

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

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

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

 Sim Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA* FA**NOME COMPLETO:*** _____NOME SOCIAL: _____ **DATA DE NASCIMENTO:*** / / **SEXO:*** F M**RAÇA/COR:*** Branca Preta Parda Amarela Indígena **Etnia:*** ** **Nº NIS (PIS/PASEP)** _____**NOME COMPLETO DA MÃE:*** _____ Desconhecido**NOME COMPLETO DO PAI:*** _____ Desconhecido**NACIONALIDADE:*** Brasileira Naturalizado Estrangeiro **PAÍS DE NASCIMENTO:*** _____ **DATA DE NATURALIZAÇÃO:*** / /**PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:*** _____ **MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:*** _____**DATA DE ENTRADA NO BRASIL:*** / / **TELEFONE CELULAR:** () _____ **E-MAIL:** _____**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Enteado(a) Neto(a)/Bisneta(o)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche
 Pré-escola (exceto CA)
 Classe de Alfabetização - CA
 Ensino Fundamental 1^a a 4^a séries
 Ensino Fundamental 5^a a 8^a séries
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Fundamental Especial
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1^a a 4^a)
- Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5^a a 8^a)
 Ensino Médio, Médio 2^º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Ensino Médio Especial
 Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
 Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado/Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não **PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?** Sim Não **POSSI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?** Sim NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não **SE SIM, QUAL?**DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?
 Sim NãoDESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?
 Sim Não**TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?***

- Sim Não

SE SIM, QUAL?

SE SIM, QUAL?

SE SIM, QUAL(IS)?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

 Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? _____

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

Sim Não

ESTÁ FUMANTE?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

FAZ USO DE ÁLCOL?

Sim Não

Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

Sim Não

ESTÁ COM HANSENÍASE?

Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

Sim Não

TEM DIABETES?

Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim Não

TEVE AVC/DERRAME?

Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE INFARTO?

Sim Não

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

Sim Não

ESTÁ ACAMADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

USA PLANTAS MEDICINAIS?

Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

Sim Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

Sim Não

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular Doação Restaurante Outras
 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

Microárea: usar **01 a 99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**