

PASSO A PASSO PARA REGISTROS DAS INFORMAÇÕES QUE COMPÕEM OS INDICADORES

Importante: no SIS precisa ter a indicação, no cadastro da Paciente, que ela está 'Gestante', assim como a informação de 'Hipertenso' e 'Diabético', para pacientes que são portadores dessas patologias. Lembro também que essa ficha de cadastro dos pacientes (Cadastro Individual), com a informação de 'Gestante', 'Hipertenso' e 'Diabético' e todos os dados pessoais necessários (como data de nascimento, idade, cartão SUS, CPF) precisa ser exportada para o ESUS APS; pois é pelo CARTÃO SUS que identifica o paciente.

The screenshot shows the 'Cadastro de Pacientes' window with the 'Programas e Características' tab selected. The patient's registration number is 5415. The 'Deficiências' section includes checkboxes for Auditiva, Visual, Intelectual/Cognitiva, Física, and Outra, all of which are checked. The 'Programas' section includes checkboxes for Bolsa Família, PRODEA, Mulheres de Peito, Não Aceita SMS, Programa do Leite, and Não Aceita WhatsApp, all checked. The 'Fatores de Risco e Doenças Concomitantes' section includes checkboxes for various conditions, with 'Gestante' checked and highlighted by a red box. The 'Alertas / Informações Importantes' section contains the text 'NEGA ALERGIA'. At the bottom, the 'Paciente Ativo' checkbox is checked, and there are buttons for 'OK' and 'Cancelar'.

INDICADOR 01:

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal (PN) realizadas, sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação

Numerador: Número de gestantes com 6 consultas de pré-natal, com 1ª consulta até 20 semanas de gestação.

Denominador: Número de gestantes identificadas

Abrir uma Ficha de Atendimento Individual (Ambulatorial/Clínica Geral); como no cadastro da Paciente já está informado que ela é 'Gestante', essa informação é, automaticamente, preenchida na tela de Ficha de Atendimento.

FA - (Fichas de Atendimento) ::

Alterando ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento		Tipo de Ficha	
24/03/2020	08:54:32	001	ATENDIMENTO INDIVIDUAL
Paciente		Nascimento	
5415		20/02/1991	
Ender./Nº/CEP	255	SITIO SAO SEBASTIAO	SN 18890-000
Bairro/MA/Fam	00045	ROMANO	02 0000
Município/Fone	3553005	TAGUAI	() -
RG/CPF/CMS/Cel	47.269.003-6	380.602.688-21	707701651721810 (14)99876-4034
Conv/Cart/Obs	SUS	0	NEGA ALERGIA
Convênio	SUS	Solic./Autoriz.	
Médico / Profissional			
171	LUANA HARUMI AMAMURA		
Especialidade / CBO		Compartilhado?	
059	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	225142	NÃO SE APLICA
Caráter de Atendimento			Está Gestante?
01	ELETIVO	Sim	
Tipo de Atendimento			
22	CONSULTA NO DIA		

OK Cancelar

No SIS, ao lançar a Pós Consulta do atendimento de Pré-Natal, precisa ter a informação da DUM (Data da Última Menstruação) e IG (Idade Gestacional), assim como o Problema/Condição Avaliada marcada 'Pré-Natal'. As outras informações constantes dessa tela são importantes, embora não sejam obrigatórias.

.. Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 286576 Data: 03/03/2020 Hora: 08:12:36 Tipo: CLINICA GERAL

Paciente: _____ Idade: 29A 0M 12D
 Profissional: ANTONIO CARLOS PEREIRA ROSA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente Ficha de Atendimento Individual - Verso Ficha de Procedimentos

Local de Atendimento*: 01 - UBS Tipo de Atendimento*: Agendamento Modalidade AD: _____

Racionalidade em Saúde: _____ Avaliação Antropométrica: P.Cefal.(cm) _____ Peso (Kg) _____ Altura (cm) _____ Vacinação em Dia? Sim Não

Se Criança: Aleitamento Materno: _____ Se Gestante: DUM: 01/11/2019 IG (semanas): 18 Gravidez Planejada Nº Prévias: _____ Nº Partos: _____

Problema / Condição Avaliada*

Comuns	Transmissíveis	Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculose	CIAP - 1: _____ CIAP - 2: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Desnutrição	<input checked="" type="checkbox"/> Hanseníase	CID - 1: _____ CID - 2: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Dengue	
<input checked="" type="checkbox"/> DPOC	<input checked="" type="checkbox"/> DST	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	Rastreamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Obesidade	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Colo Uterino	
<input checked="" type="checkbox"/> Pré-Natal	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Mama	
<input checked="" type="checkbox"/> Puericultura	<input checked="" type="checkbox"/> Risco Cardiovascular	

Relatos e Observações: _____

Ir para a Próxima FA ao Salvar

Na aba Ficha de Atendimento Individual – Verso marcar as avaliações 'A' dos exames de Sorologia para Sífilis e Sorologia para HIV, assim como a Conduta; ao marcar os exames de Sorologia para Sífilis e Sorologia para HIV, já estará atendendo o Indicador 2. Clicar em OK para salvar o registro.

Nº Ficha: 286576 Data: 03/03/2020 Hora: 08:12:36 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: _____ Idade: 29A 0M 12D
 Profissional: ANTONIO CARLOS PEREIRA ROSA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente **Ficha de Atendimento Individual - Verso** Ficha de Procedimentos

Exames [S]olicitados e [A]valiados

<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Colesterol Total	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - HDL	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste Indireto Antiglobulina
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Creatinina	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Hemog. Glicada	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste da Orelhinha
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - EAS/EQU	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste de Gravidez
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - LDL	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Olhinho
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Eletroforese Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Retinografia	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Pezinho
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Espirometria	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Sífilis	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - US Obstétrica
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Exame de Escarro	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Dengue	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Urocultura
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Glicemia	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para HIV	

Exame: _____ Solicitado Avaliado

Procedimento: _____ [F8] para Excluir [Duplo Clique] para Alterar S A

Ficou em Observação

NASF/Polo	Conduta*
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação/Diagnóstico	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno Agendado
<input checked="" type="checkbox"/> Proc. Clínicos/Terapêutico	<input checked="" type="checkbox"/> Retorno p/ Continuidade
<input checked="" type="checkbox"/> Prescrição Terapêutica	<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ Grupos
	<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ NASF
	<input checked="" type="checkbox"/> Alta do Episódio
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Interno no Dia
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Especialista
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ CAPS
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Internação
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Urgência
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Atend. Domiciliar
	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Intersetorial

INDICADOR 02:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

Numerador: Número de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para sífilis e HIV.

Denominador: Número de gestantes identificadas

Importante I: O registro do atendimento de pré-natal deverá ser preenchido somente com CBO de Médico e/ou Enfermeiro(a).

Importante II: na aba 'Ficha de Procedimentos', além de médico e enfermeiro', pode também ser preenchida pelo CBO do Técnico/Auxiliar de Enfermagem; nessa aba marcam os checkbox de Testes Rápidos para HIV e para Sífilis.

Importante III: não há necessidade de informar a Sorologia para Sífilis e para HIV (na aba Ficha de Atendimento Individual – Verso) e os Testes Rápidos (na aba Ficha de Procedimentos); basta informar em uma aba ou em outra.

.. Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 286576 Data: 03/03/2020 Hora: 08:12:36 Tipo: CLINICA GERAL

Paciente: _____ Idade: 29A 0M 12D
Profissional: ANTONIO CARLOS PEREIRA ROSA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente Ficha de Atendimento Individual - Verso **Ficha de Procedimentos**

Local de Atendimento*
01 - UBS

Profissional Executante

Esse profissional executante pode ser o técnico/auxiliar de enfermagem

Procedimentos / Pequenas Cirurgias

<input checked="" type="checkbox"/> Escuta Inicial/Orientação	<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho Subcutaneo	<input checked="" type="checkbox"/> Inalação/Nebulização
<input checked="" type="checkbox"/> Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Cerume	<input checked="" type="checkbox"/> Tópica
<input checked="" type="checkbox"/> Administração de Vitamina A	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Pontos de Cirurgias	<input checked="" type="checkbox"/> Penicilina p/ Tratamento Sífilis
<input checked="" type="checkbox"/> Cateterismo Vesical de Alívio	<input checked="" type="checkbox"/> Sutura Simples	<input checked="" type="checkbox"/> Subcutânea (SC)
<input checked="" type="checkbox"/> Cauterização Quím. Pequenas Lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Triagem Oftalmológica	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento de Epistaxe	Outros (SIA)
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidado de Estomas	Testes Rápidos	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Especial	<input checked="" type="checkbox"/> de Gravidez	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso	<input checked="" type="checkbox"/> Dosagem de Proteinúria	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> para HIV	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exame do Pé Diabético	<input checked="" type="checkbox"/> para Sífilis	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exerese/Biópsia/Punção de Pele	Administração de Medicamentos	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fundoscopia (Exame Fundo Olho)	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Infiltração em Cavidade Sinovial	<input checked="" type="checkbox"/> Intramuscular	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho (Aud./Nas.)	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="text"/>

Relatos e Observações

Ir para a Próxima FA ao Salvar

INDICADOR 03:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

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

Denominador: Número de gestantes identificadas

Abrir uma Ficha de Atendimento do Tipo Odontológica (002)

FA - (Fichas de Atendimento) ::

Emitindo ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento: 17/03/2020 10:18:38

Tipo de Ficha: 002 ODONTOLÓGICA

Paciente: 5415 Nascimento: 20/02/1991

Ender./Nº/CEP: 255 SITIO SAO SEBASTIAO SN 18890-000

Bairro/MA/Fam: 00045 ROMANO 02 0000

Município/Fone: 3553005 TAGUAI () -

RG/CPF/CNS/Cel: 47.269.003-6 380.602.688-21 707701651721810 (14)99876-4034

Conv/Carl/Obs: SUS 0 NEGA ALERGIA

Convênio: 1 SUS Solic./Autoriz.:

Médico / Profissional: 148 ALANA CUNHA CLARO SANTOS

Especialidade / CBO: 030 ODONTOLOGIA 223208 Compartilhado?: Não

Caráter de Atendimento: 01 ELETIVO Está Gestante?: Sim

Tipo de Atendimento: 00 NÃO EXIGE

Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 19820 Data: 17/03/2020 Hora: 10:18:38 Tipo: ODONTOLÓGICA

Paciente: JESSICA ANDRESSA DA MOTA SILVA Idade: 29A 0M 26D
Profissional: ALANA CUNHA CLARO SANTOS Convênio: SUS

F. A. Odontológico - Frente F. A. Odontológico - Procedimentos F. A. Odontológico - Verso

Local do Atendimento*: UBS Unidade Móvel Rua Domicilio Escola/Creche Outros

Paciente com Necessidades Especiais Gestante

Tipo de Atendimento*: Consulta Agendada Escuta Inicial Consulta no Dia Urgência

Tipo de Consulta*: Primeira Consulta Programada Consulta de Retorno Consulta de Manutenção

Vigilância em Saúde Bucal*: Abscesso Dentoalveolar Fendas/Fissuras Lábiopalatais Não Identificado
 Alteração em Tecidos Moles Fluorose Dentária
 Dor de Dente Traumatismo Dentoalveolar

Relatos e Observações:

Preencher com as informações do Atendimento Odontológico em cada aba correspondente e salvar o registro. Este registro é somente permitido para o CBO de Dentista.

Lembramos que, conjuntamente com o registro do Atendimento Odontológico, é importante registrar o Atendimento de Pré-Natal; esse atendimento com o CBO do Médico e/ou Enfermeiro(a).

INDICADOR 04:

Cobertura de exame citopatológico

Numerador: Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos.

Denominador: Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas.

Abrir uma Ficha de Atendimento para especialidade de Enfermeiro(a) e/ou de Médico; pois não serão consideradas fichas abertas para o CBO de Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem para Coleta de Citopatológico de Colo Uterino.

FA - (Fichas de Atendimento) ::

Alterando ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento		Tipo de Ficha	
20/03/2020	15:56:59	006	PROCEDIMENTOS

Paciente

3363			Nascimento		
Ender./Nº/CEP		136	CHACARA BOM VIVER	SN	18890-000
Bairro/MA/Fam	00021	SALTINHO		05	0131
Município/Fone	3553005	TAGUAI		(14)99681-1313	
RG/CPF/CNS/Cel	25.666.363-4	178.211.138-75	708005301722522	(14)99681-1313	
Conv/Cart/Obs	SUS				

Médico / Profissional

29	JOSIANE AP. L. C. EVARISTO
----	----------------------------

Especialidade / CBO

060	ENFERMEIRO DA ESF	223565
-----	-------------------	--------

Compartilhado?

NÃO SE APLICA

Caráter de Atendimento

01	ELETIVO
----	---------

Está Gestante?

Não

Tipo de Atendimento

19	CONSULTA AGENDADA
----	-------------------

OK Cancelar

Realizar o lançamento do atendimento marcando o checkbox referente à Coleta de Citopatológico de Colo Uterino. O campo do Profissional Executante, se ficar sem informar, assumirá o Profissional para o qual a ficha de atendimento foi aberta; caso seja outro Profissional, informar no campo correspondente. (lembrando que para esse registro somente poderá informar Profissional com CBO de Médico e/ou Enfermeiro.

.: Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 10733 Data: 20/03/2020 Hora: 15:56:59 Tipo: PROCEDIMENTOS

Paciente: _____ Idade: 47A 8M 14D
Profissional: JOSIANE AP. L. C. EVARISTO Convênio: _____

Ficha de Procedimentos

Local de Atendimento*
01 - UBS

Profissional Executante

Procedimentos / Pequenas Cirurgias

<input checked="" type="checkbox"/> Escuta Inicial/Orientação	<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho Subcutaneo	<input checked="" type="checkbox"/> Inalação/Nebulização
<input checked="" type="checkbox"/> Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Cerume	<input checked="" type="checkbox"/> Tópica
<input checked="" type="checkbox"/> Administração de Vitamina A	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Pontos de Cirurgias	<input checked="" type="checkbox"/> Penicilina p/ Tratamento Sífilis
<input checked="" type="checkbox"/> Cateterismo Vesical de Alívio	<input checked="" type="checkbox"/> Sutura Simples	<input checked="" type="checkbox"/> Subcutânea (SC)
<input checked="" type="checkbox"/> Cauterização Quím. Pequenas Lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Triagem Oftalmológica	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento de Epistaxe	Outros (SIA)
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidado de Estomas	Testes Rápidos	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Especial	<input checked="" type="checkbox"/> de Gravidez	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso	<input checked="" type="checkbox"/> Dosagem de Proteinúria	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> para HIV	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exame do Pé Diabético	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exerese/Biópsia/Punção de Pele	<input checked="" type="checkbox"/> para Sífilis	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fundoscopia (Exame Fundo Olho)	Administração de Medicamentos	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Infiltração em Cavidade Sinovial	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho (Aud./Nas.)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramuscular	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="text"/>

Relatos e Observações

Ir para a Próxima FA ao Salvar

INDICADOR 05:

Cobertura vacinal de Poliomielite e de Pentavalente

Numerador: Número de 3ª doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano.

Denominador: Número de crianças cadastradas.

Abrir uma Ficha de Atendimento para Vacinação; essa ficha poderá ser aberta para o CBO de Médico, Enfermeiro(a) e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

.: FA - (Fichas de Atendimento) :.

Emitindo ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento	Tipo de Ficha
23/03/2020 15:19:59	019 VACINAÇÃO

Paciente

25644	Nascimento	22/07/2019
Ender./Nº/CEP	44 DAS ROSAS 161	18890-000
Bairro/MA/Fam	00016 JARDIM PRIMAVERA I 04	0070
Município/Fone	3553005 TAGUAI	(14)98162-5716
RG/CPF/CNS/Cel	574.900.768-54	704707782458537 (15)98136-9717
Conv/Cart/Obs		

Convênio

1 SUS	Solic./Autoriz.

Médico / Profissional

100 APARECIDA ANGELA ROMANO AZEVEDO

Especialidade / CBO

139 TECNICO DE ENFERMAGEM-VACINAS 322205	Compartilhado?
	NÃO SE APLICA

Caráter de Atendimento

01 ELETIVO	Está Gestante?
	NÃO SE APLICA

Tipo de Atendimento

00 NÃO EXIGE

OK Cancelar

No lançamento da Pós Consulta informar as 3ª doses das respectivas vacinas 'VIP e PENTAVALENTE'.

.. Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 915 Data: 24/03/2020 Hora: 08:27:32 Tipo: VACINAÇÃO

Paciente: Idade: **0A 8M 4D**
 Profissional: APARECIDA ANGELA ROMANO AZEVEDO Convênio: SUS

Ficha de Vacinação

Local de Atendimento*: 01 - UBS Se Feminino: Gestante Puérpera Origem: Viajante

Vacinas administradas nesse Atendimento*

Vacina*: [F8] para Excluir Estratégia*: Informar Vacina Dose*: Informar Estratégia
 Lote*: Fabricante*:

Vacina	Estratégia	Dose	Lote	Fabricante
Penta - DTP/HB/Hib	ROTINA	3ª DOSE	0000FWM19505LG CHEM	
VIP - Poliomielite inativada	ROTINA	3ª DOSE	0000000P3090	FUNDAÇÃO OSVAI

< >

Relatos e Observações

Ir para a Próxima FA ao Salvar

Para esse Indicador leva-se em conta a idade do paciente (menores de 1 ano) e as 3ª doses das vacinas VIP (Poliomielite Inativada) e Pentavalente (DTP/HB/HIB).

INDICADOR 06:

Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre

Numerador: Número de hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses.

Denominador: Número de hipertensos identificados.

Abrir uma Ficha de Atendimento Individual (Ambulatorial); essa ficha poderá ser aberta para o CBO de Médico e/ou Enfermeiro(a); ao abrir essa Ficha de Atendimento, automaticamente abrirá na mesma Ficha a aba de Procedimento, onde registrará o procedimento de Aferição de Pressão Arterial (0301100009). O registro da Aferição de Pressão Arterial poderá ser realizado pelo CBO do Médico, Enfermeiro(a) e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

.: FA - (Fichas de Atendimento) :. X

Emitindo ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento		Tipo de Ficha	
24/03/2020	08:54:32	017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente		Nascimento	
3363		06/07/1972	
Ender./Nº/CEP	136	CHACARA BOM VIVER	SN 18890-000
Bairro/MA/Fam	00021	SALTINHO	05 0131
Município/Fone	3553005	TAGUAI	(14)99681-1313
RG/CPF/CNS/Cel	25.666.363-4	178.211.138-75	708005301722522 (14)99681-1313
Conv/Cart/Obs	SUS		

Convênio	Solic./Autoriz.
1 SUS	

Médico / Profissional	
171	LUANA HARUMI AMAMURA

Especialidade / CBO		Compartilhado?	
059	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	225142	Não

Caráter de Atendimento		Está Gestante?
01	ELETIVO	Não

Tipo de Atendimento	
22	CONSULTA NO DIA

OK Cancelar

No registro da Pós Consulta desse atendimento ou pelo Consultório, na aba Ficha de Atendimento Individual – Frente, informar os campos obrigatórios (os campos que tem *); marcar o Problema/Condição Avaliada 'HIPERTENSÃO ARTERIAL' ou informar o CIAP (K86) ou CID (I10, I11...) correspondente. Lembrando que, como há o Problema/Condição Avaliada para ser marcada, nesse caso, não dar preferência por informar o CIAP ou o CID.

.: Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 33024 Data: 24/03/2020 Hora: 08:54:32 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: _____ Idade: 47A 8M 18D
Profissional: LUANA HARUMI AMAMURA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente Ficha de Atendimento Individual - Verso Ficha de Procedimentos

Local de Atendimento*
01 - UBS

Tipo de Atendimento*
Consulta no Dia

Modalidade AD

Racionalidade em Saúde

Avaliação Antropométrica
P.Cefal. (cm) Peso (Kg) Altura (cm)
____ ____ ____

Vacinação em Dia?
 Sim Não

Se Criança
Aleitamento Materno

Se Gestante
DUM IG (semanas) Nº Prévias Nº Partos
____ ____ Gravidez Planejada ____ ____

Problema / Condição Avaliada*

Comuns	Transmissíveis	Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculose	CIAP - 1 CIAP - 2
<input checked="" type="checkbox"/> Desnutrição	<input checked="" type="checkbox"/> Hanseníase	____ ____
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Dengue	
<input checked="" type="checkbox"/> DPOC	<input checked="" type="checkbox"/> DST	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	Rastreamento	CID - 1 CID - 2
<input checked="" type="checkbox"/> Obesidade	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Colo Uterino	____ ____
<input checked="" type="checkbox"/> Pré-Natal	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Mama	
<input checked="" type="checkbox"/> Puericultura	<input checked="" type="checkbox"/> Risco Cardiovascular	

Relatos e Observações

Ir para a Próxima FA ao Salvar

No registro da Pós Consulta desse atendimento ou pelo Consultório, na aba Ficha de Atendimento Individual – Verso, informar os campos obrigatórios (os campos que tem *); marcar a Conduta.

.: Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 33024 Data: 24/03/2020 Hora: 08:54:32 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: Idade: 47A 8M 18D
Profissional: LUANA HARUMI AMAMURA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente | **Ficha de Atendimento Individual - Verso** | Ficha de Procedimentos

Exames [S]olicitados e [A]valiados

<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Colesterol Total	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - HDL	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Teste Indireto Antiglobulina
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Creatinina	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Hemog. Glicada	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Teste da Orelhinha
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - EAS/EQU	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Teste de Gravidez
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - LDL	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Olhinho
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Eletroforese Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Retinografia	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Pezinho
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Espirometria	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Sífilis	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - US Obstétrica
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Exame de Escarro	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Dengue	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Urocultura
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Glicemia	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para HIV		

Exame: Solicitado Avaliado

Procedimento [F8] para Excluir [Duplo Clique] para Alterar S A

Ficou em Observação

NASF/Polo

- Avaliação/Diagnóstico
- Proc. Clínicos/Terapêutico
- Prescrição Terapêutica

Conduta*

<input checked="" type="checkbox"/> Retorno Agendado	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Especialista
<input checked="" type="checkbox"/> Retorno p/ Continuidade	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ CAPS
<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ Grupos	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Internação
<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ NASF	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Urgência
<input checked="" type="checkbox"/> Alta do Episódio	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Atend. Domiciliar
<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Interno no Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Intersetorial

Ir para a Próxima FA ao Salvar

Na aba Ficha de Procedimento, informar o procedimento de Aferição de Pressão Arterial (0301100039) no campo 'Outros (SIA)'. Se o Profissional que aferiu a pressão arterial do paciente não é o mesmo Profissional do atendimento, basta informar no campo Profissional Executante.

.: Fichas de Atendimento do ESUS

Nº Ficha: 33024 Data: 24/03/2020 Hora: 08:54:32 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: Idade: 47A 8M 18D
Profissional: LUANA HARUMI AMAMURA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente | **Ficha de Atendimento Individual - Verso** | **Ficha de Procedimentos**

Local de Atendimento*

Profissional Executante **FABIOLA CORRAL DA SILVA**

Procedimentos / Pequenas Cirurgias

<input checked="" type="checkbox"/> Escuta Inicial/Orientação	<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho Subcutâneo	<input checked="" type="checkbox"/> Inalação/Nebulização
<input checked="" type="checkbox"/> Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Cerume	<input checked="" type="checkbox"/> Tópica
<input checked="" type="checkbox"/> Administração de Vitamina A	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Pontos de Cirurgias	<input checked="" type="checkbox"/> Penicilina p/ Tratamento Sífilis
<input checked="" type="checkbox"/> Cateterismo Vesical de Alívio	<input checked="" type="checkbox"/> Sutura Simples	<input checked="" type="checkbox"/> Subcutânea (SC)
<input checked="" type="checkbox"/> Cauterização Quím. Pequenas Lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Triagem Oftalmológica	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento de Epistaxe	Outros (SIA)
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidado de Estomas	Testes Rápidos	<input type="text" value="0301100039"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Especial	<input checked="" type="checkbox"/> de Gravidez	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso	<input checked="" type="checkbox"/> Dosagem de Proteinúria	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> para HIV	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatite C	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exame do Pé Diabético	<input checked="" type="checkbox"/> para Sífilis	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Exereze/Biópsia/Punção de Pele	Administração de Medicamentos	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fundoscopia (Exame Fundo Olho)	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Infiltração em Cavidade Sinovial	<input checked="" type="checkbox"/> Intramuscular	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Remoção Corpo Estranho (Aud./Nas.)	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>

Relatos e Observações

Ir para a Próxima FA ao Salvar

INDICADOR 07:

Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

Numerador: Número de diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses.

Denominador: Número de diabéticos identificados.

Abriu uma Ficha de Atendimento Individual (Ambulatorial); para o registro da Solicitação da Hemoglobina Glicada e do Atendimento à pessoa com Diabetes, essa ficha poderá ser aberta para o CBO de Médico e/ou Enfermeiro(a).

.: FA - (Fichas de Atendimento) ::

Emitindo ficha de atendimento

Data/Hora do Atendimento 24/03/2020 08:54:32

Tipo de Ficha 017 ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente

3363					06/07/1972
Ender./Nº/CEP	136	CHACARA BOM VIVER	SN	18890-000	
Bairro/MA/Fam	00021	SALTINHO	05	0131	
Município/Fone	3553005	TAGUAI	(14)99681-1313		
RG/CPF/CNS/Cel	25.666.363-4	178.211.138-75	708005301722522	(14)99681-1313	
Conv/Cart/Obs	SUS				

Convênio 1 SUS

Solic./Autoriz.

Médico / Profissional 171 LUANA HARUMI AMAMURA

Especialidade / CBO 059 MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA 225142

Compartilhado? Não

Caráter de Atendimento 01 ELETIVO

Está Gestante? Não

Tipo de Atendimento 22 CONSULTA NO DIA

OK Cancelar

No registro da Pós Consulta desse atendimento ou pelo Consultório, na aba Ficha de Atendimento Individual – Frente, informar os campos obrigatórios (os campos que tem *); marcar o Problema/Condição Avaliada ‘Diabetes’ ou informar o CIAP (T89) ou CID (E10, E10.0, E10.2...) correspondente. Lembrando que, como há o Problema/Condição Avaliada para ser marcada, nesse caso, não dar preferência por informar o CIAP ou o CID.

Nº Ficha: 33024 Data: 24/03/2020 Hora: 08:54:32 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: _____ Idade: 47A 8M 18D
 Profissional: LUANA HARUMI AMAMURA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Frente Ficha de Atendimento Individual - Verso Ficha de Procedimentos

Local de Atendimento*: 01 - UBS Tipo de Atendimento*: Consulta no Dia Modalidade AD: _____

Racionalidade em Saúde: _____ Avaliação Antropométrica: P. Cefal. (cm) _____ Peso (Kg) _____ Altura (cm) _____ Vacinação em Dia? Sim Não

Se Criança: Aleitamento Materno: _____ Se Gestante: DUM _____ IG (semanas) _____ Nº Prévias _____ Nº Partos _____ Gravidez Planejada

Problema / Condição Avaliada*

Comuns	Transmissíveis	Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculose	CIAP - 1 _____ CIAP - 2 _____
<input checked="" type="checkbox"/> Desnutrição	<input checked="" type="checkbox"/> Hanseníase	CID - 1 _____ CID - 2 _____
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Dengue	
<input checked="" type="checkbox"/> DPOC	<input checked="" type="checkbox"/> DST	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	Rastreamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Obesidade	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Colo Uterino	
<input checked="" type="checkbox"/> Pré-Natal	<input checked="" type="checkbox"/> Câncer de Mama	
<input checked="" type="checkbox"/> Puericultura	<input checked="" type="checkbox"/> Risco Cardiovascular	
<input checked="" type="checkbox"/> Puerpério		
<input checked="" type="checkbox"/> Saúde Sexual e Reprodutiva		
<input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo		
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoolismo		
<input checked="" type="checkbox"/> Dependência Química		
<input checked="" type="checkbox"/> Saúde Mental		
<input checked="" type="checkbox"/> Reabilitação		

Relatos e Observações: _____

Ir para a Próxima FA ao Salvar

No registro da Pós Consulta desse atendimento ou pelo Consultório, na aba Ficha de Atendimento Individual – Verso, informar o campo 'S' para Hemoglobina Glicada e marcar a Conduta.

Nº Ficha: 33024 Data: 24/03/2020 Hora: 08:54:32 Tipo: ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Paciente: _____ Idade: 47A 8M 18D
 Profissional: LUANA HARUMI AMAMURA Convênio: SUS

Ficha de Atendimento Individual - Verso Ficha de Atendimento Individual - Frente Ficha de Procedimentos

Exames [S]olicitados e [A]valiados

<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Colesterol Total	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - HDL	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste Indireto Antiglobulina
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Creatinina	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Hemog. Glicada	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste da Orelhinha
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - EAS/EQU	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste de Gravidez
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Eletrocardiograma	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - LDL	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Olhinho
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Eletroforese Hemoglobina	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Retinografia	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Teste do Pezinho
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Espirometria	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Sífilis	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - US Obstétrica
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Exame de Escarro	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para Dengue	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Urocultura
<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Glicemia	<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> A - Sorologia para HIV	

Exame: _____ Solicitado Avaliado

Procedimento _____ [F8] para Excluir [Duplo Clique] para Alterar S A

Ficou em Observação NASF/Polo: Avaliação/Diagnóstico Proc. Clínicos/Terapêutico Prescrição Terapêutica

Conduta*

<input checked="" type="checkbox"/> Retorno Agendado	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Especialista
<input checked="" type="checkbox"/> Retorno p/ Continuidade	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ CAPS
<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ Grupos	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Internação
<input checked="" type="checkbox"/> Agendamento p/ NASF	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. p/ Urgência
<input checked="" type="checkbox"/> Alta do Episódio	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Atend. Domiciliar
<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Interno no Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Encam. Intersetorial

Ir para a Próxima FA ao Salvar