



GUIA PARA QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES DA ABIS

CDS

COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA (CDS)

2023 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

2ª Edição - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-3408
E-mail: aps@saude.gov.br
Site: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>

Supervisão geral:

Michael Luiz Diana de Oliveira
Marina Atsumi Oikawa
Marcelo Alves Miranda

Coordenação Técnica:

Ana Claudia Cielo
João Geraldo de Oliveira Junior

Elaboração:

Adriene dos Santos Sá
Alyne Araújo de Melo
Ana Claudia Cielo
Carlos Henrique Alves de Sousa
Ingrid Isabelle Maia de Souza
Jessica Barros Duarte
João Geraldo de Oliveira Junior
Marcelo Alves Miranda
Romário Araújo Matias Rocha
Viviane Loiola Lacerda

Diagramação, Capa e Projeto Gráfico:

Alexandre Soares de Brito
Diogo Ferreira Gonçalves

INDICADOR 01:

Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal (PN) realizadas, sendo a primeira realizada até a 12ª semana de gestação.

OBJETIVO: Informar às 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 Individual de pré-natal: médico e/ou enfermeiro

Códigos CBO considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré-natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$$

DENOMINADOR: Nº gestantes identificadas (Informado no SISAB ou Estimado)

NUMERADOR: Nº gestantes com 6 consultas PN, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação

Dados do Cabeçalho da ficha

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBO considerados serão de médico e enfermeiro.

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE		

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	(M)(T)(N)												
Nº PRONTUÁRIO	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
CNS OU CPF DO CIDADÃO	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]
Data de nascimento*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(F)(M)												

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino)

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
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

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"/>	

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado à gravidez.

OU

Informar o CID-10 ou CIAP-2 que especifica melhor o tipo de gestação da usuária.

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/ Condição avaliada*	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"/>														
Rastrea- mento	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>															
	CIAP-2																
Outros	CIAP-2																
	CID-10																
	CID-10																
	CID-10																

A seguir, são listados os códigos para as condições da gestante.

CIAP2: W03, W05, W29, W71, W72, W73, W76, W78, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O00, O000, O001, O002, O008, O009, O10, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299, O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, O752, O753, O98, O990, O991, O992, O993, O994, O995, O996, O997, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z36, Z640.

OBS.: Quando ocorrer aborto durante a gestação, indicamos o registro desta condição para que não seja contabilizado a gestante no denominador ou numerador.

Códigos CID/CIAP para identificação de aborto

CIAP: W82, W83.

CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3

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

Gestante	DUM	Dia/Mês			/	/	/			
		Ano								
	Gravidez Planejada	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.

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"/>	

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal".

OU

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
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												
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, W72, W73, W76, W78, W79, W80, W81, W84 e W85

CID10: O00, O000, O001, O002, O008, O009, O10, O11, O12, O120, O121, O122, O13, O14, O140, O141, O149, O15, O150, O151, O159, O16, O20, O200, O208, O209, O21, O210, O211, O212, O218, O219, O22, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O23, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O24, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O26, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O28, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O29, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O299,

O30, O300, O301, O302, O308, O309, O31, O311, O312, O318, O32, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O33, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O339, O34, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O35, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O36, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O41, O410, O411, O418, O419, O43, O430, O431, O438, O439, O44, O440, O441, O46, O460, O468, O469, O47, O470, O471, O479, O48, O752, O753, O98, O990, O991, O992, O993, O994, O995, O996, O997, Z321, Z33, Z34, Z340, Z348, Z349, Z35, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, Z36, Z640.

OBS.: Quando ocorrer aborto durante a gestação, indicamos o registro desta condição para que não seja contabilizado a gestante no denominador ou numerador.

Códigos CID/CIAP para identificação de aborto

CIAP: W82, W83.

CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3

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

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Os CBO 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	13
TURNO*													
N° PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	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

Procedimento / P

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Identificação do Cidadão

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		Ano										
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		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

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, a data de nascimento e o sexo (feminino) devem ser preenchidos corretamente.

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)

solicitados (S) e avaliados (A)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Sorologia para dengue	S													
Sorologia para HIV	S													

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)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	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	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 códigos (SIGTAP) dos exames e testes considerados.

SIGTAP/Descrição de Sorologias avaliadas:

- 02.02.03.111-0 - Teste não treponemico p/ detecção de sífilis
- 02.02.03.117-9 - Teste não treponemico p/ detecção de sífilis em gestantes
- 02.02.03.030-0 - Pesquisa de anticorpos anti-hiv-1 + hiv-2 (elisa)

INDICADOR 03:

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

OBJETIVO: Informar às 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 individual de pré-natal: médico e enfermeiro
- ✓ Atendimento odontológico individual: cirurgião-dentista

Códigos CBO considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- cirurgião-dentista (2232).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\begin{matrix} \text{Nº de gestantes com} \\ \text{pré-natal na APS} \end{matrix} \right)} \times 100 \quad \text{ou} \quad \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)$$

DENOMINADOR: Nº gestantes identificadas (Informado no SISAB ou Estimado)

Dados do Cabeçalho da ficha

		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		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 CBO considerados serão de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		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

É imprescindível registrar o CPF ou CNS do cidadão com um número válido. Além disso, 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		/	/	/	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.	
		Ano						
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM		NÃO
	Idade Gestacional (semanas)							
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/		

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"/>	<input type="checkbox"/>	

Registrar no Campo de Problema/Condição Avaliada o campo rápido "Pré-natal" ou CID-10 ou CIAP-2 relacionado à gravidez.

OU

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/>										
	Tuberculose	<input type="checkbox"/>										
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>										
	Dengue	<input type="checkbox"/>										
Rastreamento	DST	<input type="checkbox"/>										
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>										
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>										
Outros	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>										
	CIAP-2											
	CIAP-2											
	CID-10											
	CID-10											

INDICADOR 04:

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS

OBJETIVO: Informar às 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/ou enfermeiro
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe a equipe de saúde

Códigos CBO considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta de exame citopatológico nos últimos 3 anos}}{\left(\begin{array}{l} \text{Número de mulheres com idade} \\ \text{entre 25 e 64 anos cadastradas} \\ \text{e vinculadas na APS} \end{array} \right) \text{ OU } \left(\begin{array}{l} \text{Cadastro municipal SISAB x \%} \\ \text{mulheres com 25 a 64 anos por} \\ \text{estudo de estimativa populacional} \end{array} \right)} \times 100$$

DENOMINADOR: Nº de mulheres com idade entre 25 a 64 anos cadastradas e vinculadas na APS do município no período analisado.

Dados do Cabeçalho da ficha

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

Procedimento/Pequenas cirurgias

Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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.

Código (SIGTAP) considerado:

02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino

OBS.: não é necessário a indicação do código SIGTAP se o campo rápido for preenchido.

INDICADOR 05:

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.

OBJETIVO: Informar às 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:

- ✓ Vacinação: médico, enfermeiro e/ou técnico de enfermagem
- ✓ Cadastro individual: todos os profissionais que compõe as equipes

Códigos CBOs considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- técnico de enfermagem (3222).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Nº de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de Poliomielite inativada e Pentavalente _____ x100

$$\left(\frac{\text{Nº de crianças com 12 meses completos no SISAB}}{\text{no quadrimestre avaliado}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)$$

DENOMINADOR: Nº de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de APS que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado **ou** estimativa.

Dados do Cabeçalho da ficha

	CADASTRO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
_____	_____	_____	_____	/ /	

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. Todos os profissionais que compõe a equipe de Saúde podem realizar o cadastro.

Identificação do Cidadão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA
CNS DO CIDADÃO					
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**		Nº NIS (PIS/PASEP)	
NOME COMPLETO DA MÃE:*					
		<input type="checkbox"/> Desconhecido			
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. Especialmente, data de nascimento e os números de CPF e/ou CNS válidos.

NUMERADOR: Número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 3ª doses aplicadas de poliomielite inativada e Pentavalente; OU cenários excepcionais na ausência dos referidos imunobiológicos.

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE VACINAÇÃO		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*/ /

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente. O CBO considerado será de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8
TURNOS	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								
CNS OU CPF DO CIDADÃO								
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/
	Ano							

É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e a data de nascimento.

Imunobiológico							
IMUNOBIOLOGICO*	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>				
		Dose	<input type="checkbox"/>				
		Lote	<input type="checkbox"/>				
	VIP	Fabricante	<input type="checkbox"/>				
		Estratégia	<input type="checkbox"/>				
		Dose	<input type="checkbox"/>				
	Pneumocócica 10V (conjugada)	Lote	<input type="checkbox"/>				
		Estratégia	<input type="checkbox"/>				
		Dose	<input type="checkbox"/>				

Registrar no campo Imunobiológico os dados das vacinas aplicadas referente a 3ª dose da VIP e 3ª dose da Pentavalente OU os imunobiológicos correspondentes aos cenários excepcionais.

Outros cenários possíveis na falta do imunobiológico da Pentavalente:

Outros cenários possíveis na falta do imunobiológico da Pentavalente:

Primeiro cenário
2ª dose de Pentavalente + 1 (um) dos esquemas abaixo:

a) 1 dose DTP + 1 dose hepatite B + 1 dose haemophilus b; ou
b) 1 dose Tetravalente + 1 dose hepatite B; ou
c) 1 dose Hexavalente.

Segundo cenário
1ª dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo:

a) 2 doses DTP + 2 doses hepatite B + 2 doses haemophilus b; ou
b) 2 doses Tetravalente + 2 doses de hepatite B; ou
c) 1 dose de tetra + 1 dose de DTP + 2 doses de hepatite B + 1 dose haemophilus b;
ou
d) 2 doses da Hexavalente

Terceiro cenário
Nenhuma dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo:

a) 3ª dose da Tetravalente + 3ª dose da hepatite B; ou
b) 3ª dose da DTP + 3ª dose da hepatite B + 3ª dose da haemophilus b.

INDICADOR 06:

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre

OBJETIVO: Informar às 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:

- ✓ Aferição da PA: médico, enfermeiro e/ou técnico de enfermagem
- ✓ Atendimento individual a pessoa com hipertensão: médico e/ou enfermeiro

Códigos CBO considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235);
- técnico de enfermagem (3222).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\left(\begin{array}{l} \text{Nº de pessoas com} \\ \text{hipertensão arterial no SISAB} \end{array} \right) \text{ ou } \left(\begin{array}{l} \text{Cadastro municipal SISAB x} \\ \text{\% Pessoas com hipertensão arterial na PNS} \end{array} \right)} \times 100$$

DENOMINADOR: Nº de pessoas com hipertensão identificadas Informada no SISAB ou estimada

Identificação dos hipertensos autorreferidos a partir do Cadastro Individual

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
_____	_____	_____	_____	/ /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
_____	_____	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		_____	_____
				MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA	

É imprescindível preencher corretamente todos os dados do profissional equipe, estabelecimento e data de atendimento, assim como, registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e a data de nascimento.

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"/>												

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado à hipertensão arterial ou o campo rápido referente a essa condição.

OU

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/Condição avaliada*	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 códigos para condição hipertensão arterial:

- CIAP2: K86 e K87
- CID-10: I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11.

ATENÇÃO: Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da hipertensão. **Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação da pressão arterial ou afins**, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o CID-10 R03.0 (Valor elevado de pressão arterial), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Ou CIAP-2 K25 (Medo de hipertensão). Esta regra também deve ser aplicada para condição de hipertensão gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O14) e o CIAP2 (W81).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

NUMERADOR: N° de pessoas com hipertensão, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses.

Registro da Aferição de Pressão Arterial

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

O cabeçalho deve ser preenchido corretamente.
O CBO considerado será de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
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	M/T/N	M/T/N
N° PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	M/T/N												
N° PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													

Procedimento/Pequenas cirurgias

Procedimentos/Pequenas cirurgias* (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 à aferição de pressão arterial.

Código SIGTAP considerado para aferição de pressão arterial:
 SIGTAP = 03.01.10.003-9

OBS: Não é necessário indicar o código SIGTAP caso já tenha marcado o campo rápido de Aferição de PA. Deve-se registrar em apenas um dos campos.

Registro da Consulta para Condição Avaliada de Pressão Arterial
Dados de cabeçalho

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL			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 CBO considerados são os de médico ou enfermeiro.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNOS*	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	M/T/N	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	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

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

Problema/Condição Avaliada

Problema/Condição avaliada*		Nº												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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"/>												

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"/>												
Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>												
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>												
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>												
Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>												
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>												
	CID-10	<input type="checkbox"/>												
	CID-10	<input type="checkbox"/>												

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado à hipertensão arterial ou o campo rápido referente a essa condição.

A seguir, são listados os códigos para condição hipertensão arterial:

CIAP2: K86 e K87

CID-10: I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11.

ATENÇÃO: Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da hipertensão. **Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação da pressão arterial ou afins**, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o CID-10 R03.0 (Valor elevado de pressão arterial), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Ou CIAP-2 K25 (Medo de hipertensão). Esta regra também deve ser aplicada para condição de hipertensão gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O12, O14) e o CIAP2 (W81).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

INDICADOR 07:

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre

OBJETIVO: Informar às 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/ou enfermeiro
- ✓ Atendimento individual a pessoa com diabetes: médico e/ou enfermeiro

Códigos CBOs considerados:

- médico (2251, 2252, 2253, 2231);
- enfermeiro (2235).

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses _____ x100

$\left(\frac{\text{Número de pessoas com diabetes no SISAB}}{\text{Cadastro municipal SISAB}} \right)$ ou $\left(\frac{\text{\% de pessoas com diabetes na PNS 2019}}{\text{Cadastro municipal SISAB}} \right)$

DENOMINADOR: N ° de pessoas com diabetes identificados Informada no SISAB ou Estimada.

Identificação das pessoas com diabetes autorreferida no cadastro

Dados do Cabeçalho da ficha

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
_____	_____	_____	_____	/ /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
<small>CPF</small> _____ <small>CNS</small> _____	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<small>CPF</small> _____ <small>CNS</small> _____	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA	

É imprescindível preencher corretamente todos os dados do profissional equipe, estabelecimento e data de atendimento, assim como, registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e a data de nascimento.

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, POR QUAL CAUSA?	

Marcar a condição de “tem diabetes” autorreferida quando o usuário informar que é hipertenso, mas ainda não houve avaliação clínica para esta condição referida.

Identificação das pessoas diabéticas a partir da Condição Avaliada no Atendimento Individual

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

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	13	14
TURNO*	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ	ⓂⓉⓂ
N° PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(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)

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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"/>												

OU

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a essa condição.

		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"/>													
Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>													
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>													
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>													
Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>													
	CIAP-2	<input type="checkbox"/>													
	CID-10	<input type="checkbox"/>													
	CID-10	<input type="checkbox"/>													

CIAP2: T89; T90

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, O240, O241, O242, O243

ATENÇÃO: Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença diabetes. **Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos níveis glicêmicos ou afins**, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o R73 (aumento da glicemia) e o R73.9 (hiperglicemia não especificada), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Esta regra também deve ser aplicada para condição de diabetes gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O244, O249) e o CIAP2 (W85).

Então, deve-se orientar que nos casos transitórios se utilize os CID/CIAP que não são para a condição crônica, para que esses não sejam contabilizados no denominador.

NUMERADOR: N° de pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS, nos últimos 6 meses.

Registro da Solicitação de Hemoglobina Glicada

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	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. O CBO considerado será de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
N° PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

Exames solicitados (S) e Avaliados (A)

Exames solicitados (S) e avaliados (A)	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											
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S											
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S											
	Sorologia para dengue	S	A	S											
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste indireto de antiglobulina 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	

Registrar no campo Exames Solicitados e Avaliados apenas o campo rápido para Hemoglobina glicada (Solicitado).

Código SIGTAP considerado para solicitação do exame de hemoglobina glicada:
SIGTAP: 02.02.01.050-3 (Dosagem de Hemoglobina Glicosilada).

OBS.: Não é necessário indicar o código SIGTAP caso já tenha marcado o campo rápido de Hemoglobina Glicada. Registrar em apenas um dos campos.

Registro da Consulta para a Condição Avaliada para Diabetes

Dados do Cabeçalho da ficha

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	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. O CBO considerado será de médico e enfermeiro.

Identificação do Cidadão

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	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

Todas as informações de identificação do usuário devem ser preenchidas corretamente. É imprescindível registrar o CPF e/ou CNS do cidadão com um número válido e data de nascimento.

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"/>												

OU

Registrar no campo de Problema/Condição Avaliada o CID-10 ou CIAP-2 relacionado a diabetes ou o campo rápido referente a essa condição.

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"/>												
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 códigos para a condição diabetes:

CIAP2: T89; T90

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, O240, O241, O242, O243

ATENÇÃO: Os CIDs e CIAPs considerados neste indicador correspondem a códigos da doença diabetes. **Caso a pessoa atendida não possua este diagnóstico e sim uma condição aguda de elevação dos níveis glicêmicos ou afins**, existem outros códigos que podem ser utilizados, como o R73 (aumento da glicemia) e o R73.9 (hiperglicemia não especificada), com destaque que esses códigos supracitados não contabilizarão no indicador. Esta regra também deve ser aplicada para condição de diabetes gestacional, em que se orienta que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O244, O249) e o CIAP2 (W85).



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

