| 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 | | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N | M T N |
| Nº PRONTUÁRIO | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº CARTÃO SUS | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento* | Dia / mês | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | Ano | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo* | | 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* *(ver legenda)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Atendimento* | Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | Consulta Agendada | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | Demanda Espontânea: Escuta Inicial / Orientação | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | Demanda Espontânea: Consulta no Dia | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | Demanda Espontânea: Atendimento de Urgência | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Avaliação Antropométrica | Peso (kg) | | | | | | | | | | | | | |
| | Altura (cm) | | | | | | | | | | | | | |
| Vacinação em dia? | | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| Criança | Aleitamento Materno *(ver legenda)* | | | | | | | | | | | | | |
| Gestante | DUM: Dia / Mês | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | DUM: Ano | | | | | | | | | | | | | |
| | Gravidez Planejada | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO | SIM NÃO |
| | Idade Gestacional ( Semanas ) | | | | | | | | | | | | | |
| | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Atenção Domiciliar | Modalidade AD: 1, 2 ou 3 *(ver legenda)* | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | AD___ | 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |