

CDS

COLETA DE DADOS
SIMPLIFICADA (CDS)

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal (PN) realizadas, sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação.

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Nº gestantes com 6 consultas pré – natal, com 1ª até 20 semanas de gestação


$$\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: N° gestantes com 6 consultas PN, com 1ª até 20 semanas de gestação.

DENOMINADOR: N° gestantes identificadas

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico e Enfermeiro

	<h2 style="text-align: center;">FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</h2>			DIGITADO POR: _____	DATA: _____ / ____ / ____
				CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8
TURNO*	M/T/D	M/T/D	M/T/D	M/T/D	M/T/D	M/T/D	M/T/D	M/T/D
Nº PRONTUÁRIO								
CNS DO CIDADÃO								

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

É imprescindível
registrar o CNS do
cidadão com um
número válido

Data de nascimento*	Dia/mês
	Ano
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	

A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente

	/	/
(M)	(F)	(M)

A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente

Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)															
Gestante	DUM	Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/			
		Ano													
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO										
	Idade Gestacional (semanas)														
	Gestas Prévias/Partos	/	/												
Registrar no campo DUM o dia, o mês e ano da data da última menstruação da gestante e/ou Idade Gestacional no formato de semanas.															
Problema/Condição Avaliada															
Problema/Condição avaliada *	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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado a gravidez															
OU															
Problema/Condição avaliada *	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
	Doenças transmissíveis	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"/>
		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"/>	
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rastreio	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2													
		CIAP-2													
		CID-10													
		CID-10													
	A seguir, são listados os demais códigos para as condições da gestante														

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359

INDICADOR 02:

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Exames Avaliados: Médico e Enfermeiro
- ✓ Teste rápido : Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

FÓRMULA DE CÁLCULO:


Nº gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS

$$\left(\frac{\text{Paramêtro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC} \text{ ou } \text{Nº gestantes identificadas} \right)^1$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: Nº de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS				DIGITADO POR:
					CONFERIDO POR:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*		

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
TURNO*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M
Nº PRONTUÁRIO																			
CNS DO CIDADÃO																			

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

Data de nascimento*	Dia/mê								
	Ano								
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino									

A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente

Procedimento/Pequenas cirurgias												
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste rápido	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Registrar no campo Procedimentos/pequenas cirurgias o campo rápido de teste rápido para HIV e para Sífilis, ou SIGTAP relacionado a estes exames.

OU

Procedimentos/Pequenas cirurgias*												
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	então (se necessário, utilize estes campos para registrar realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Realização do teste rápido para Sífilis (FP):
 - SIGTAP = 02.14.01.008-2 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO)
- Realização do teste rápido para HIV (FP):
 - SIGTAP = 02.14.01.004-0 (TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO)

OU

Dados do Cabeçalho da ficha												
		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL										
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*									
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE									

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico e Enfermeiro.

Identificação do Cidadão															
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
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)

solicitados (S) e avaliados (A)	LDL	S	A	S	A
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A
	Sorologia para dengue	S	A	S	A
	Sorologia para HIV	S	A	S	A

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados os campos rápidos para sorologia para HIV (**Avaliado**) e sorologia de Sífilis (VDRL) (**Avaliado**) ou os códigos SIGTAP relacionados a Sorologia de HIV e Sorologia para Sífilis.

OU


Outros exames (código do SIGTAP)								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

A seguir, são listados os demais códigos (SIGTAP) dos exames e testes considerados.

- **SIGTAP:** Registro de Sorologia de Sífilis (VDRL) avaliada (**FAI**):
SIGTAP 02.02.03.117-9 (TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES)
- Registro de sorologia de HIV avaliada (**FAI**):
 - Apenas campo rápido da ficha

DENOMINADOR: N° gestantes identificadas

Dados do Cabeçalho da ficha

SAÚDE  SUS ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DI	CE
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /	

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico e Enfermeiro.

Identificação do Cidadão												
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TURNO*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Nº PRONTUÁRIO												
CNS DO CIDADÃO												
<p>É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido</p>												
Data de nascimento*	Dia/mês					/	/	/	/	/	/	/
	Ano											
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino												
<p>A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente</p>												
Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)												
Gestante	DUM	Dia/Mês		/	/	Ano						
	Gravidez Planejada			SIM	NÃO	SIM	NÃO					
	Idade Gestacional (semanas)											
	Gestas Prévias/Partos			/	/							
<p>Registrar no campo DUM o dia, o mês e ano da data da última menstruação da gestante e/ou Idade Gestacional no formato de semanas.</p>												
Problema/Condição Avaliada												

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado a gravidez

[illegible]

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W79, W80, W81, W84 e W85

9

INDICADOR 03:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.


OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.**PROFISSIONAL QUE REGISTRA:**

- ✓ Atendimento de Pré-natal: Médico e Enfermeiro
- ✓ Atendimento Odontológico: Dentista

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{N^{\circ} \text{ gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC} \text{ ou } N^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor**NUMERADOR:** N° gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico*Dados do Cabeçalho da ficha*

		FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL		DIGITADO POR CONFERIDO
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
<input type="text"/> CNS DO PROFISSIONAL	<input type="text"/> CBO	<input type="text"/> CNES	<input type="text"/> INE	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será o de Dentista.

Identificação do Cidadão

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
Nº PRONTUÁRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido.


Atendimento Odontológico

Tipo atendimento*	Consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demanda Espontânea	Escuta inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de consulta**	Primeira consulta odontológica programática	<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 de retorno em odontologia	<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 de manutenção em odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fendas ou fissuras labiopalatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatismo dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de carióstático (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capeamento pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cimentação de prótese dentária	<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 de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<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"/>
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preencher os demais campos necessários para o atendimento odontológico realizado na gestante.

DENOMINADOR: N° gestantes identificadas

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico e Enfermeiro.	Nº:
	CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*		CNES*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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
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"/>
CNS DO CIDADÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/
		Ano							
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino									

A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente

Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)

Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/
		Ano					
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	S			
	Idade Gestacional (semanas)						
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/

Registrar no campo DUM o dia, o mês e ano da data da última menstruação da gestante e/ou Idade Gestacional no formato de semanas.

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado a gravidez

OU

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	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"/>
		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"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rastreamento	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CID-10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

A seguir, são listados os demais códigos para condições da gestante

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, Z340, Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359

INDICADOR 04:**Cobertura de exame citopatológico**

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Coleta do exame: Médico e Enfermeiro
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde


FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\frac{\text{Parâmetro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{Projeção de mulheres de 25 a 64 anos} \text{ ou } N^{\circ} \text{ mulheres de 25 a 64 anos cadastradas} \right)^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: N° de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico nos últimos 3 anos

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS		DIGITADO POR:	DATA:
			O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBOs considerados serão de Médico e Enfermeiro.	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*		

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4		12
TURNOS*	F	T	N	M	T	N
N° PRONTUÁRIO						
CNS DO CIDADÃO						

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/
	Ano						
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino							(F) (M)

A data de nascimento e o sexo (Feminino) devem ser preenchidos corretamente

Procedimento/Pequenas cirurgias									
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Registrar no campo Procedimentos/pequenas cirurgias apenas o campo rápido de coleta de citopatológico de colo uterino.

DENOMINADOR: N° de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas

Dados do Cabeçalho da ficha

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

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

Identificação do Cidadão

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		
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:	DATA DE NASCIMENTO:		
RAÇA/COR:*	Etnia:**		
	Nº NIS (PIS)		
NOME COMPLETO DA MÃE:*			
	<input type="checkbox"/> Desconhecido		
NOME COMPLETO DO PAI:*			
	<input type="checkbox"/> Desconhecido		
NACIONALIDADE:*	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**	TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:	

É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.

INDICADOR 05:

Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Vacinação: Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde


FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de } 3^{\text{a}} \text{ doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano}}{\left(\frac{\text{Paramêtro de Cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou } N^{\circ} \text{ crianças cadastradas} \right)^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: N° de 3° doses aplicadas de Polio e Penta em menores de 1 ano

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE VACINAÇÃO		O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* <input type="text"/>	CBO* <input type="text"/>	CNES* <input type="text"/>		

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
TURNOS*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
N° PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido.

Imunobiológico

		Estratégia							
IMUNOBIOLÓGICO*	Pentavalente	Dose							
		Lote							
		Fabricante							
	VIP	Estratégia							
		Dose							
		Lote							
	Pneumocócica 10V (conjugada)	Fabricante							
		Estratégia							
		Dose							

Registrar no campo Imunobiológico os dados das vacinas aplicadas referente a 3ª dose da VIP e 3ª dose da Pentavalente.

DENOMINADOR: N° de crianças cadastradas

Dados do Cabeçalho da ficha**CADASTRO INDIVIDUAL**

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Todos os profissionais que compõe a equipe de Saúde podem realizar o cadastro.

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

IN

Identificação do Cidadão

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		
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:			SEXO:*
RAÇA/COR:*	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Etnia:**	
NOME COMPLETO DA MÃE:*			
	<input type="checkbox"/> Desconhecido		
NOME COMPLETO DO PAI:*			
	<input type="checkbox"/> Desconhecido		
NACIONALIDADE:*	<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**	/ /	TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:

É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.

INDICADOR 06:

Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

PROFISSIONAL QUE REGISTRA:

- ✓ Aferição da PA: Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
- ✓ Atendimento a pessoa com Hipertensão: Médico e Enfermeiro


FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{N^{\circ} \text{ hipertensos com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS } \text{ ou } N^{\circ} \text{ hipertensos identificados})^1}$$

¹ O denominador será o que apresentar o maior valor

NUMERADOR: N° de hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE PROCEDIMENTOS				DI CO		O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.							
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		IN									
<i>Identificação do Cidadão</i>															
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
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido.															
<i>Procedimento/Pequenas cirurgias</i>															

Procedimentos/Pequenas cirurgias* (se necessário, utilize estes campos para registrar realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)											
	Registro do código referente a aferição de Pressão Arterial											
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)											

A seguir, o código SIGTAP para aferição de Pressão Arterial

SIGTAP = 03.01.10.003-9 (Aferição de Pressão Arterial)

DENOMINADOR: N° de hipertensos identificados

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR CONFERIDO POR
CNS DO PROFISSIONAL* _____ CNS DO PROFISSIONAL _____	CBO* _____ CBO _____	CNES* _____ CNES _____	INE* _____ INE _____	DATA* / /		

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de Médico e Enfermeiro.

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
TURNOS*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
N° PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido.

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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													

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a hipertensão arterial ou o campo rápido referente a esta condição.

OU

Problema/Condição avaliada*		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Doenças transmissíveis	Tuberculose												
	Hanseníase												
	Dengue												
	DST												
	Câncer do colo do útero												
Rastreamento	Câncer de mama												
	Risco cardiovascular												
	CIAP-2												
Outros	CIAP-2												
	CID-10												
	CID-10												

A seguir, são listados os demais códigos para condição Hipertensão arterial:

CIAP2: = K87: W81

CID10: I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104 e O109.

INDICADOR 07:


Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

OBJETIVO: Informar para as equipes de APS os dados que são coletados no CDS tendo em vista os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.**PROFISSIONAL QUE REGISTRA:**

- ✓ Solicitação de Hemoglobina Glicada: Médico e Enfermeiro
- ✓ Atendimento a pessoa com Diabetes: Médico e Enfermeiro

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{N^{\circ} \text{ diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Paramêtro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS ou } N^{\circ} \text{ diabéticos identificados})^1}$$
¹ O denominador será o que apresentar o maior valor**NUMERADOR:** N° de diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses*Dados do Cabeçalho da ficha*

		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de Médico e Enfermeiro. </div>	
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES		

Identificação do Cidadão


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													
CNS DO CIDADÃO													

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)

Exames solicitados (S) e avaliados (A)	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LDL	Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados apenas o campo rápido para Hemoglobina Glicada (Solicitado).												S	A	S	A
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista													S	A	S	A
	Sorologia de sífilis (VDRL)													S	A	S	A
	Sorologia para dengue													S	A	S	A
	Sorologia para HIV													S	A	S	A
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	

DENOMINADOR: N° de diabéticos identificados

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de Médico e Enfermeiro.	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES		

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TURNOS*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Nº PRONTUÁRIO												
CNS DO CIDADÃO												

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido.

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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												

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a esta condição.

ou

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Problemas/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis	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"/>
		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"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rastrea- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir, são listados os demais códigos para a condição Diabetes:

CIAP2: = T89, W85

CID10: E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, P702.

Versão Preliminar