: médico e/ou enfermeiro

**Códigos CBO considerados:**

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- técnico de enfermagem (3222).

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**


Nº de pessoas com hipertensão com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses

\_\_\_\_\_

(Nº de pessoas com hipertensão no SISAB) ou estimativa

**DENOMINADOR:** Nº de pessoas com hipertensão identificadas Informada no SISAB ou estimada

*Identificação dos hipertensos autorreferidos a partir do Cadastro Individual*

		<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>	
_____	_____	_____	_____	/ /	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>					
CNS OU CPF DO CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS _____		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS _____	
				<b>MICROÁREA*</b> <input type="checkbox"/> FA	

É imprescindível preencher corretamente todos os dados do profissional equipe, estabelecimento e data de atendimento, assim como, registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e a data de nascimento.

### QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

<b>CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS),** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIÁSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA?	

Marcar a condição de “hipertensão arterial” autorreferida quando o usuário informar que é hipertenso, mas ainda não houve avaliação clínica para esta condição referida.

*Identificação dos hipertensos a partir da Condição Avaliada no Atendimento Individual:*

*Dados de cabeçalho*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBO considerados são os de médico ou enfermeiro.

*Identificação do Cidadão*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNOS*	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	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
CNS OU CPF DO CIDADÃO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Data de nascimento*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
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	F/M

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

*Problema/Condição Avaliada*

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

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado à hipertensão arterial ou o campo rápido referente a essa condição.

OU

Problema/Condição avaliada*	Nº												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Doenças transmissíveis</b>													
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"/>
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"/>
Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rastreamento</b>													
Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outros</b>													
CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir, são listados os códigos para condição hipertensão arterial:

**CIAP2:** K86 e K87

**CID-10:** I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11.


**ATENÇÃO:** Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença hipertensão. Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação da pressão arterial ou afins, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o CID-10 R03 (Valor anormal de pressão arterial) e o Z71.1 (Medo de hipertensão), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Ou CIAP-2 K25 (Medo de hipertensão). Esta regra também deve ser aplicada para condição de hipertensão gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O14) e o CIAP2 (W81).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

**NUMERADOR:** Nº de pessoas com hipertensão, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses.

*Registro da Aferição de Pressão Arterial*

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

*Identificação do Cidadão*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
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	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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 DO CIDADÃO													



*Procedimento/Pequenas cirurgias*

<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b> (se necessário, utilize estes campos para registrar realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)																
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)																

Registro do código referente à aferição de pressão arterial.

Código SIGTAP considerado para aferição de pressão arterial:  
 SIGTAP = 03.01.10.003-9

*OBS: Não é necessário indicar o código SIGTAP caso já tenha marcado o campo rápido de Aferição de PA. Deve-se registrar em apenas um dos campos.*

*Registro da Consulta para Condição Avaliada de Pressão Arterial*

*Dados de cabeçalho*

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

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

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBO considerados são os de médico ou enfermeiro.

*Identificação do Cidadão*

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	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	M/T/N
	Nº PRONTUÁRIO														
	CNS OU CPF 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	F/M

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OU

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado à hipertensão arterial ou o campo rápido referente a essa condição.

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	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"/>
		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"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreamento	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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														
Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A seguir, são listados os códigos para condição hipertensão arterial:

**CIAP2:** K86 e K87

**CID-10:** I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11.

**ATENÇÃO:** Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença hipertensão. Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos pressão arterial ou afins, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o CID-10 R03 (Valor anormal de pressão arterial) e o Z71.1 (Medo de hipertensão), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Ou CIAP-2 K25 (Medo de hipertensão). Esta regra também deve ser aplicada para condição de hipertensão gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O14) e o CIAP2 (W81).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.




## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

<b>CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>		<b>SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?</b>	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? SE SIM, POR QUAL CAUSA?	

Marcar a condição de “tem diabetes” autorreferida quando o usuário informar que é hipertenso, mas ainda não houve avaliação clínica para esta condição referida.

### Identificação das pessoas diabéticas a partir da Condição Avaliada no Atendimento Individual

#### Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

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

#### Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>TURNO*</b>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>	<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"/>
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO</b>	<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"/>
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
	Ano		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
<b>Sexo*</b> (F) Feminino (M) Masculino	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OU

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a essa condição.

		Nº												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Doenças transmissíveis	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"/>
	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"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreamento	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIAP-2													
Outros	CIAP-2													
	CID-10													
	CID-10													

**CIAP2:** T89; T90

**CID10:** E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O240, O241, O242, O243, P702

**ATENÇÃO:** Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença diabetes. Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos níveis glicêmicos ou afins, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o R73 (aumento da glicemia) e o R73.9 (hiperglicemia não especificada), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador.


Esta regra também deve ser aplicada para condição de diabetes gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O244, O249) e o CIAP2 (W85).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

**NUMERADOR:** N° de pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS, nos últimos 6 meses.

*Registro da Solicitação de Hemoglobina Glicada*

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE		

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

*Identificação do Cidadão*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNOS*	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.                 </div>													
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: 8px; margin-right: 5px;">CNS - CPF</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div>													
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)	(F) (M)

*Exames solicitados (S) e Avaliados (A)*

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


Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados apenas o campo rápido para Hemoglobina glicada (Solicitado).

Código SIGTAP considerado para solicitação do exame de hemoglobina glicada:  
 SIGTAP: 02.02.01.050-3 (Dosagem de Hemoglobina Glicosilada).

*OBS.: Não é necessário indicar o código SIGTAP caso já tenha marcado o campo rápido de Hemoglobina Glicada. Registrar em apenas um dos campos.*

*Registro da Consulta para a Condição Avaliada para Diabetes*

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>				DIGITADO POR:	DATA: / /
					CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>		
_____	_____	_____	_____	/ /		
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE			
_____	_____	_____	_____			

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

*Identificação do Cidadão*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>TURNO*</b>	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	M/T/N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>														
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO</b>														
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
	Ano													
<b>Sexo*</b> (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	F/M

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OU

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a essa condição.

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	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"/>
		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"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreamento	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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		CIAP-2													
		CIAP-2													
		CID-10													
		CID-10													

A seguir, são listados os códigos para a condição diabetes:

**CIAP2:** T89; T90

**CID10:** E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O240, O241, O242, O243, P702

**ATENÇÃO:** Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença diabetes. Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos níveis glicêmicos ou afins, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o R73 (aumento da glicemia) e o R73.9 (hiperglicemia não especificada), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador.



Esta regra também deve ser aplicada para condição de diabetes gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O244, O249) e o CIAP2 (W85).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo  
Federal**