

GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA ABDS

# CDS

COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA (CDS)

### INDICADOR 01:

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.

**PROFISSIONAL QUE REGISTRA:** Médico e Enfermeiro

**FÓRMULA DE CÁLCULO:**

$$\text{Indicador}_{\text{Equipe}} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ gestantes com 6 consultas pré-natal, com 1}^{\circ} \text{ até 20 semanas de gestação}}{\left( \frac{\text{Parâmetro da tipologia}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$$

<sup>1</sup> 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

#### Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
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
TURNO*	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉	☉☉☉☉☉☉
Nº PRONTUÁRIO								
CNS DO CIDADÃO								

  

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

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

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	SIM	NÃO	SIM	NÃO	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.

Indicar no campo Problema e/ou condição detectada o código CID ou CIAP2 relacionado à gestação.

*Problema/Condição Avaliada*

Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>											
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>											
	Diabetes	<input type="checkbox"/>											
	DPOC	<input type="checkbox"/>											
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>											
	Obesidade	<input type="checkbox"/>											
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>											
	Puericultura	<input type="checkbox"/>											
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>											
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>											
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>											
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>											
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>											
	Saúde mental	<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"/>	

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
Doenças transmissíveis	Tuberculose		<input type="checkbox"/>												
	Hanseníase		<input type="checkbox"/>												
	Dengue		<input type="checkbox"/>												
	DST		<input type="checkbox"/>												
	Câncer do colo do útero		<input type="checkbox"/>												
Rastreamento	Câncer de mama		<input type="checkbox"/>												
	Risco cardiovascular		<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:

$$\text{Indicador}_{\text{Equipe}} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e SIFILIS}}{\left( \frac{\text{Paramêtro da tipologia}}{\text{População IBGE}} \times \text{SINASC ou N}^{\circ} \text{ gestantes identificadas} \right)^1}$$

**NUMERADOR:** N° de gestantes com sorologia avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis

### Dados do Cabeçalho da ficha

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>			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

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TURNO*	(M)(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	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)

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

### Procedimento/Pequenas cirurgias



Identificação do Cidadão													
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
N° 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

  

<b>DENOMINADOR:</b> N° gestantes identificadas
<i>Dados do Cabeçalho da ficha</i>

		<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>				DI	CE					
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*							
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	/ /							
<i>Identificação do Cidadão</i>												
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"/>
Data de nascimento*	Dia/mês		Ano		/			/				
Sexo*	(F) Feminino (M) Masculino				(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)
<i>Data da última menstruação (DUM) e Idade gestacional (IG)</i>												
Gestante	DUM	Dia/Mês		/		/						
		Ano										
	Gravidez Planejada			SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO				
	Idade Gestacional (semanas)			<input type="text"/>	<input type="text"/>							
	Gestas Prévias/Partos			/	/							
<i>Problema/Condição Avaliada</i>												

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

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

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

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*	Asma	<input type="checkbox"/>												
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>												
	Diabetes	<input type="checkbox"/>												
	DPOC	<input type="checkbox"/>												
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>												
	Obesidade	<input type="checkbox"/>												
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>												
	Puericultura	<input type="checkbox"/>												
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>												
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>												
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>												
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>												
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>												
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>												
	Reabilitação	<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"/>												
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>												
	Dengue	<input type="checkbox"/>												
	DST	<input type="checkbox"/>												
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>												
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>												
	Risco cardiovascular	<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 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:**

$$Indicador_{Equipe} = \frac{N^{\circ}gestantes\ com\ pré - natal\ na\ APS\ e\ atendimento\ odontológico}{\left(\frac{Paramêtro\ da\ tipologia}{População\ IBGE} \times SINASC\ ou\ N^{\circ}\ gestantes\ identificadas\right)^1}$$

<sup>1</sup>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*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR _____ CONFERIDO POR _____
--	---	---

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

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

*Identificação do Cidadão*

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNÓ*	M/T/N												
N° PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO	<input type="text"/>												

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

*Identificação do Cidadão*

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"/>						
		Consulta no dia	<input type="checkbox"/>						
		Atendimento de urgência	<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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
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"/>	
	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"/>	
	Dor de dente	<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"/>	
	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"/>	
	Traumatismo dentoalveolar	<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"/>	
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"/>	
	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"/>	
	Aplicação de cariostático (por dente)	<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"/>	
	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"/>	
	Capeamento pulpar	<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"/>	
	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"/>	
	Drenagem de abscesso	<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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	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"/>	

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

**DENOMINADOR:** N° gestantes identificadas

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			N°: /
	CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

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

*Identificação do Cidadão*

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TURNO*	M/T/N											
N° PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>											
CNS DO CIDADÃO	<input type="checkbox"/>											

É imprescindível registrar o CNS do cidadão com um número válido

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

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

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

<b>Gestante</b>	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*

<b>Problema/Condição avaliada*</b>	Asma	<input type="checkbox"/>				
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>				
	Diabetes	<input type="checkbox"/>				
	DPOC	<input type="checkbox"/>				
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>				
	Obesidade	<input type="checkbox"/>				
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>				
	Puericultura	<input type="checkbox"/>				
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>				
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>				
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>				
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>				
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>				
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>				
	Reabilitação	<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
<b>Doenças transmissíveis*</b>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>													
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>													
	Dengue	<input type="checkbox"/>													
	DST	<input type="checkbox"/>													
<b>Rastreamento</b>	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>													
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>													
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>													
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>													
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>													
<b>Outros</b>	CID-10	<input type="checkbox"/>													
	CID-10	<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:**

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

<sup>1</sup> 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*

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	

*Identificação do Cidadão*

N°	1	2	3	4			12
TURNO*	(M) (N) (M) (N)			(M) (N) (M) (N)			
N° PRONTUÁRIO							
CNS DO CIDADÃO							

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

*Procedimento/Pequenas cirurgias*

<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b>	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>						
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>						
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>						
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>						
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>						
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>						
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>						
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>						
	Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>						
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>						
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>						
	Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>						
	Triagem oftalmológica	<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*

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>			
CNS DO CIDADÃO _____	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____	MICROÁREA* _____
NOME COMPLETO:* _____		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
NOME SOCIAL: _____		Etnia:** _____	
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input checked="" type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena			
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="checkbox"/> Desconhecido		Nº NIS (PIS) _____	
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.



<b>DENOMINADOR:</b> N° de crianças cadastradas			
<i>Dados do Cabeçalho da ficha</i>			
		<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	
<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b> <input type="text"/>		<b>CBO*</b> <input type="text"/>	<b>CNES*</b> <input type="text"/>
<p>O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Todos os profissionais que compõe a equipe de Saúde podem realizar o cadastro.</p>			
<i>Identificação do Cidadão</i>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>			
<b>CNS DO CIDADÃO</b> <input type="text"/>	<b>CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR</b> <input type="text"/>	<b>MICROÁREA</b> <input type="text"/>
<b>NOME COMPLETO:*</b> <input type="text"/>		<b>SEXO:*</b> <input type="text"/>	
<b>NOME SOCIAL:</b> <input type="text"/>		<b>RAÇA/COR:*</b> <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
<b>NOME COMPLETO DA MÃE:*</b> <input type="text"/>		<b>Etnia:**</b> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Desconhecido		<b>NOME COMPLETO DO PAI:*</b> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Desconhecido		<b>NACIONALIDADE:*</b> <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	
<b>PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**</b>		<b>PAÍS DE NASCIMENTO:**</b>	
<b>DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**</b> / /		<b>MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**</b>	
<b>TELEFONE CELULAR:</b> ( )		<b>E-MAIL:</b>	
<p>É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.</p>			



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

Registro do código referente a aferição de Pressão Arterial

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*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>				DIGITADO POR
					CONFERIDO POR
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	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			
TURNO*	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
N° PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															

É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.

*Problema/Condição Avaliada*



### 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:**

$$\text{Indicador}_{\text{Equipe}} = \frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro da tipologia} \times \% \text{ diabéticos PNS ou N}^\circ \text{ diabéticos identificados})^1}$$

<sup>1</sup> 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*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>			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*	M/T/N												
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													

*Exames solicitados (S) e Avaliados (A)*

Exames solicitados (S) e avaliados (A)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
HDL	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
Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	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
Teste indireto de antígeno globulina humana (TIA)	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
Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A

**DENOMINADOR:** N° de diabéticos identificados

*Dados do Cabeçalho da ficha*

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	

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
TURNO*	M/T/N											
N° PRONTUÁRIO												
CNS DO CIDADÃO												

É imprescindível registrar todas as informações obrigatórias do cadastro.

*Problema/Condição Avaliada*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>										
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>										
	Diabetes	<input type="checkbox"/>										
	DPOC	<input type="checkbox"/>										
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>										
	Obesidade	<input type="checkbox"/>										
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>										
	Puericultura	<input type="checkbox"/>										
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>										
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>										
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>										
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>										
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>										
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>										
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>										

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
Doenças transmissíveis	Tuberculose		<input type="checkbox"/>											
	Hanseníase		<input type="checkbox"/>											
	Dengue		<input type="checkbox"/>											
	DST		<input type="checkbox"/>											
Rastreamento	Câncer do colo do útero		<input type="checkbox"/>											
	Câncer de mama		<input type="checkbox"/>											
	Risco cardiovascular		<input type="checkbox"/>											
Outros	CIAP-2													
	CIAP-2													
	CID-10													
	CID-10													

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.

DISQUE SAÚDE  
**136**  
Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL