**Questionário para Diagnóstico de Demanda na UBS**

**Nome da UBS:** **Município:**

| **Iniciais do nome do usuário** | **Idade** | **Sexo** | **Dia da Semana** | **Horário** de chegada do usuário na UBS | Qual a **demanda do usuário?** (Consulta, Consulta odontológica, Renovação de Receita, Busca de medicação, Busca de contraceptivo, Vacinação, Curativo/Suturas, Nebulização, Teste-rápido, Mostrar resultados de Exames, Participação em grupos, orientação e educação em saúde, busca de atestado médico e afins, outra-qual?) | Caso seja outra demanda, registrar qual. | No caso de solicitação de consulta, qual a **Queixa/ Sinais/Sintomas/ Doença/Condição especifica**? (Registrar o principal) | **Código CIAP2 Principal** do Motivo da Consulta (verificar no anexo e registrar o código referente a Queixa/Sintoma/Sinal/Doença/Condição). No máximo 2 códigos por usuário. | **Outro Código CIAP2** do Motivo da Consulta (verificar no anexo e registrar o código referente a Queixa/Sintoma/ Sinal/Doença/ Condição). No máximo 2 códigos por usuário. Preencher caso necessário | Tipo de Condição: **Condição Aguda** ou **Condição Crônica** ou **Condição Crônica Agudizada** | Tipo de demanda: **Espontânea** (consulta de urgência ou consulta/atendimento no mesmo turno, sem agendamento prévio) ou **Programada** (previamente agendada, com no mínimo um turno de antecedência)? | **Qual a resposta da UBS à demanda?** (Consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontologica, Atividade Coletiva/Grupos, Procedimentos, Renovação de Receita, Ações Administrativas, Ação do ACS, Agendamento de consulta para outro dia, Encaminhamento para outro serviço, outra) | Caso seja outra resposta à demanda do usuário, registrar qual. | **Responsável na UBS pelo preenchimento** (nome e categoria profissional) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |