



apresentam

e-SUS AB: Fichas de Cadastros

Lisandra Santos de Souza

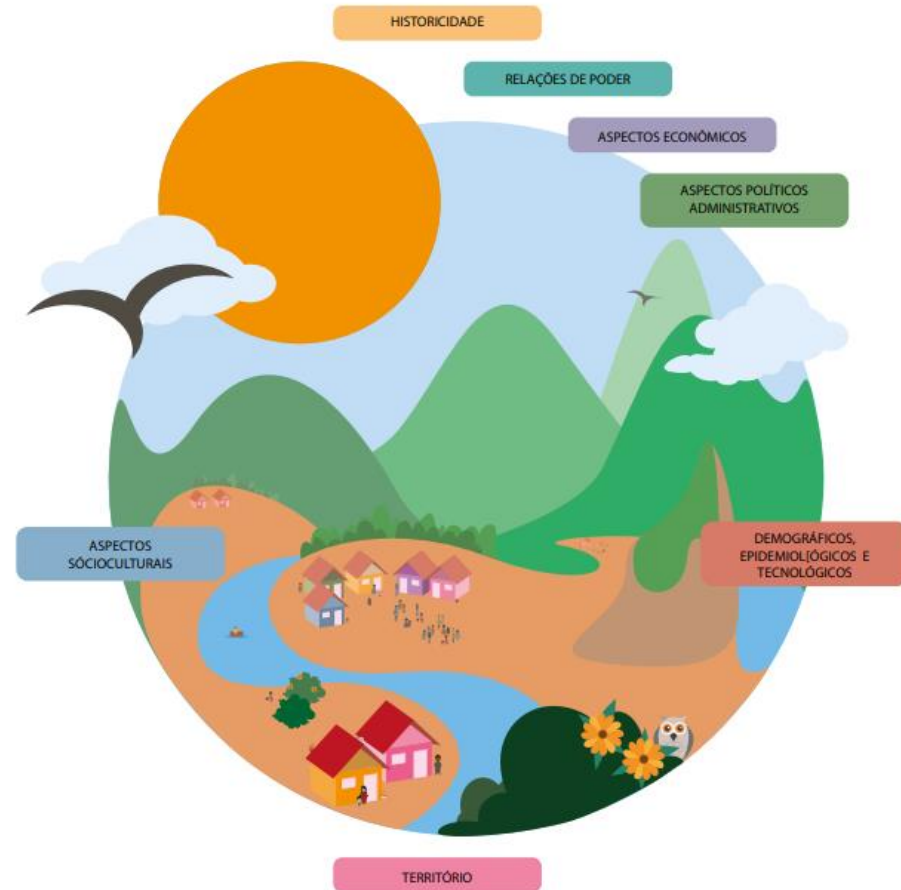
Teleconsultora e-SUS AB



“É imprescindível que, além da definição do território de responsabilidade de cada equipe por parte da gestão (recomendação do parâmetro populacional de 1 equipe para 2000 a 3500 pessoas), as equipes **conheçam** o seu território de atuação e **programem** as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Ademais, vale ressaltar a importância de refazer ou atualizar a territorialização sempre que necessário, considerando que o território é vivo e dinâmico.”

O que é território?

É aquele que vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É o espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura.



Como cadastrar?



Território



Cidadãos

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

SAÚDE BÁSICA

IDENTIFICADO POR: DATA: DIGITADO POR: DATA:
CONFERIDO POR: FOLHA: CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA MUNICÍPIO* NOME DO LOGRADOURO* MICROÁREA**
CSP* TIPO DE LOGRADOURO* PTO. REFERÊNCIA

BAIRRO* COMPLEMENTO TEL. CONTATO () LOCALIZAÇÃO*
NÚMERO* SEH NÚMERO COMPLEMENTO TEL. CONTATO () LOCALIZAÇÃO*
TIPO DE MÓVEL* - TELÉFONOS PARA CONTATO TEL. RESIDÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA SITUAÇÃO DE MORADIA POSSUI DA TERRA*
Ocupação: Alugada Alugada Ocupação Situação de Rua Outra

TIPO DE DOMICÍLIO EN CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Casa Apartamento Condomínio Outros

PRINCIPAL PROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Inoperante Parcialmente Inoperante Assentada Passiva Anestesiada Controlada Beneficiária do Banco da Terra Não se aplica

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Tipo: Madeira Tijolo Alvenaria/Tijolo Com Revestimento Material Apropriado Outra

AGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
Tipo: Filtro Fervido Clorada Mineral

ABASTECIMENTO DE ÁGUA Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

Forma de Acesso ao Domicílio: Pavedimento Chão Batido Escada Outras

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO: Fossa Sêptica Fossa Rústica Caixa Aberta

DESTINO DO LIXO: Coleta Quimista Outras

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Sim Não

QUAL(ES) Cachorro Passaro Outros

FAMÍLIAS EM CONVÍVIO FAMILIAR

CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (R\$) (MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (DIAZ) (MÊSES)	MODO DE NASCIMENTO
_____	____/____/____	____	____	____	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adotivo
_____	____/____/____	____	____	____	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adotivo
_____	____/____/____	____	____	____	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adotivo
_____	____/____/____	____	____	____	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Adotivo

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, meu/ela, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento e a mobilidade e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implica o não atendimento na unidade de saúde.

CADASTRO INDIVIDUAL

SAÚDE BÁSICA

IDENTIFICADO POR: DATA: DIGITADO POR: DATA:
CONFERIDO POR: FOLHA: CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO: CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não

NOME COMPLETO* SOBRENOME SOCIAL* Sim Não

NOME COMPLETO DA MÃE* Desconhecido Outra Incompleta Outra

NACIONALIDADE* Brasileira Desconhecida Naturalizada Estrangeira

DATA DE NATURALIZAÇÃO* Nº NS (PD-TRASP) / SEXO* M F

DATA DE ENTRADA NO BRASIL** PAÍS DE NASCIMENTO**

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS: RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR
 Cônjuge/Companheiro Filho Filha Sobrinho Sobrinha Neta Neto Outros

PRESENTE NA ESCOLA OU CRECHE? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?
 Pré-vestibular (Semestre CA)
 Curso Fundamental - CA
 Curso Fundamental 1ª e 4ª séries
 Curso Fundamental 5ª e 8ª séries
 Fundamental Completo
 Fundamental Especial
 Fundamental EJA - níveis Iniciais
 Ensino Fundamental EJA - níveis Final (Língua P e AP)
 Ensino Médio Completo
 Ensino Médio EJA (Língua P)
 Superior Aperfeiçoamento Especialização Mestrado
 Doutorado
 Mestrado
 Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
 Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outros

PRESENTE EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? Sim Não

SE SIM, QUAL(ES)? Ambulatório Hospital Pronto-Socorro Unidade de Saúde da Família

SE SIM, QUAL(ES)? Auditivo Prótese/Cognitiva Outra

SE CÍTICO INDIGENTE: Não Sim

INDIVÍDUO DA ATENÇÃO BÁSICA

Nome do DOI: _____

SAÚDE BÁSICA

Eu, meu/ela, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento e a mobilidade e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implica o não atendimento na unidade de saúde.

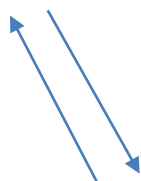
Por que o cadastro é importante?



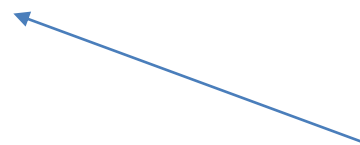
Território



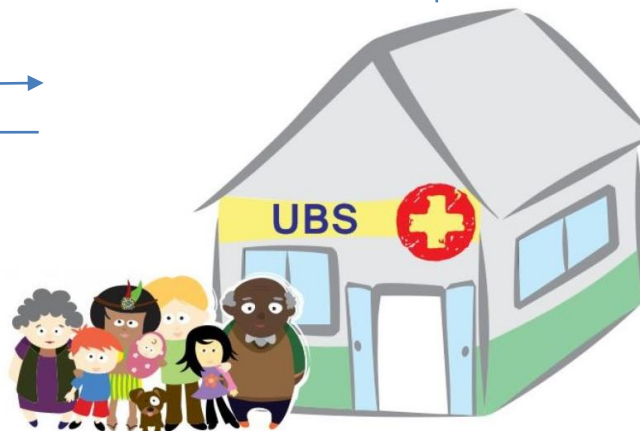
Cidadãos



Agente Comunitário de Saúde



Entendimento dos problemas e necessidades do território para planejamento das ações





Cidadãos



Território

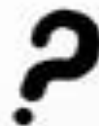


Planejamento das estratégias de intervenção para promoção e proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças e promoção da saúde.

**O que devo
cadastrar
primeiro?**

**Devo usar fichas
ou tablet?**

**Quem deverá
digitar as
fichas?**



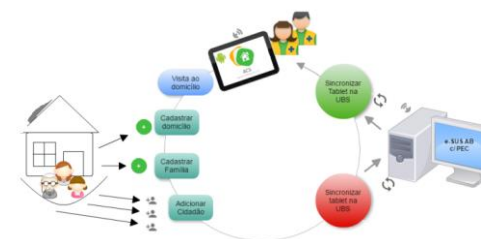
Vantagens em utilizar tablets:

- Eliminação das fichas de cadastro das famílias (Cadastro Domiciliar e Cadastro Individual);
- Eliminação do processo auxiliar de digitação do cadastro, considerando o uso do CDS;
- Redução no armazenamento de fichas de papel dentro da UBS;
- Aumento na velocidade de compartilhamento de informação com o restante da equipe;
- Redução no tempo de cadastramento e atualização dos cadastros da população no território.

O que devo cadastrar primeiro?



1. Cadastro do domicílio
2. Cadastro da família
3. Cadastro do cidadão


A stack of CDS forms. The top form is titled 'CADASTRO DOMICILIAIR E TERRITORIAL' and the one below it is 'CADASTRO INDIVIDUAL'. Both forms are from SAUDE and contain various fields for data entry, including personal information, address, and health status.

Não existe ordem para o preenchimento da ficha CDS em papel e no sistema, desta forma o profissional tem autonomia para organizar o seu processo de trabalho.

Quem deverá digitar as fichas?

Nota técnica, 20 de agosto de 2015

O Departamento de atenção Básica recomenda que a digitação da produção seja realizada pelo mesmo profissional que realizou o atendimento, entendendo que essa ação faz parte desse atendimento e é de responsabilidade desse profissional.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

NOTA TÉCNICA

A presente nota tem objetivo de esclarecer sobre a alimentação do sistema de informação pelos profissionais das equipes de Atenção Básica.

Considerando que Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aborda os seguintes pontos relacionados à alimentação do sistema de informação:

3.4 COMPETE ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E AO DISTRITO FEDERAL:
Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; [...]

4.3 DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

4.3.1 São atribuições comuns a todos os profissionais:
Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

E que em relação à informatização e à adoção do prontuário eletrônico, a Carta de Direitos do Cidadão no SUS, inscrita na Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, destacando-se:

Parágrafo único. Os gestores do SUS, nas três esferas de governo e para observância desses princípios, comprometem-se a:
VI – promover melhorias contínuas na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário eletrônico, com os objetivos de: a) otimizar o financiamento; b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde; c) melhorar as condições de trabalho; d) reduzir filas; e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.


- O Departamento de Atenção Básica recomenda que a digitação da produção seja realizada pelo mesmo profissional que realizou o atendimento, entendendo que essa ação faz parte desse atendimento e é de responsabilidade desse profissional. Não cabe, por exemplo, ao agente comunitário de saúde ou ao técnico de enfermagem a digitação da produção do médico ou do enfermeiro.

Tem alguma deficiência?

Auditiva	Limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.
Visual	A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência compreende a deficiência visual como sendo uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na capacidade de realização de tarefas. Deficiência visual é a cegueira cuja acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60º; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores.
Intelectual/ cognitiva	Limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva. A deficiência mental, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.
Física	É alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob as formas de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
Outra	Outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

Termo de recusa

Este bloco é preenchido quando o cidadão se recusa a fornecer os dados para preenchimento do seu cadastro. Quando isso acontece, é solicitado ao entrevistado que assine o termo de recusa para assegurar que ele está ciente. Em situações em que o cidadão se recuse também a assinar o termo, a validação dessa informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.

SAÚDE  ATENÇÃO BÁSICA		CADASTRO INDIVIDUAL		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* [] [] FA	
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:*	
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:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente				OCUPAÇÃO	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbil etc.) <input type="radio"/> Nenhum				SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA					
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					

Questionário autorreferido de condições/ situações de saúde

Este questionário possibilita que, no momento do cadastro do cidadão, os problemas/condições de saúde referidos sinalizem para a equipe a necessidade de acompanhamento e qual a prioridade dele.

Para o profissional que estiver realizando o cadastro, é uma oportunidade para orientações quanto aos cuidados necessários e apresentação das ofertas da unidade de saúde para cada problema/condição, como, fluxo para marcação de consultas, realização de exames, participação em grupos, entre outros.

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE	
CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS 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(S)** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ALCOOL? <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 INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? _____ SE SIM, INDIQUE QUAL(S): _____
	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE: 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____	
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(S): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção múltipla de escolha <input type="radio"/> Opção única de escolha (marcar X na opção desejada) Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea. FA: Fora de Área * Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior	

Cidadão em situação de rua

Este bloco é habilitado ao responder afirmativamente a pergunta “Está em situação de rua?”

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE		
CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
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	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção múltipla de escolha <input type="radio"/> Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)		
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.		
FA: Fora de Área		
*Campo obrigatório		
**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior		

Regras do sistema a partir do Tipo do Imóvel

Opção "01 - Domicílio":

- serão desabilitados os campos do bloco "Instituição de permanência" e
- será alterado o nome do grupo "Termo de recusa" para "Termo de recusa do cadastro domiciliar e territorial da Atenção Básica".

Imóveis sem finalidade de moradia/longa permanência: "02 - Comércio", "03 - Terreno baldio", "04 - Ponto estratégico", "05 - Escola", "06 - Creche", "12 - Estabelecimento religioso" ou "99 - Outros":


- serão desabilitados os campos dos blocos "Condições de moradia", "Animais no domicílio?", "Famílias", e "Instituição de permanência" .

Instituição de longa permanência: "07 - Abrigo", "08 - Instituição de longa permanência para idosos", "09 - Unidade prisional", "10 - Unidade de medida socioeducativa" ou "11 - Delegacia":

- serão desabilitados os campos: "Situação de moradia / Posse de terra", "Tipo de domicílio", "Nº de cômodos", "Em caso de área de produção rural: condição de posse e uso da terra", "Material predominante na construção das paredes externas de seu domicílio" e "Tipo de acesso ao domicílio".
- Serão desabilitados os campos dos blocos: "Animais no domicílio" e "Famílias" - será alterado o nome do termo de recusa para "Termo de recusa do cadastro da instituição de permanência".

Condições de moradia

O bloco de condições de moradia é composto por campos que mapeiam as condições socio sanitárias do domicílio. Podem ser registradas informações sobre situação de moradia, localização, além de outras características do domicílio.

SAÚDE  ATENÇÃO BÁSICA		CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:	DATA:	
				CONFERIDO:	FOLHA:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /		
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*		UF*		
CEP*	BAIRRO*		TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*		
NÚMERO*	<input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> FA		
TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO		TEL. CONTATO: ()			
TEL. RESIDÊNCIA: ()						
CONDIÇÕES DE MORADIA						
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*				LOCALIZAÇÃO*		
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra				<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural		
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra				
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meio(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Possuível <input type="radio"/> Arrendatário(a)				
<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica		<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica				
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____						
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO				
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro		Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento				
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento				
		Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material				
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO				
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna		<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral				
<input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Sem Tratamento				
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO		DESTINO DO LIXO				
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar		<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro				
<input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma						
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?						
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		QUAL(ES)?		Quantos: _____		
		<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros				
FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	/ /	⊙⊙⊙⊙⊙⊙	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	⊙⊙⊙⊙⊙⊙	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	⊙⊙⊙⊙⊙⊙	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	⊙⊙⊙⊙⊙⊙	____	____	<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA						
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.						
Assinatura						

Animais no domicílio


Este bloco é utilizado para registrar a existência e quantidade de animais no domicílio. Animais domésticos são do convívio diário familiar, tais como gato, cachorro, pássaro etc.. Caso existam animais no domicílio e a opção “Sim” tenha sido marcada, será necessário indicar quais e a quantidade deles. A partir dessas informações, é possível que a equipe de saúde desenvolva ações para minimizar o risco de agravos à saúde da população, articuladas com outros setores responsáveis, a fim de efetivar a vigilância dos fatores de risco ambientais e sanitários.

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA		CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:	DATA:		
				CONFERIDO:	FOLHA:		
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*			
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*		UF*			
CEP*	BAIRRO*		TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*			
NÚMERO*	SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA*			
TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO		TEL. CONTATO: ()				
CONDICÕES DE MORADIA		LOCALIZAÇÃO*					
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*		LOCALIZAÇÃO*					
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra					
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO					
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO					
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO		DESTINO DO LIXO					
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?							
QUAL(IS)?							
Quantos: _____							
FAMILIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
			/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA							
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.							
						Assinatura	

Identificação das famílias ou núcleos familiares

O núcleo familiar ou família corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras de um mesmo domicílio. **Para cada núcleo familiar, deve-se informar um responsável familiar.**

A definição desse responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador desse domicílio e integrante dessa unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos.

SAÚDE  CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:	DATA:			
		CONFERIDO:	FOLHA:			
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*		
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*		UF*		
CEP*	BAIRRO*		TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*		
NÚMERO*	<input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> FA		
TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO		TEL. CONTATO: ()			
CONDICÕES DE MORADIA		LOCALIZAÇÃO*				
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*		LOCALIZAÇÃO*				
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra		<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural				
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra				
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meio(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Possuio <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica				
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO				
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Taipia: <input type="radio"/> Outros: <input type="radio"/>				
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material				
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO				
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento				
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro		DESTINO DO LIXO				
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO		<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro				
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?		QUAL(IS)?				
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros				
		Quantos: _____				
FAMILIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
		/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
		/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
		/ /	00000000			<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA						
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.						
Assinatura						

Instituição de permanência

Será possível cadastrar instituições de permanência, como escolas, creches, abrigos, ou instituições de longa permanência para idosos. Escreva o nome da instituição de permanência no campo aberto.

Identificação do Responsável Técnico pela Instituição de Permanência: neste bloco, deve-se inserir os dados referentes ao responsável técnico pela instituição de permanência.

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA _____ NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____	
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA _____	
NOME: _____	CNS DO RESPONSÁVEL: _____
CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____	TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA _____

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Legenda: Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

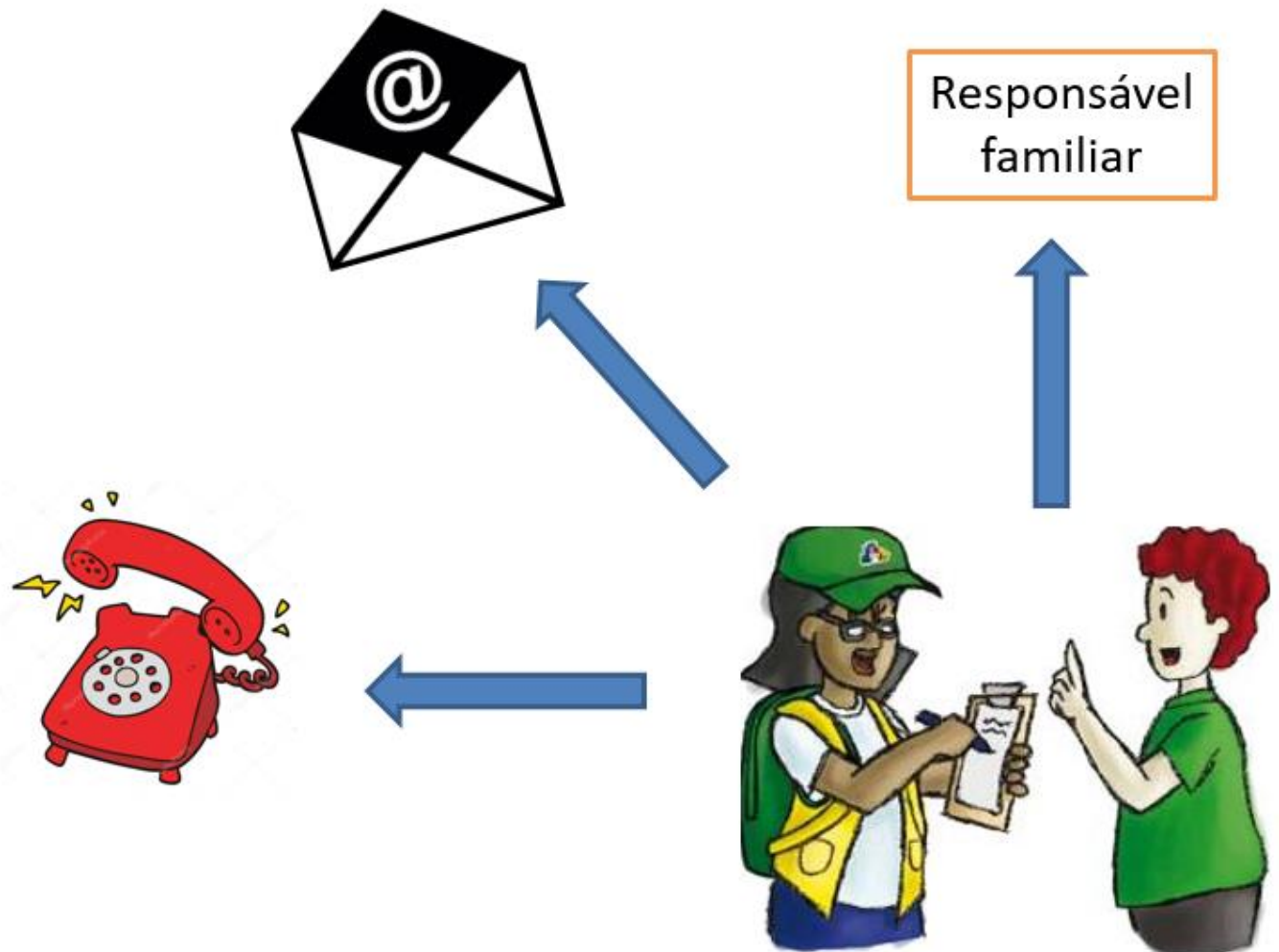
Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

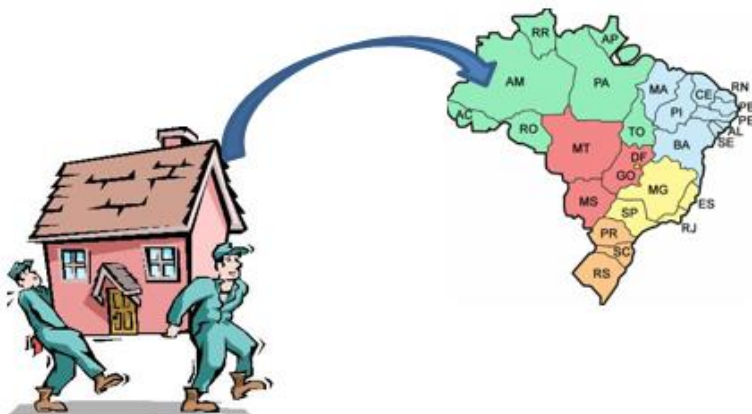
** Campo com obrigatoriedade condicional

Atenção!

É muito importante manter o cadastro atualizado.




- Ficha de Cadastro individual - Para os casos em que o paciente se mudou para outro município/estado, utiliza-se a opção “mudança de território” e “FA” em micro área.



SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA		CADASTRO INDIVIDUAL		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CIDADÃO E O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
CNS DO CIDADÃO		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		MICOÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA	
NOME COMPLETO*		DATA DE NASCIMENTO*		SEXO*	
RACA/COR* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia**		Nº NIS (NIS/PASEP)	
NOME COMPLETO DA MÃE*		NOME COMPLETO DO PAI*		NACIONALIDADE* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	
PAIS DE NASCIMENTO**		DATA DE NATURALIZAÇÃO**		PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**		DATA DE ENTRADA NO BRASIL**		TELEFONE CELULAR ()	
E-MAIL:					
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Neta <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQÜENTE ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?				SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)				<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Cido (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móvel etc.) <input type="radio"/> Nenhum					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outro(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sogra <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Homossexual (gay / lésbica)		SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Outro		SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	
CADASTRO					
<input type="radio"/> Mudança de território		<input type="radio"/> Óbito		SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito** / / Número do DO: _____	
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA					
Eu, _____ portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					

- Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial – Atualizar doo número total de morares e para os casos em que toda a família se mudou, clicar em “atualizar” e assinalar o check box “mudou-se”.



**CADASTRO DOMICILIAR
E TERRITORIAL**

DIGITADO POR: _____ DATA: _____
 CONFERIDO: _____ FOLHA: _____

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*:	UF*:
CEP*:			
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:	
NÚMERO*: <input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
_____	TEL. RESIDÊNCIA: () _____
	TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica

Nº de Moradores: _____	Nº de Cômodos: _____
------------------------	----------------------

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
ABASTECIMENTO DE ÁGUA <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(ES)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	

FAMILIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	_____	____/____/____	00000000	____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	00000000	____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	00000000	____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	00000000	____	____/____	<input type="checkbox"/>


TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____

Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial –

Para os casos em que somente o responsável familiar se mudou, clicar em “atualizar” e assinalar o check box “mudou-se” e depois incluir novo núcleo familiar com CNS do responsável familiar atualizado.



**CADASTRO DOMICILIAR
E TERRITORIAL**

DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
CONFERIDO: _____ FOLHA: ____/____

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: ____

BAIRRO*: _____

TIPO DE LOGRADOURO*: _____

NOME DO LOGRADOURO*: _____

NÚMERO*: SEM NÚMERO

COMPLEMENTO: _____

PTO. REFERÊNCIA: _____

MICROÁREA*
 LI FA

TIPO DE IMÓVEL*
 LI FA

TELEFONES PARA CONTATO
TEL. RESIDÊNCIA: () _____

TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA* Próprio Financiada Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*
 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
 Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Proprietário Parceiro(a)/Meiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Alvenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento
Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento
Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna Carro Pipa Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não

QUAL(ES)?
 Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMILIAS	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANOS]	MUDOU-SE
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
 Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica, 20 de agosto de 2015**, disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/e-sus-ab/legislacao-1/11535-nota-tecnica-20-de-agosto-de-2015/file>. Acesso em 21 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada – CDS (versão3.0)**, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_3_0.pdf. Acesso em 21 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Aplicativo ACS - Agente Comunitário de Saúde – Versão 2.0. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_esus_ab_territorio_PRELIMINAR.pdf. Acesso em 28 de novembro de 2018.

Perguntas e respostas