



Secretaria de
Saúde



MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA INTEGRAÇÃO DO e-SUS COM O SISPRENATAL WEB

E INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DO E-SUS
RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL/PLANEJAMENTO FAMILIAR DA
MULHER E DO PARCEIRO

1º Edição

Contagem

2018

Alexis José Ferreira de Freitas

PREFEITO MUNICIPAL DE CONTAGEM

Cleber de Faria Silva

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Kênia Silveira Carvalho

SUBSECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Maurício Rangel de Souza

SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO EM SAÚDE

Marcílio Dias Magalhães

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Marco Antônio Astoni

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA SAÚDE

Ludimilla Pinheiro Mariano

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E FINANÇAS

João Pedro Laurito Machado

SUPERINTENDENTE DO COMPLEXO HOSPITALAR

Marilene Socorro Altina

SUPERINTENDENTE DE REGULAÇÃO

Diana Martins Barbosa

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Giane Rita de Souza Ferreira

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DE PESSOAS

Sílvia Araujo de Souza

SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVA

©2018. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço <http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/>

Elaboração, distribuição e informações

Prefeitura Municipal de Contagem

Secretaria Municipal de Saúde de Contagem

Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial

Contagem – MG

CEP: 32210-110

Elaboração Técnica

Enf. Flávia Maria Pimenta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR	8
3. FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL	9
4. FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL.....	10
5. FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	11
5. FICHA DE PROCEDIMENTOS.....	16
6. FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	17
7. PRE-NATAL DO PARCEIRO.....	18
8. PLANEJAMENTO FAMILIAR	20
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
10. BIBLIOGRAFIA	21
ANEXO 1 – CADASTRO DOMICILIAR:	22
ANEXO 2 – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL – FRENTE:.....	23
ANEXO 3 – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL – VERSO:	24
ANEXO 4 – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – FRENTE:	25
ANEXO 5 – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - VERSO:.....	26
ANEXO 6 – FICHA DE PROCEDIMENTOS – FRENTE:	27
ANEXO 7 – FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL – FRENTE:....	28

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA INTEGRAÇÃO DO e-SUS COM O SISPRENATAL WEB

O e-SUS AB a partir de novembro/2018 irá incorporar definitivamente o SISPRENATAL WEB, para que a integração aconteça corretamente todos os formulários do e-sus devem ser preenchidos:

- 1 – Cadastro Domiciliar e Territorial;
- 2– Cadastro Individual;
- 3 – Atendimento Individual;
- 4 – Procedimento;
- 5 – Atendimento odontológico individual;
- 6 - Visita Domiciliar e Territorial.

Com isso as informações referentes ao pré-natal e puerpério registrados em cada atendimento realizado pela equipe de atenção básica, com o cidadão DEVIDAMENTE IDENTIFICADO COM O CNS, passam a ser utilizadas como fonte de informação para o monitoramento da Rede Cegonha na Atenção Básica.

PARA A CORRETA INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS O CNS TORNA-SE OBRIGATORIO NO CADASTRO E ATENDIMENTO DA GESTANTE/PUERPERIO.

Os campos a seguir devem ser preenchidos obrigatoriamente para a correta integração entre o e-SUS e o SISPRENATAL.

1. INTRODUÇÃO

O e-SUS AB a partir de novembro/2018 irá incorporar definitivamente o SISPRENATAL WEB. Para que a integração aconteça corretamente, todos os formulários do e-sus devem ser preenchidos:

- 1 – Cadastro Domiciliar e Territorial;
- 2– Cadastro Individual;
- 3 – Atendimento Individual;
- 4 – Procedimento;
- 5 – Atendimento odontológico individual;
- 6 - Visita Domiciliar e Territorial.

Com isso as informações referentes ao pré-natal e puerpério registrados em cada atendimento realizado pela equipe de atenção básica, com o cidadão DEVIDAMENTE IDENTIFICADO COM O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS, passam a ser utilizadas como fonte de informação para o monitoramento da Rede Cegonha na Atenção Básica.

O SISPRENATAL WEB apresenta algumas orientações na sua página inicial descritas a seguir:

“USUÁRIOS DO SISPRENATAL WEB, FIQUEM ATENTOS!”

Conforme Nota Técnica Nº 19-SEI/2017, que informa sobre a substituição do SISPRENATAL Web pelo e-SUS AB no nível da Atenção Básica. Esclarecemos:

PROCESSO DE SUBSTITUIÇÃO ENTRE SISTEMAS

A partir de 01 de novembro de 2018 o registro de dados do acompanhamento de gestantes na atenção básica, independentemente do período gestacional em que se encontram, deverá ocorrer exclusivamente nas ferramentas que integram a Estratégia e-SUS AB.

ORIENTAÇÃO SOBRE O REGISTRO DE NOVAS GESTANTES

Se a sua Unidade Básica de Saúde ainda não iniciou a substituição, recomendamos que desde já novas gestantes sejam registradas nas ferramentas que integram a Estratégia e-SUS AB.

A SUBSTITUIÇÃO ACONTECERÁ AO MESMO TEMPO PARA TODAS AS UBS?

Não! Inicialmente, o bloqueio de registro de informações pelo SISPRENATAL Web acontecerá somente para as Unidades Básicas de Saúde que enviam informação para a Estratégia e-SUS AB de forma regular (3 competências consecutivas).

ORIENTAÇÃO SOBRE O REGISTRO GESTANTES DE ALTO RISCO

O registro de gestantes de alto risco deverá ser feito tanto nas ferramentas da Estratégia e-SUS AB (atendimentos da atenção básica) como no SISPRENATAL Web (atendimentos da atenção especializada).

PARA A CORRETA INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS O CNS TORNA-SE OBRIGATORIO NO CADASTRO E ATENDIMENTO DA GESTANTE/PUERPERIO.

Os campos a seguir devem ser preenchidos obrigatoriamente para a correta integração entre o e-SUS e o SISPRENATAL.

2. FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR

Somente com a ficha de cadastro domiciliar é possível identificar os dados de endereço da gestante. Para tal o uso do cartão de saúde do responsável pela família deverá ser preenchido.

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	REDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	051234+			<input type="checkbox"/>
		/ /	051234+			<input type="checkbox"/>
		/ /	051234+			<input type="checkbox"/>
		/ /	051234+			<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Número do Cartão SUS do responsável do domicílio

3. FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL

Os dados pessoais da gestante no e-SUS são coletados pelo profissional que cadastra (eSF – Agentes ou eAB – AUX/TEC de Enfermagem) nas fichas de cadastro individual. Para garantir todo o processo de preenchimento, além dos campos marcados com “*” os campos abaixo devem ser preenchidos:

A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO:

O formulário 'IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO' contém os seguintes campos:

- CNS DO CIDADÃO**: Campo com 14 espaços para digitar o número do Cartão Nacional de Saúde.
- CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?**: Campo com duas opções de resposta: ☐ Sim e ☐ Não.
- CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR**: Campo com 14 espaços para digitar o número do Cartão Nacional de Saúde do responsável familiar.
- MICROÁREA***: Campo com dois espaços para digitar o código da microárea.

Um callout azul aponta para o campo 'CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?' com o texto: 'Cidadão é o responsável familiar – sim ou não?'. Outro callout azul aponta para o campo 'CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR' com o texto: 'CNS do responsável familiar.'

Para identificar o endereço da gestante, é obrigatório o preenchimento do campo **CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR – SIM OU NÃO**, e caso não seja o responsável, preencher o campo. **CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR**.

B. CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS.

O formulário 'QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE' contém os seguintes campos:

- CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS**: Título do formulário.
- ESTÁ GESTANTE?**: Campo com duas opções de resposta: ☐ Sim e ☐ Não.
- SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?**: Campo para digitar o nome da maternidade de referência.
- SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?**: Campo com três opções de resposta: ☐ Abaixo do Peso, ☐ Peso Adequado e ☐ Acima do Peso.

Um callout azul aponta para o campo 'ESTÁ GESTANTE?' com o texto: 'Está gestante?'.

O campo condições/situações de saúde gerais “**ESTÁ GESTANTE?**” Deve ser mantido atualizado pelos profissionais que realizam o cadastro. O preenchimento inclui a usuária como gestante no sistema. Manter os demais campos de condições sempre atualizados. Exemplo: se aos 4 meses de gestação a gestante desenvolver asma, o campo deverá ser preenchido.

Ao **TÉRMINO DA GESTAÇÃO (PUERPÉRIO)**, a ACS deve retornar à ficha de atendimento individual e **MARCAR “NÃO”** o campo “**ESTÁ GESTANTE?**”.

4. FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

Os campos abaixo listados passam a ser OBRIGATORIOS quando o atendimento for de gestante.

A. CNS DO CIDADÃO

Nº	1	2	3
TURNO*	000	000	000
MICROÁREA*			
TIPO DE IMÓVEL*			
Nº PRONTUÁRIO			
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)			

O campo CNS deve ser preenchido no atendimento de toda gestante pois somente assim a gestante é vinculada aos dados preenchidos nas outras fichas.

B. MOTIVO DA CONSULTA

Data de nascimento		Ano	
Sexo**	(F) Feminino (M) Masculino	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Visita compartilhada com outro profissional <input type="checkbox"/>			
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização	<input type="checkbox"/>	
	Visita periódica	<input type="checkbox"/>	
	Busca ativa	Consulta	<input type="checkbox"/>
		Exame	<input type="checkbox"/>
		Vacina	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento	Criança	<input type="checkbox"/>
Pessoa com desnutrição		<input type="checkbox"/>	

O campo gestante deve ser marcado em todo atendimento da gestante.

C. ANTROPOMETRIA

Orientação/prevenção	
Outros	
Antropometria	Peso (kg)
	Altura (cm)
Desfecho*	Visita realizada
	Visita recusada
	Ausente

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Microárea: usar FA para Fora de Área ou 0 Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00

O campo "Antropometria" deve ser preenchido principalmente para gestantes que estão em acompanhamento em outros serviços.

5. FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Os campos abaixo listados passam a ser OBRIGATORIOS quando o atendimento for de gestante.

A. CNS DO CIDADÃO

Nº	1	2	3	4	5	6	7
TURNO*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº PRONTUÁRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CNS DO CIDADÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O campo CNS deve ser preenchido no atendimento de toda gestante pois somente assim a gestante é vinculada aos dados preenchidos nas outras fichas.

B. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E VACINA EM DIA

Os dados de peso, altura e vacinação em dia tornam-se obrigatórios em todos os atendimentos das gestantes/puérperas.

Atendimento	1	2	3	4	5	6	7
Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peso (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altura (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vacinação em dia?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Alimentação Materna (ver legenda)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. GESTANTE

O campo da gestante tem preenchimento obrigatório em todas as avaliações da gestação.

Para a avaliação do puerpério o campo Antecedentes obstétricos (Gesta/Partos) é obrigatório.

Gestante	1	2	3	4	5	6	7
DUM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Idade Gestacional (semanas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gestas Prévias/Partos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Campo problema/condição avaliada.

PARA GESTANTES: no campo problema/condição avaliada marcar o campo PRÉ-NATAL ou incluir os seguintes códigos de CIAP2/CID.

CIAP2 (W03; W05; W71; W78; W79; W80;W81; W84; W85)

CID10 (O009, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299, O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z640

PARA PUERPERAS: no campo problema/condição avaliada marcar o campo PRÉ-NATAL ou incluir os seguintes códigos de CIAP2/CID.

CIAP2 (W18; W19; W70; W94; W96).

CID10 (O152, O85, O86, O860, O861, O862, O863, O864, O868, O87, O870, O871, O872, O873, O878, O879, O89, O890, O891, O892, O893, O894, O895, O896, O898, O899).

NÃO ESQUECER DE MARCAR O CAMPO RRASTREAMENTO DE CANCER DE COLO DE UTERO E FICHA DE PROCEDIMENTOS NO DIA DA REALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DA GESTANTE.

D. EXAMES SOLICITADOS E AVALIADOS

O campo exames solicitados e avaliados torna-se obrigatório no atendimento à gestante.



Para o 1º trimestre devem ser solicitados e registrados os seguintes exames:

1. Hemograma (eritrograma e plaquetas);
2. Glicemia de jejum;
3. Eletroforese de hemoglobina;
4. EUR
5. Urocultura com antibiograma;
6. Ultrassonografia Obstétrica.
7. Coombs indireto - Teste indireto de antiglobulina humana (tia) (se necessário);
8. VDRL (se necessário).

ESTES EXAMES DEVEM SER LANÇADOS NO CAMPO “OUTROS (SIA) ”

9. 0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro;
10. 0214010082 – Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro.
11. 0202120023 – Grupo ABO;
12. 0202120031 – Fator RH;
13. 0202030768 – Toxoplasmose IGG;
14. 0202030873 – Toxoplasmose IGM;
15. 0202030970 – HbsAg;
16. 0202060250 – TSH;
17. 0203010035 – Citopatológico de Colo do Útero;

OS TESTES RÁPIDOS TAMBÉM DEVEM SER LANÇADOS NAS FICHAS DE PROCEDIMENTO.



Para o 2º trimestre devem ser solicitados e registrados os seguintes exames:

1. Hemograma (eritrograma e plaquetas);
2. Glicemia de jejum;
3. EUR
4. Urocultura com antibiograma;

5. Coombs indireto - Teste indireto de antiglobulina humana (tia) (se necessário);
6. VDRL (se necessário).

ESTES EXAMES DEVEM SER LANÇADOS NO CAMPO “OUTROS (SIA)”

7. 0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro;
8. 0214010082 – Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro.
9. 0202010040 – Teste Oral de Intolerância à Glicose;
10. 0202030768 – Toxoplasmose IGG;
11. 0202030873 – Toxoplasmose IGM;



Para o 3º trimestre devem ser solicitados e registrados os seguintes exames:

1. Hemograma
2. EUR
3. Urocultura com antibiograma;

ESTES EXAMES DEVEM SER LANÇADOS NO CAMPO “OUTROS (SIA)”

4. 0202080080 - Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B - coletar amostra na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação;
5. 0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro;
6. 0214010082 – Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro.
7. 0202010040 – Teste Oral de Intolerância à Glicose;
8. 0202030768 – Toxoplasmose IGG;
9. 0202030873 – Toxoplasmose IGM;

NÃO ESQUECER DE MARCAR OS CAMPOS DE TESTE RÁPIDO NA FICHA DE PROCEDIMENTOS NO DIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME NA GESTANTE.

Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LDL	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
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para HIV	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
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros (SIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

No campo outros devem ser incluídos os demais exames solicitados para a gestante

- 0202080080 - Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B - coletar amostra na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação;
- 0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro;
- 0214010082 - Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro.
- 0202010040 - Teste Oral de Intolerância à Glicose;
- 0202030768 - Toxoplasmose IGG;
- 0202030873 - Toxoplasmose IGM;

E. CONDUCTA

Lembre-se que o atendimento da gestante é um cuidado continuado e programado a gestante deve sempre ser reagendada no momento que estiver consultando na unidade. O Campo "Retorno para cuidado continuado/programado" deve ser marcado.

Quando a unidade tiver rotina de grupos para gestantes, todas as vezes que a gestante for encaminhada para grupos deve ser marcado o campo "Agendamento para grupos"

SUGESTÃO: O Campo "Alta do episódio" é indicado para a consulta de puerpério.

5. FICHA DE PROCEDIMENTOS

Os campos abaixo listados passam a ser OBRIGATÓRIOS quando o atendimento for de gestante.

A. CNS DO CIDADÃO

Nº	1	2	3	4	5	6	7
TURNOS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNS DO CIDADÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O campo CNS deve ser preenchido no atendimento de toda gestante pois somente assim a gestante é vinculada aos dados preenchidos nas outras fichas.

B. PROCEDIMENTOS/PEQUENAS CIRURGIAS

O preenchimento dos campos:

"Coleta de citopatológico de Colo Uterino";
"Teste Rápido" e é fundamental para o lançamento de informações no SIS Pré-natal.

Procedimentos/Pequenas Cirurgias	1	2	3	4	5	6	7
Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<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"/>
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"/>
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"/>
Retirada de Cerume	<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"/>
Sutura Simples	<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"/>
Tamponamento de Epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste Rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Gravidez	<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"/>
Para HIV	<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"/>
Para Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Os campos abaixo listados passam a ser OBRIGATORIOS quando o atendimento for de gestante.

A. CNS DO CIDADÃO

e-SUS Atenção Básica	<h2 style="margin: 0;">FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</h2>	DIGITADO POR: CONFERIDO POR:
--------------------------------	--	-------------------------------------

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	CBO*
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8
TURNO	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N	M P N
Nº PRONTUÁRIO								
Nº CARTÃO SUS								

Campo
Obrigatório

B. CAMPO "GESTANTE"

Este campo é obrigatorio quando o atendimento for de gestante.

Data de nascimento*		Ano	
Sexo*			
Local de atendimento* (ver legenda)			
Paciente com Necessidades Especiais			
Gestante			
* nascimento	Consulta Agendada		
	13a	14a	Escuta Inicial / Orientação

Campo
Obrigatório

7. PRE-NATAL DO PARCEIRO

“O pré-natal do parceiro propõe-se a ser uma das principais ‘portas de entrada’ aos serviços ofertados pela Atenção Básica em saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis”. BRASIL 2016.

O procedimento “Consulta Pré-Natal do Parceiro” foi incluído no rol do Sistema Único de Saúde, sob o número **03.01.01.023-4**.

Este atendimento deve ser lançado na ficha de procedimentos. Incluir neste momento os testes rápidos se forem realizados.

A. FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Na ficha de atendimento individual deve ser lançada a consulta e a solicitação dos exames, mesmo que estes sejam testes rápidos.

0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro

0214010082 – Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro

E demais exames necessários.

The screenshot shows a web-based form for individual attendance. At the top right, there are checkboxes for 'S' (Sim) and 'A' (Não), and a 'Confirmar' button. Below this is a table with the following structure:

Exame	Solicitado	Avaliado	
0214010082 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	SIM	NÃO	
0214010040 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	SIM	NÃO	

Below the table, there is a section titled 'Ficou em observação?' with radio buttons for 'Sim' and 'Não'.

Para os parceiros sem queixas clínicas, segue como sugestão para códigos de CID E CIAP:

CID – Z76-8 - CONTATOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE POR OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIFICADAS

CIAP – A29 - OUTROS SINAIS/SINTOMAS GERAIS - A29

B. FICHA DE PROCEDIMENTOS

The screenshot shows a form titled 'FICHA DE PROCEDIMENTOS'. It contains several sections with checkboxes:

- Remoção de corpo estranho subcutâneo**
- Retirada de cerume**
- Retirada de pontos de cirurgias**
- Sutura simples**
- Tamponamento de epistaxe**
- Teste do olhinho (TRV)**
- Triagem oftalmológica**
- Teste rápido**
 - ☐ De gravidez
 - ☐ Dosagem de proteinúria
 - ☐ Para HIV
 - ☐ Para hepatite C
 - ☐ Para sífilis
- Administração de medicamentos**
 - ☐ Oral
 - ☐ Intramuscular
 - ☐ Endovenosa
 - ☐ Inalação / Nebulização
 - ☐ Tópica
 - ☐ Penicilina para tratamento de sífilis
 - ☐ Subcutânea (SC)
- Outros procedimentos ***

Below these sections is a table for recording procedures:

Código do SIGTAP	Procedimento
0301010234	CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A blue callout box on the right contains the following text:

Código de SIGTAP:
03.01.01.023-4 – **CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO**

Incluir também as coletas dos testes rápidos se forem realizados.

0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro

0214010082 – Teste Rápido para Sífilis na Gestante Pai/Parceiro

C. FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Caso o cirurgião dentista atenda o parceiro da gestante, deverá lançar esta informação na ficha de atendimento odontológico individual.

The screenshot shows a form titled 'FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL'. It contains a section for recording procedures:

Outros procedimentos (Código do SIGTAP)

Quantidade	Procedimento
1	0301010234 - CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A blue callout box on the right contains the following text:

Código de SIGTAP:
03.01.01.023-4 – **CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO**

8. PLANEJAMENTO FAMILIAR

No planejamento familiar deve-se incluir nos campos CID e/ou CIAP os respectivos códigos dos métodos utilizados.

CIAP

W10 – CONTRACEPÇÃO PÓS-COITAL

W11 – CONTRACEPÇÃO ORAL

W12 – CONTRACEPÇÃO INTRA-UTERINA/DISPOSITIVO INTRAUTERINO/DIU

W14 – CONTRACEPÇÃO/OUTROS.

CID

Z975 - PRESENÇA DE DISPOSITIVO ANTICONCEPCIONAL INTRA-UTERINO [DIU]

Z300 – ACONSELHAMENTO GERAL SOBRE CONTRACEPÇÃO

Z30.4 SUPERVISÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPCIONAIS

Z30.1 INSERÇÃO DE DISPOSITIVO ANTICONCEPCIONAL (INTRA-UTERINO)

Z30.8 OUTRO PROCEDIMENTO ANTICONCEPCIONAL

Z309 – PROCEDIMENTO ANTICONCEPCIONAL NÃO ESPECIFICADO

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS


Parte dos campos indicados nesse **MANUAL** são **OBRIGATÓRIOS** apenas no atendimento de gestantes e puérperas. A qualidade dos registros durante os eventos de cuidado do pré-natal e puerpério, a partir dos instrumentos disponíveis, é importante de modo a garantir a fidedignidade dos marcadores monitorados.

10.BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Substituição do Sis prenatal Web pelo e-SUS AB. Disponível em: <<http://sisprenatal.saude.gov.br/acesso/perfil.jsf>> Acesso em 18 de outubro de 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_2_2/index.php> Acesso em 18 de outubro de 2018.
3. CONFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Consulta Pré-Natal do Parceiro é Incluída nos Procedimentos do SUS. Inclusão representa grande avanço na implementação da estratégia Pré-Natal do Parceiro e consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (PNAISH)
4. HERRMANN, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il. Bibliografia: f. 52-55

Preenchimento obrigatório nas casas que possuem Gestantes.

ANEXO 2 – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL – FRENTE:

	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*	SEXO:*(F/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 (PS/PASEP)
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE: * / /			
PORTARIA DE NAT			
DATA DE ENTRADA			

INFORMAÇÕES: RELAÇÃO DE	
<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/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	
FREQUENTA 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 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 (Móbral etc.) <input type="radio"/> Nenhum	
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
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(ES)? <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 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
--

ANEXO 3 – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL – VERSO:

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(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 HANSENÍASE? <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? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE INFARTO? <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(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - 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"/> Mais de 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
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(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

O Campo deve ser preenchido como "SIM" quando for identificada uma gestante durante a visita domiciliar e esta deve ser encaminhada para dar início ao Pré-natal na unidade.

Todas as gestantes da área devem ser cadastradas e acompanhadas mensalmente pelos ACS's das equipes. Mesmo que estas gestantes façam acompanhamento em outros serviços (públicos ou privados)

Ao termino do Pré-natal o campo deve ser marcado como não.

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

ANEXO 4 – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – FRENTE:

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

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
Nº PRONTUÁRIO													
Nº CARTÃO SUS													
Data de nascimento*	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo*	F											M	F
Local de atendimento* (ver legenda)	L												
* Tipo Atendimento													
Demanda													
Esperada													
Consultas													
Agendadas													
Programadas													
Continuadas													
Atendimento de Urgência													
Avaliação Antropométrica													
Peso (kg)													
Altura (cm)													
Vacinação em dia?	SIM											NÃO	SIM
Criança													
Aleitamento Materno (ver legenda)	L												
Gestante													
DUM													
Gravidez Planejada	SIM											NÃO	SIM
Idade Gestacional (Semanas)													
Gestas Prévia / Partos													
Atenção Domiciliar													
Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD												
Problema / Condição Avaliada*													
Asma													
Desnutrição													
Diabetes													
DPOC													
Hipertensão Arterial													
Obesidade													
Pré-natal													
Puericultura													
Puerpério (até 42 dias)													
Saúde Sexual e Reprodutiva													
Tabagismo													
Usuário de álcool													
Usuário de outras drogas													
Saúde Mental													
Reabilitação													

CNS obrigatório durante o atendimento da gestante e da Puérpera. Somente com o CNS preenchimento é que o sistema reconhece a usuária.

CAMPOS OBRIGATORIOS NO ATENDIMENTO DE GESTANTES: "Avaliação Antropométrica", "Vacinação em dia"; "Gestante – "Gravidez Planejada"; "Idade Gestacional"; "Gestas Prévia/Partos"

CAMPO OBRIGATORIOS NO ATENDIMENTO DE PUÉRPERAS:

"Avaliação Antropométrica", "Vacinação em dia"; "Gestas Prévia/Partos"

CAMPOS OBRIGATORIOS NO ATENDIMENTO DE GESTANTES ("Pré-natal") E PUÉRPERAS ("Puerpério até 42 dias")

ANEXO 5 – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - VERSÃO

PARA PREENCHIMENTO DE CIAP OU CID10

PARA GESTANTES: CIAP2 (W03; W05; W71; W78; W79; W80; W81; W84; W85)

CID10 (O009, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299, O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z640)

PARA PUERPERAS: CIAP2 (W18; W19; W70; W94; W96).

CID10 (O152, O85, O86, O860, O861, O862, O863, O864, O868, O87, O870, O871, O872, O873, O878, O879, O89, O890, O891, O892, O893, O894, O895, O896, O898, O899).

Quando os campos "Gestante" ou "Puerpério" não forem marcados podemos utilizar os seguintes códigos de CIAP ou CID

CAMPO OBRIGATÓRIO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTES:

MARCAÇÃO DIRETA NA FOLHA

- Hemograma (eritrograma e plaquetas);
- Glicemia de jejum;
- Eletroforese de hemoglobina;
- EUR;
- Urocultura com Antibiógrama;
- Ultrassonografia Obstétrica;
- Coombs indireto – Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) – se necessário;
- VDRL – Se necessário.

PARA MARCAR EM OUTROS (SIA)

- 0214010058 – Teste rápido HIV;
- 0214010074 – Teste rápido para sífilis;
- 0202120023 – Grupo ABO;
- 0202120031 – Fator RH;
- 0202030768 – Toxoplasmose IGG;
- 0202030873 – Toxoplasmose IGM;
- 0202030970 – HbsAg;
- 0202060250 – TSH;
- 0203010035 – Citopatológico de Colo do Útero;
- 0214010058 – Teste rápido para detecção de Infecção pelo HIV;
- 0214010074 – Teste rápido para sífilis;
- 0202010040 _ Teste Oral de Intolerância à Glicose;
- 0202030768 – Toxoplasmose IGG;
- 0202030768 – Toxoplasmose IGM;
- 0202080080 - Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B - coletar amostra na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação;

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

Campo Conduta: Nos casos de retorno preencher o campo – "Retorno para cuidado continuado e programado".

ANEXO 6 – FICHA DE PROCEDIMENTOS – FRENTE:

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	
Nº PRONTUÁRIO																	
CNS 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
Local de atendimento*																	
Escuta inicial/orientação																	
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas																
	Administração de vitamina A																
	Cateterismo vesical de alívio																
	Cauterização química de pequenas lesões																
	Cirurgia de unha (cantoplastia)																
	Cuidado de estomas																
	Curativo especial																
	Drenagem de abscesso																
	Eletrocardiograma																
	Coleta de citopatológico de colo uterino																
	Exame do pé diabético																
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele																
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)																
	Infiltração em cavidade sinovial																
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal																
	Remoção de corpo estranho subcutâneo																
	Retirada de cerume																
	Retirada de pontos de cirurgias																
	Sutura simples																
	Triagem oftalmológica																
Tamponamento de epistaxe																	
Teste rápido	De gravidez																
	Dosagem de proteinúria																
	Para HIV																
	Para hepatite C																
	Para sífilis																
Administração de medicamentos	Oral																
	Intramuscular																
	Endovenosa																
	Inalação/Nebulização																
	Tópica																
	Penicilina para tratamento de sífilis																
Subcutânea (SC)																	

ANEXO 7 – FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL – FRENTE:

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

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO		MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	
Nº PRONTUÁRIO															
Nº CARTÃO SUS															
Data de nascimento*		Dia / mês		/		/		/		/		/		/	
Ano															
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)															
Paciente com Necessidades Especiais															
Gestante															
Tipo de Atendimento*	Consulta Agendada														
	Demanda Espontânea														
	Escuta Inicial / Orientação														
	Consulta no Dia														
Tipo de Consulta**	Atendimento de Urgência														
	Primeira Consulta Odontológica Programática														
	Consulta de Retorno em Odontologia														
Vigilância em Saúde Bucal*	Consulta de Manutenção em Odontologia														
	Abscesso dento alveolar														
	Alteração em tecidos moles														
	Dor de dente														
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais														
	Fluorose dentária moderada ou severa														
	Traumatismo dento alveolar														
	Não identificado														
	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)														
	Adaptação de Prótese Dentária														
Procedimentos (Quantidade realizada)	Aplicação de carióstático (por dente)														
	Aplicação de selante (por dente)														
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)														
	Capeamento pulpar														
	Cimentação de prótese														
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico														
	Drenagem de abscesso														
	Evidenciação de placa bacteriana														
	Exodontia de dente decíduo														
	Exodontia de dente permanente														
	Instalação de prótese dentária														
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária														
	Orientação de Higiene Bucal														



PREFEITURA
CONTAGEM
UM NOVO TEMPO COMEÇA AQUI