

IDENTIFICAÇÃO DOS CAMPOS:

- 1. NIS - (Número de Identificação Social)
- 2. Nome
- 3. Data de nascimento
- 4. Data de acompanhamento (A)
- 5. Ocorrência Identificada - Não acompanhamento
- 6. Peso em kg (B)
- 7. Estatura em cm (B)
- 8. Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional
- 9. Vacinação em dia? (B)
- 10. Ocorrência identificada - Não Vacinação
- 11. Informação Gestacional (C)
- 12. Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)
- 13. Ocorrência identificada - Não Pré-Natal
- 14. DUM (D)
- 15. Código Familiar
- 16. Endereço
- 17. EAS
- 18. Profissional

LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES:

Legendas que serão vistas no cabeçalho do Mapa de Acompanhamento

- A - Preenchimento obrigatório para todos
- B- Preenchimento obrigatório para crianças
- C - Preenchimento obrigatório para mulheres
- D - Preenchimento obrigatório para gestantes

Legendas que serão vistas ao lado do nome do indivíduo

- (O) – Acompanhamento obrigatório
- (G) – Identificada como Gestante na vigência anterior
- (F) – Identificado(a) como falecido na vigência anterior

PREENCHA TODOS OS CAMPOS DENTRO DA ORDEM A SEGUIR:

- 1º Passo** - TODOS: Escreva o Estabelecimento de Saúde (EAS) e o Profissional que realizou o acompanhamento.
- 2º Passo** - TODOS: Anote no campo Data do Acompanhamento a data que o profissional de saúde realizou o acompanhamento do indivíduo.
- 3º Passo** -TODOS: Anote nos campos o Peso e a Estatura os dados nutricionais para todos os indivíduos acompanhados.
- 4º Passo** - CRIANÇAS: Anote em “Ocorrência identificada no acompanhamento” uma ocorrência que justifique o NÃO preenchimento do peso e/ou altura (dados nutricionais) para as crianças **(Quadro 1)**.
- 5º Passo** - CRIANÇAS: Anote a informação sobre a Situação Vacinal (Sim = em dia ou Não = desatualizada). Caso a vacinação não esteja em dia, devem ser fornecidas as vacinas atrasadas.
- 6º Passo** - CRIANÇAS: Anote em “Ocorrência identificada no acompanhamento” uma ocorrência para os casos de VACINAÇÃO DESATUALIZADA (vacinação = Não) **(Quadro 2)**.
- 7º Passo** - MULHERES: Anote a Situação Gestacional, SIM se está gestante e NÃO se não está gestante.
- 8º Passo** - GESTANTES: Caso esteja gestante, informe se está fazendo o Pré-Natal e a Data da Última Menstruação (DUM). Caso a gestante não tenha tido acesso ao pré-natal ainda, encaminhá-la para iniciá-lo o quanto antes.
- 9º Passo** - GESTANTES: Anote em “Ocorrência identificada no acompanhamento” uma ocorrência para a gestante que NÃO tenha iniciado o pré-natal **(Quadro 3)**.
- 10º Passo** - TODOS NÃO ACOMPANHADOS: Para os indivíduos não acompanhados, anote um dos motivos do não acompanhamento **(Quadro 4)**.

Motivos de descumprimento das condicionalidades e de não acompanhamento:

Quadro 1 - Informações Nutricionais

1.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
2.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
3.	Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) beneficiário(a)
4.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
5.	Condições de saúde que dificultam a coleta dos dados nutricionais (edema, amputação, acamado(a), cadeirante, etc.)
6.	Falta de equipamentos antropométricos (balança, antropômetro, etc.)
7.	Falta de profissionais capacitados para realizar a coleta dos dados nutricionais
8.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
9.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
10.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
11.	Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa

Quadro 2 - Vacinação

12.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
13.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
14.	Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário (a)
15.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
16.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
17.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
18.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
19.	Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa
20.	Criança com condição específica de saúde que necessita de vacina especial (CRIE)
21.	Falta de oferta de vacina ou de insumos necessários para vacinação (seringas, luvas, algodão, etc.)

Quadro 3 - Pré-Natal

22.	Condições de saúde que impedem a ida à UBS
23.	Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
24.	Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário(a)
25.	Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
26.	Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez
27.	Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
28.	Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
29.	Responsável/Beneficiário (a) afirma que a beneficiária não é mais do programa.
30.	Falta de oferta de serviço de pré-natal.

Quadro 4 - Não acompanhamento

1.	Beneficiário (a) ausente
2.	Beneficiário (a) não faz parte da família / não reside no endereço
3.	Beneficiário (a) mudou de município
4.	Falecimento do (a) beneficiário (a)
5.	Endereço incorreto/inexistente