

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*			сво*											INE	*			D	DATA:*							
<u> </u>	_	_ _ _ _			_	_ _	_ -	_			_ _		_ _	_			_ _	_ _	_ _	_ _	_			/	/	
\equiv		N	<u> </u> 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		TUR	NO*	MTN		MTN	MTN	MTN	MTN		MTN	MTN	MTN						MTN		MTN					
		MICRO														I_L										<u></u>
TIPO DE IMÓVEL*		1		<u> </u>										<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>						_		
		Nº PRON	ITUÁRIO																							
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																										
Dat	a de	nascimento**	Dia/mês Ano	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sex	o** (F) Feminino (M) Masculin		(F) (M)	FM	F) M	FM	(F) (M)	(F) (M)	F) M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	FM	(F) (M)	F M	(F) (M	(F) (M)	F) M	FM	F) M)	F) M)	F) M)	F) M)	(F) (M)
		mpartilhada com ou																								
	Cad	lastramento/Atualiza	ação																							
	Visi	ta periódica																								
	ativa	Consulta Exame																								
da visit	a ati																									
	Busca	Vacina																								
		Condicionalidades																							<u> </u>	
	nto	Gestante																								
	ame	Puérpera																								
	anh	Recém-nascido																								
	Acompanhamento	Criança																								
	Acc	Pessoa com desnu	trição																							

Nº			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
		Pess	oa em reabilitação ou com deficiência																							
		Pess	oa com hipertensão																							
		Pessoa com diabetes																								
		Pess	oa com asma																							
		Pess	oa com DPOC/enfisema																							
		Pessoa com câncer																								
	ıto	Pessoa com outras doenças crônicas																								
	ame	Pessoa com hanseníase																								
	Acompanhamento	Pess	Pessoa com tuberculose																							
	dmo	Sintomáticos respiratórios																								
*,	Ac	Taba	Tabagista																							
visit		Domiciliados/Acamados																								
o da		Condições de vulnerabilidade social																								
Motivo da visita*		Condicionalidades do Bolsa Família																								
Σ		Saúde mental																								
		Usuá	Jsuário de álcool																							
		Usuá	Jsuário de outras drogas																							
	(ر ا	>	Ação educativa																							
	trole	enta orial	Imóvel com foco																							
	S.	ambiental/ vetorial	Ação mecânica																							
			Tratamento focal																							
	Egre	esso d	o de Internação																							
	Con	vite at	e atividades coletivas/campanha de saúde																							
	Orie	ntaçã	ação/prevenção																							
	Out	Outros																								
Antre	moge	etria	Peso (kg)																							
	Antropome		Altura (cm)																							
*or;	Visit	ta real	izada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sfec	Visit Visit Ause		usada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\bigcirc	0	0	0	0
Ausente		$\perp \bigcirc$						\cup		\cup				\cup		\bigcirc	\cup			\bigcirc						

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada) Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros Campo III: campo numérico
*Campo obrigatório
**Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família