

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*			CBO*											INE	*			D	DATA:*							
		_ _ _ _			_	_ _	_ -	_		_	_ _	_ _	_ _	_			_ _	_ _	_ _	_ _	_			/	/	
\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					
MICROÁREA*																									<u> </u>	
TIPO DE IMÓVEL*																	<u> </u>									
№ PRONTUÁRIO																										
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)	(F) (M)	(F) (M)	F) M)	(F) (M)	F)M)	(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)				
		mpartilhada com ou																								
	Cac	lastramento/Atualiza	ação																							
	Visi	ta periódica																								
	ativa	Consulta Exame																								
da visit	a ati																									
	Busca	Vacina																								
	В	Condicionalidades																								
	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																							
		Pess	oa com diabetes																							
		Pess	oa com asma																							
		Pess	oa com DPOC/enfisema																							
		Pessoa com câncer																								
Motivo da visita	ıto	Pess	oa com outras doenças crônicas																							
	ame	Pessoa com hanseníase																								
	Acompanhamento	Pessoa com tuberculose																								
Antro	dmo	Sinto	omáticos respiratórios																							
*	Ac	Taba	Tabagista																							
visit		Domiciliados/Acamados																								
o da		Condições de vulnerabilidade social																								
otive		Condicionalidades do Bolsa Família																								
Σ		Saúde mental																								
		Usuá	Jsuário de álcool																							
		Usuá	Jsuário de outras drogas																							
	;	>	Ação educativa																							
Motivo da visita	trole	enta orial	Imóvel com foco																							
	S.	ambiental/ vetorial	Ação mecânica																							
			Tratamento focal																							
	Egre	esso d	e Internação																							
	Con	vite at	e atividades coletivas/campanha de saúde																							
	Orie	ntaçã	ação/prevenção																							
	Out	Outros																								
Antro	nogo	etria	Peso (kg)																							
	- 10 - 0111		Altura (cm)																	_						
*ou;	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	* Visita Visita Ause		usada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausente		\square		\cup										\bigcirc		\bigcirc	\bigcirc	\cup	\cup	\bigcirc		\cup				

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