



	Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenação da Atenção Básica Sistema de Informação da Atenção Básica – Adaptado do Ministério da Saúde	Ficha A Cadastro da família																																				
<b>Situação da moradia e saneamento</b>																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Tipo de casa</th> <th style="width:50%;">Tratamento da água no domicílio</th> </tr> <tr> <td>Tijolo/Adobe</td> <td>Filtração</td> </tr> <tr> <td>Taipa revestida</td> <td>Fervura</td> </tr> <tr> <td>Taipa não revestida</td> <td>Cloração</td> </tr> <tr> <td>Madeira</td> <td>Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td>Material aproveitado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outro - Especificar:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de cômodos / peças</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Energia elétrica</td> <td></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Destino do lixo</th> <th style="text-align: center;">Abastecimento de água</th> </tr> <tr> <td>Coletado</td> <td>Rede pública</td> </tr> <tr> <td>Queimado / Enterrado</td> <td>Poço ou nascente</td> </tr> <tr> <td>Céu aberto</td> <td>Outros</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <th style="text-align: center;">Destino de fezes e urina</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Sistema de esgoto (rede geral)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fossa</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Céu aberto</td> </tr> </table>			Tipo de casa	Tratamento da água no domicílio	Tijolo/Adobe	Filtração	Taipa revestida	Fervura	Taipa não revestida	Cloração	Madeira	Sem tratamento	Material aproveitado		Outro - Especificar:		Número de cômodos / peças		Energia elétrica		Destino do lixo	Abastecimento de água	Coletado	Rede pública	Queimado / Enterrado	Poço ou nascente	Céu aberto	Outros				Destino de fezes e urina		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto
Tipo de casa	Tratamento da água no domicílio																																					
Tijolo/Adobe	Filtração																																					
Taipa revestida	Fervura																																					
Taipa não revestida	Cloração																																					
Madeira	Sem tratamento																																					
Material aproveitado																																						
Outro - Especificar:																																						
Número de cômodos / peças																																						
Energia elétrica																																						
Destino do lixo	Abastecimento de água																																					
Coletado	Rede pública																																					
Queimado / Enterrado	Poço ou nascente																																					
Céu aberto	Outros																																					
	Destino de fezes e urina																																					
	Sistema de esgoto (rede geral)																																					
	Fossa																																					
	Céu aberto																																					
<b>Outras informações</b>																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%;">Alguém da família possui Plano de Saúde?</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:40%;">Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nome do Plano de Saúde _____</td> </tr> </table>			Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde		Nome do Plano de Saúde _____																															
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde																																				
Nome do Plano de Saúde _____																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Em caso de doença procura</th> <th style="width:50%;">Participa de grupos comunitários</th> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td>Cooperativa</td> </tr> <tr> <td>Unidade de Saúde</td> <td>Grupo religioso</td> </tr> <tr> <td>Benedeira</td> <td>Associações</td> </tr> <tr> <td>Farmácia</td> <td>Outros - Especificar:</td> </tr> <tr> <td>Outros - Especificar:</td> <td></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Meios de comunicação que mais utiliza</th> <th style="text-align: center;">Meios de transporte que mais utiliza</th> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>Ônibus</td> </tr> <tr> <td>Televisão</td> <td>Caminhão</td> </tr> <tr> <td>Outros - Especificar:</td> <td>Carro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Carroça</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros - Especificar:</td> </tr> </table>			Em caso de doença procura	Participa de grupos comunitários	Hospital	Cooperativa	Unidade de Saúde	Grupo religioso	Benedeira	Associações	Farmácia	Outros - Especificar:	Outros - Especificar:		Meios de comunicação que mais utiliza	Meios de transporte que mais utiliza	Rádio	Ônibus	Televisão	Caminhão	Outros - Especificar:	Carro		Carroça		Outros - Especificar:												
Em caso de doença procura	Participa de grupos comunitários																																					
Hospital	Cooperativa																																					
Unidade de Saúde	Grupo religioso																																					
Benedeira	Associações																																					
Farmácia	Outros - Especificar:																																					
Outros - Especificar:																																						
Meios de comunicação que mais utiliza	Meios de transporte que mais utiliza																																					
Rádio	Ônibus																																					
Televisão	Caminhão																																					
Outros - Especificar:	Carro																																					
	Carroça																																					
	Outros - Especificar:																																					
<i>Observações</i>																																						

	Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenação da Atenção Básica Sistema de Informação da Atenção Básica – Adaptado do Ministério da Saúde	Ficha B GEST/HÁ/DIA/ TB		
Estabelecimento de Saúde _____	Equipe _____	Microárea _____	N.º da família: _____	Nome do acs: _____
<b>Acompanhamento domiciliar de gestante</b>				
Identificação da gestante Nome: _____	Data última menstruação (DUM) _____	Data provável do parto _____	Data da Vacina _____	Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida Mês de gestação _____
N.º cadastro no SISPRENATAL: _____	OBS: _____	Data da consulta de pré-natal Mês de gestação _____	Fatores de risco 6 ou mais gestações Natimorto/Aborto 36 anos e mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta	Resultado da gestação atual (Data) NV NM AB _____
Data da consulta de puerpério 1 2 _____				

<b>Acompanhamento domiciliar de portador de hipertensão</b>																	
Identificação Nome: _____	Sexo _____	Idade _____	Fumante sim não _____	Meses Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez												Observações	
N.º cadastro HIPERDIA _____	data da visita do ACS faz dieta toma a medicação faz exercícios físicos			Pressão Arterial (transcrever) data da última consulta												_____	
Nome: _____	_____	_____	_____	data da visita do ACS faz dieta toma a medicação faz exercícios físicos												Pressão Arterial (transcrever) data da última consulta	_____











Prefeitura do Município de São Paulo  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Coordenação da Atenção Básica  
 Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB - Adaptado do Ministério da Saúde

Ficha D  
 Diária  
 Médico

Estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_ Equipe \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Ficha para registro diário de atividades, procedimentos e marcadores do Médico**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Nº da Família / Microárea																						
Idade do usuário																						
Visita Domiciliar																						
Consultas por Tipo de Atendimento	Puericultura ( 0 a 23m 29d)																					
	Pré-natal 1º trim																					
	Pré-natal 2º trim																					
	Pré-natal 3º trim																					
	Prev. de Ca Cervico Uterino																					
	Diabetes diagnóstico																					
	Diabetes acompanhamento																					
	DST																					
	AIDS																					
	Hipertensão Arterial																					
	Hanseníase																					
	Tuberculose caso novo																					
	Tuberculose acompanhamento																					
	Tuberculose alta trat. auto adim.																					
	Tuberculose alta trat. superv.																					
	Mulher																					
	Puerpério																					
	Fornec. Diafragma																					
	Colocação de DIU																					
	Urg cl básica c/ remoção																					
Urg cl básicas																						
Urg cl básica c/ observação																						
Consulta domiciliar																						
Outros																						
Solicitação de exames	Patologia Clínica																					
	Radiodiagnóstico																					
	Citopat. Cérvico Vaginal																					
	Ultrassom / Obstétrico																					
	Outros																					
Encami- nha-	Atend. Especializado																					
	Internação Hospitalar																					
	Urgência/Emergência																					
Marcadores	Pneumonia em < 5 anos																					
	Valvulopat.reum. 5-14 anos																					
	Acidente Vasc. Cerebral																					
	Infarto Agudo do Miocárdio																					
	D.hipert.esp. gravidez(DHEG)																					
	Doença hemolítica perinatal																					
	Fratura do colo do femur em > 50																					
	Meningite tuberculosa em < 5																					
	Hanseníase incapacidade II e III																					
Citologia Onc NIC III/carc in situ																						
Procedimentos	Atend Acidente do trabalho																					
	Visita de inspeção sanitária																					
	Sutura de Pele/Mucosa																					
	Incisão/Drenagem de abcesso																					
	Retirada Corpo Estranho																					
	Coleta de Papanicolau																					
	ECG - EletroCardiograma																					
	Frenectomia																					
Atend.em grupo	Unidade n° grupos																					
	n° participantes																					
	Comunidade n° grupos																					
	n° participantes																					

**Caso, durante o atendimento médico, seja identificada alguma destas situações/eventos, favor informar ao enfermeiro da equipe para efetuar o registro no formulário específico.**

Assinatura do médico \_\_\_\_\_



Prefeitura do Município de São Paulo  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Coordenação da Atenção Básica  
 Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB - Adaptado do Ministério da Saúde

Ficha Hospitalizações  
 Óbitos  
 Reuniões

Estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_ Equipe \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Microárea \_\_\_/\_\_\_ Mês / Ano \_\_\_/\_\_\_

**Ficha para registro das Hospitalizações e Óbitos ocorridos na Microárea e das Reuniões realizadas pelo ACS.**

Hospitalizações	Data	Nome do Paciente	Data de Nasc.	Nº Família	Sexo	Nome do Hospital	Causa da Internação	Nº de Dias

Óbitos	Data	Nome do Paciente	Data de Nasc.	Nº Família	Sexo	Local do óbito *	Causa do Óbito

\* Local do óbito: hospital, residência, rua, outro.

Reuniões na comunidade	Data	Local / Assunto	Total de Participantes
	<b>Total de Reuniões na Comunidade</b>		