

PASSO A PASSO – Parte 2

SISTEMA PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

Sistema PBF na Saúde (e-Gestor)





ENTENDENDO A INTEGRAÇÃO e-SUS e SISTEMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

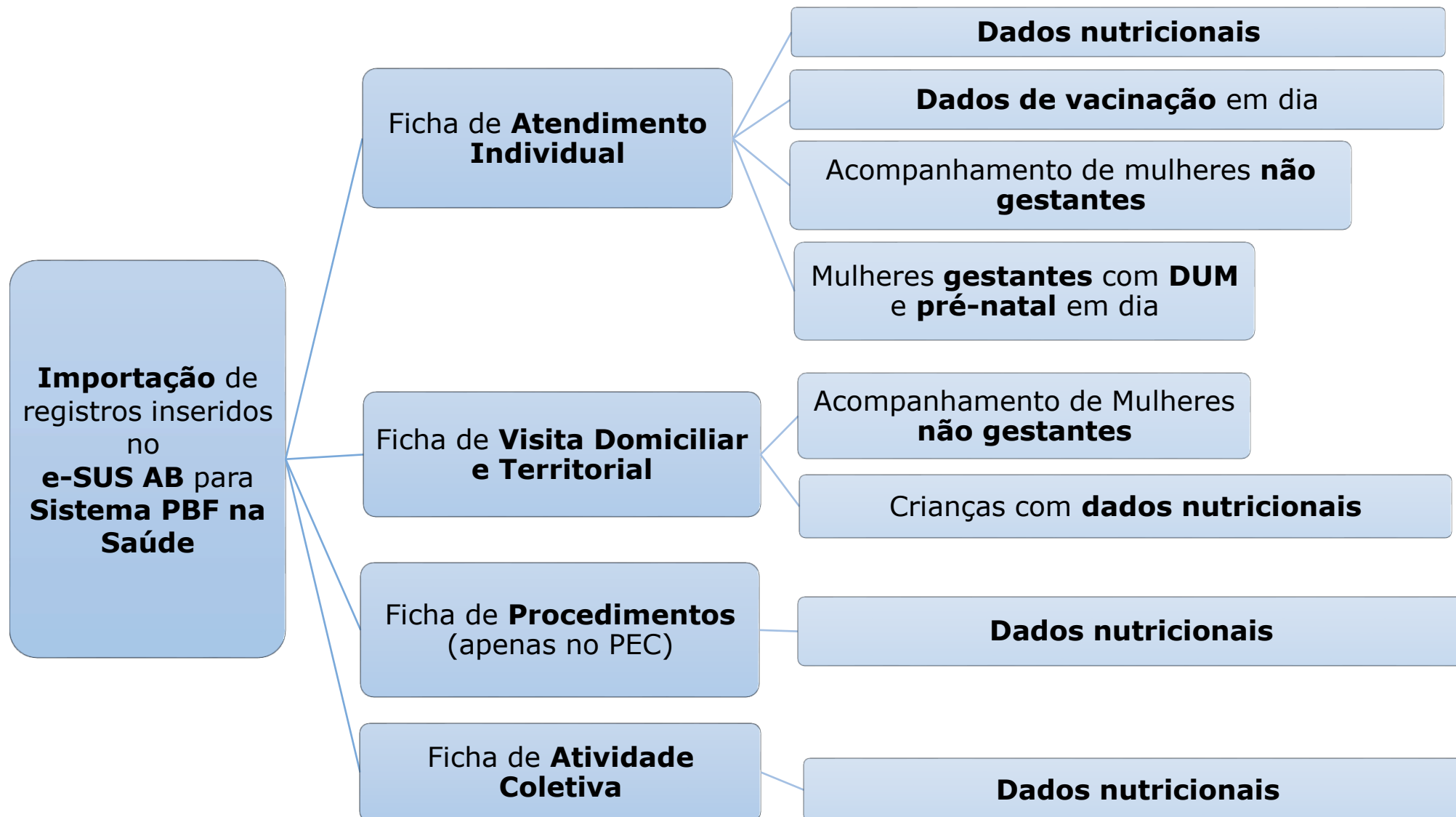
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. **Não** é possível **editar** dados cadastrais de beneficiários no Sistema PBF na Saúde;
2. Somente **são migrados** os dados preenchidos no período de acompanhamento da **vigência** corrente;
3. Os municípios devem enviar a base do e-SUS AB para o Ministério da Saúde, observando as datas estabelecidas em Portaria específica;
4. É necessário manter atualizado o envio de dados do e-SUS AB para o Ministério da Saúde para que os acompanhamentos sejam considerados;
5. Para que haja a migração dos dados do e-SUS AB para o Sistema PBF na Saúde é necessário localizar o beneficiário pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS);

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES


6. Nem todos beneficiários a serem acompanhados tem o CNS registrado na base de dados do Sistema PBF na Saúde. Atualmente, **só** temos o **CNS** dos **beneficiários** que possuem **CPF** no **CadÚnico**;
7. **Não** é possível migrar os dados registrados no e-SUS AB para os beneficiários que **não** tenham **CNS** na base do **Sistema PBF na Saúde**;
8. Para aumentar a quantidade de CNS na base de dados do Sistema PBF na Saúde, é necessário que o município preencha o campo CNS na tela de acompanhamento;
9. Somente é possível **novo acompanhamento** a partir dos dados de **gestação**;
10. Dados do '**PEC**', assim como da '**Ficha de Atendimento Individual**' **migram** para o Sistema PBF na Saúde';
11. Caso o profissional verifique a não migração do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde, o gestor responsável deverá lançar um novo acompanhamento no e-SUS para que assim consiga a migração para o Sistema PBF na Saúde.

IMPORTAÇÃO DOS REGISTROS DO E-SUS AB PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE




FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – DADOS QUE SÃO MIGRADOS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data de atendimento;
- CNS ou CPF do cidadão;
- Avaliação antropométrica (peso e altura);
- Vacinação;
- DUM;
- Pré-natal.

SAÚDE  ATENÇÃO PRIMÁRIA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL										DIGITADO POR:		DATA: / /	
												CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		INE*		DATA*							
CNS DO PROFISSIONAL		CBO		CNES		INE		/ /							
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO*		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
Nº PRONTUÁRIO															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano													
Sexo* (F) Feminina (M) Masculino		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Local de atendimento* (ver legenda)															
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Contínuo														
	Consulta Agendada														
	Escuta Inicial/Orientação														
	Consulta no Dia														
	Atendimento de Urgência														
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD		
Racionalidade em saúde (ver legenda)															
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)														
	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
Criança	Alimentação materna (ver legenda)														
	DUM														
Gestante															
Gravidez Planejada		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
Idade Gestacional (semanas)															
Gestas Prévias/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Condição avaliada*	Asma														
	Desnutrição														
	Diabetes														
	DPOC														
	Hipertensão arterial														
	Obesidade														
	Pré-natal														
Pneumocultura															
Puerpério (até 42 dias)															

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL – DADOS QUE SÃO MIGRADOS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

		FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL													DIGITADO POR:		DATA: / /							
															CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:							
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*			INE*			DATA:*														
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
TURNO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MICROÁREA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TIPO DE IMÓVEL*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> CNS do Cidadão <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)</small> </div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data de nascimento**	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita compartilhada com outro profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Busca ativa	Visita periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento	Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com desnutrição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- CNS DO PROFISSIONAL, CBO, CNES, INE, data de atendimento;
- CNS ou CPF do cidadão.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL – DADOS QUE SÃO MIGRADOS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

- Avaliação antropométrica (peso e altura).

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ação mecânica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento focal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antropometria	Peso (kg)																								
	Altura (cm)																								
Desfecho*	Visita realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FICHA DE PROCEDIMENTOS (apenas no PEC)

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR: _____	DATA: ____/____/____
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

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

Nº	TURNO*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		/		/		/		/		/		/	
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M	F/M
Local de atendimento														
Escuta inicial/orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados que **migram** do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde:

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data do procedimento;
- CNS ou CPF do cidadão; e
- Avaliação antropométrica (peso e altura).

Procedimentos/Pequenas cirurgias*

Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														


Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA			
	Aferição de temperatura			
	Curativo simples			
	Coleta de material para exame laboratorial			
	Glicemia capilar			
	Medição de altura			
	Medição de peso			

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
 08 - Instituição/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 *Campo obrigatório

O dado não é individualizado no CDS

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*: / /
TURNO: * () () () ()		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***	
LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____					
Nº DE PARTICIPANTES* _____		Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____			
ATIVIDADE (opção única)*			TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***		
01 Reunião de equipe 02 Reunião com outras equipes de saúde 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social			01 Questões administrativas/Funcionamento 02 Processos de trabalho 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular 06 Educação Permanente 07 Outros		
ATIVIDADE (opção única)*					
04 Educação em saúde 05 Atendimento em grupo 06 Avaliação/Procedimento coletivo 07 Mobilização social					
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01 Comunidade em geral 02 Criança 0 a 3 anos 03 Criança 4 a 5 anos 04 Criança 6 a 11 anos 05 Adolescente 06 Mulher 07 Gestante 08 Homem 09 Familiares 10 Idoso 11 Pessoas com doenças crônicas 12 Usuário de tabaco 13 Usuário de álcool 14 Usuário de outras drogas 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental 16 Profissional de educação 17 Outros		01 Ações de combate ao Aedes aegypti 02 Agravos negligenciados 03 Alimentação saudável 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas 05 Cidadania e direitos humanos 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas 07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc 08 Plantas medicinais/fitoterapia 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz 10 Saúde ambiental 11 Saúde bucal 12 Saúde do trabalhador 13 Saúde mental 14 Saúde sexual e reprodutiva 15 Semana saúde na escola 16 Outros		01 Antropometria 02 Aplicação tópica de flúor 03 Desenvolvimento da linguagem 04 Escovação dental supervisionada 05 Práticas corporais e atividade física 06 PNCT Sessão 1 07 PNCT Sessão 2 08 PNCT Sessão 3 09 PNCT Sessão 4 10 Saúde auditiva 11 Saúde ocular 12 Verificação da situação vacinal 13 Outras 14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____	

Dados que **migram** do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde:

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data da atividade coletiva;
- CNS ou CPF do cidadão; e
- Avaliação antropométrica (peso e altura).

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cesou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha. Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo com obrigatoriedade condicionada

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)

PEC - TREINAMENTO

PEC > Atendimento: > Prontuário > SOAP

- FOLHA DE ROSTO
- SOAP**
- PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS
- ACOMPANHAMENTO
- ANTECEDENTES
- HISTÓRICO
- DADOS CADASTRAIS
- FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

SUBJETIVO

B **I** **U** [Listas] [Textos]

Motivo da

CIAP2

Notas






Confirma

CIAP2	Descrição	Notas
Nenhum item encontrado		

Obs.: Devem constar no PEC: **CNES** da unidade de saúde, código de equipe (**INE**) e **data** de atendimento.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO - CONTINUAÇÃO

OBJETIVO

B *I* U      **T***

Mulher

DUM

Nenhuma DUM

Antropometria:

Perímetro

cm

Peso

kg

Altura

cm

IMC

--

Sinais

Pressão

/

mmHg

Frequência

mpm

Frequência

bpm

Temperatura

°C

Saturação de O₂

%

Vacinação em

Sim

Não

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO - CONTINUAÇÃO

Neste campo é registrado a avaliação do cidadão feito pelo profissional de saúde, considerando o raciocínio clínico baseado na análise dos blocos "Subjetivo" e "Objetivo". Na **Avaliação** podem ser registradas as hipóteses de diagnóstico e/ou diagnóstico codificado.

<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC>

Exames solicitados e / ou

Solicitado	Avaliado	Nome do exam	Resultado
Nenhum item encontrado com o critério selecionado			

Adicionar

AVALIAÇÃO

B *I* U

Problema e / ou condição

CIAP2

Notas

Inserir na lista de problema / condição como

Confirmar

CIAP2	Descrição da CIAP	Nota
Nenhum item encontrado		

IMPORTAÇÃO DOS REGISTROS DO E-SUS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

O QUE FAZER CASO UMA GESTANTE TENHA ACOMPANHAMENTO MIGRADO DO **E-SUS** COMO **NÃO GESTANTE?** A partir da 2ª vigência de 2019, passou a ser possível registrar **novo acompanhamento**, caso a beneficiária esteja gestante. **Somente** é possível novo acompanhamento a partir dos dados de **gestação**.

Clique em "VISUALIZAR" e altere a informação de '**É GESTANTE?': 'NÃO'** para '**É GESTANTE?': 'SIM'**', e confirme que a beneficiária esteve gestante na atual vigência. Em seguida, **registre todas as informações novamente** e salve o acompanhamento.



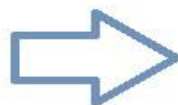
MARIA

Obrigatório

NIS: 12312312312

Nascimento:	01/01/1991
Data do acompanhamento:	20/08/2019
Acompanhado no sistema:	e-SUS AB

Visualizar



MARIA

Obrigatório Gestante

NIS: 12312312312

Nascimento:	01/01/1991
Data do acompanhamento:	20/08/2019
Acompanhado no sistema:	BOLSA FAMÍLIA
Localizado no sistema:	e-SUS AB

Editar

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde – DEPPROS
Coordenação-Geral de Equidade e Determinantes Sociais em Saúde – CGEDESS

(61) 3315-9033/9024
bfasaude@saude.gov.br