e-Sl	JS
Atenção	Básica

## FICHA DE VISITA DOMICILIAR

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

		-terrigae	Busica																							
N° E	O CA	RTÃO SUS D	O PROFISSIONAL*	CE	30*					Có	I. CNES	UNIDAI	DE*			Cód	. EQUIPE	E (INE)*				DATA	.:*			
											1 1	1 1				1.1	/ /									
	'_		_!!!!!	_'   '			-''					'	_''			11	'	_'		_''				<u>'</u>		
			N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	TURNO			MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
N		Nº PRO	NTUÁRIO																							
Nº CARTÃO SUS																										
Dat	a de n	ascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	*		Ano										-										_			
Sex				F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
VISI			outro profissional									1														
		astramento / Atualização																								
	Visita	Periódica																								
	iiva	Consulta																								
	Busca Ativa	Exame																								
*	Susc	Vacina																								
İsita	ш_		dades do Bolsa Família																							
da V		Gestante																								
00	2	Puérpera																								
Motivo da Visita*	Acompanhamento	Recém-nasc	ido																							
2	ıhar	Criança																								
	праг	Pessoa com	Desnutrição																							
	Con	Pessoa em re	eabilitação ou com deficiência																							
	⋖	Pessoa com	Hipertensão																							
		Pessoa com	Diabetes																							

		N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Pessoa com Asma																							
		Pessoa com DPOC/Enfisema																							
		Pessoa com Câncer																							
		Pessoa com outras Doenças Crônicas																							
	0	Pessoa com Hanseníase																							
	nent	Pessoa com Tuberculose																							
	ıhan	Sintomáticos Respiratórios																							
*e	раг	Tabagista																							
Visi	con	Domiciliados / Acamados																							
da	۹	Condições de Vulnerabilidade Social																							
tivo		Condicionalidades do Bolsa Família																							
Ĭ		Saúde Mental																							
		Usuário de álcool																							
		Usuário de outras drogas																							
Wotivo da Visita *  Contro Convite Orienta Outros  Visita F	sso de Internação																								
(	Contr	ole de Ambientes / Vetores																							
(	Convi	te Atividades Coletivas / Campanha de Saúde																							
(	Orien	tação / Prevenção																							
	Outro	os .																							
*e \	/isita	Realizada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sfec	/isita	Recusada	0	0		0		0		0	0	0		0		0	0	0		0		0	0	0	0
ě	Auser	nte				$\bigcirc$		$\bigcirc$									$\bigcirc$	$\bigcirc$						$\bigcirc$	

Legenda: 
Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

<sup>\*</sup> Campo Obrigatório