

Orientação em caso de impossibilidade do registro eletrônico no momento do atendimento

Quando da impossibilidade do registro eletrônico no momento do atendimento, os profissionais poderão registrar o atendimento no formato registro tardio de atendimento ou no formato Coleta de Dados Simplificada.

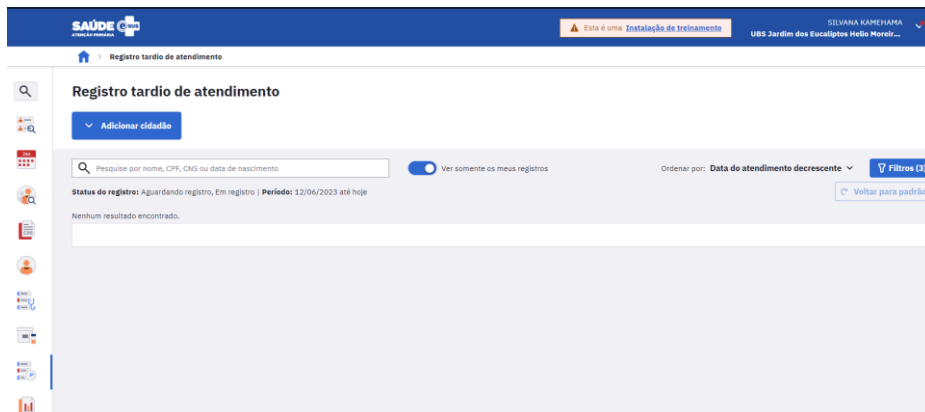
Nestes casos os profissionais deverão registrar os atendimentos nos prontuários dos cidadãos em modo físico e associadamente em um desses formatos:

I. Registro tardio de atendimento – Formato eletrônico

Neste formato o profissional que realizou o atendimento acessará o Prontuário eletrônico do cidadão, PEC eSUSAB ou sistema próprio. Assim que este estiver disponível e realizará a inserção das informações do atendimento.

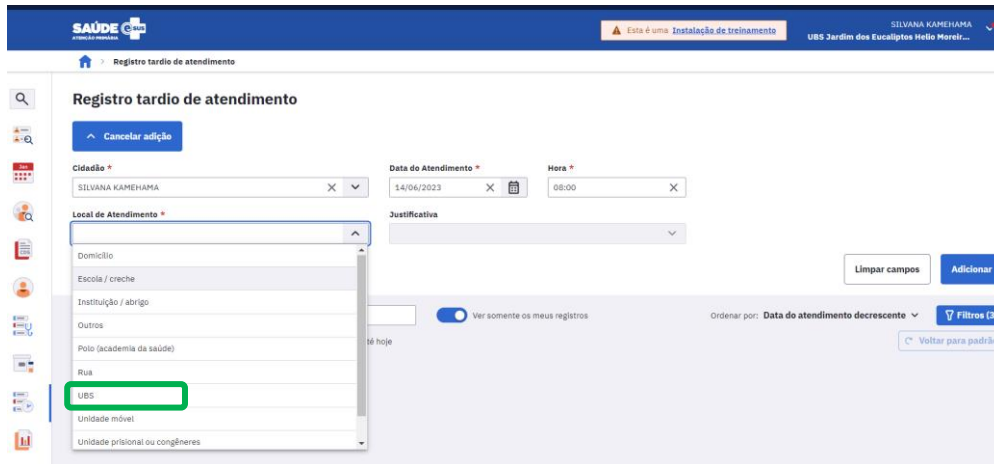
Informar:

1. Dados do Cidadão
2. Data e hora do atendimento
3. Local do atendimento
4. Se UBS, informar justificativa
5. Atendimento propriamente dito



Local de Atendimento

- Domicílio
- Escola /Creche
- Instituição/ Abrigo
- Outros
- Polo (Academia da Saúde)
- Rua
- UBS
- Unidade Móvel
- Unidade Prisional ou congêneres
- Unidade Socioeducativa



SAÚDE@SP
Esta é uma Instalação de treinamento
SILVANA KAMEHAMA
UBS Jardim dos Eucaliptos Helio Moreir...

Registro tardio de atendimento

Cancelar adição

Cidade *
SILVANA KAMEHAMA

Data do Atendimento *
14/06/2023

Hora *
08:00

Local de Atendimento *
Domicílio
Escola / creche
Instituição / abrigo
Outros
Polo (academia da saúde)
Rua
UBS
Unidade móvel
Unidade prisional ou congêneres

Justificativa

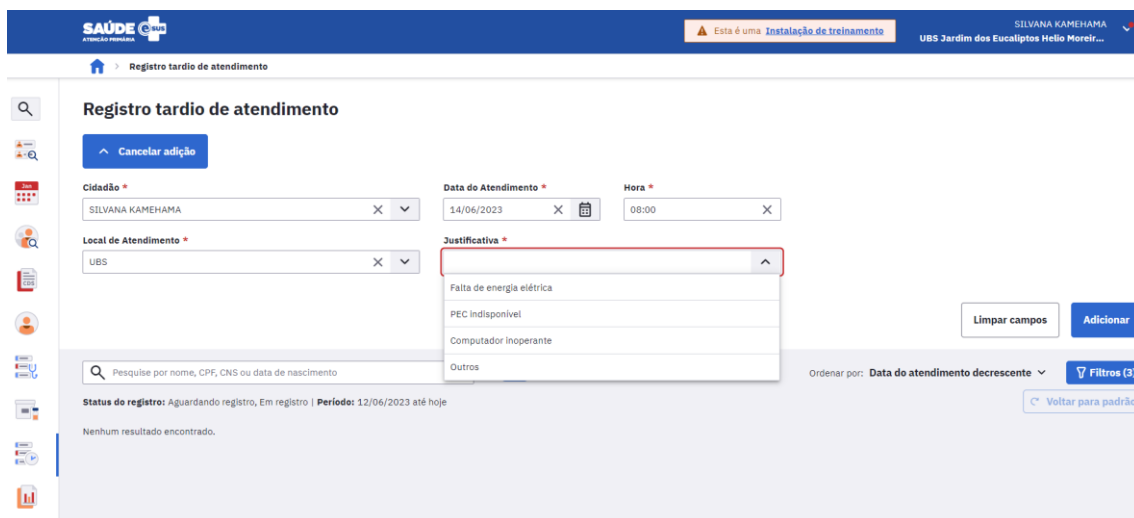
Limpar campos Adicionar

Ver somente os meus registros

Ordenar por: Data do atendimento decrescente Filtros (3)
Voltar para padrão

Se UBS, informar a Justificativa

- Falta de energia elétrica
- PEC indisponível
- Computador inoperante
- Outros



SAÚDE@SP
Esta é uma Instalação de treinamento
SILVANA KAMEHAMA
UBS Jardim dos Eucaliptos Helio Moreir...

Registro tardio de atendimento

Cancelar adição

Cidade *
SILVANA KAMEHAMA

Data do Atendimento *
14/06/2023

Hora *
08:00

Local de Atendimento *
UBS

Justificativa *
Falta de energia elétrica
PEC indisponível
Computador inoperante
Outros

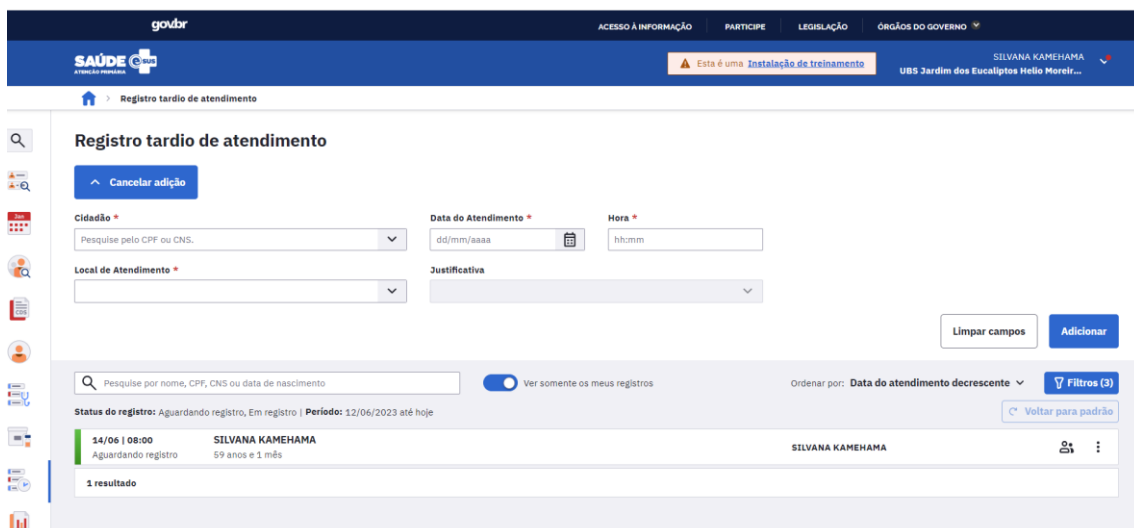
Limpar campos Adicionar

Pesquise por nome, CPF, CNS ou data de nascimento

Ordenar por: Data do atendimento decrescente Filtros (3)
Voltar para padrão

Status do registro: Aguardando registro, Em registro | Período: 12/06/2023 até hoje

Nenhum resultado encontrado.



goubr
ACESSO À INFORMAÇÃO PARTICIPE LEGISLAÇÃO ÓRGÃOS DO GOVERNO

SAÚDE@SP
Esta é uma Instalação de treinamento
SILVANA KAMEHAMA
UBS Jardim dos Eucaliptos Helio Moreir...

Registro tardio de atendimento

Cancelar adição

Cidade *
Pesquise pelo CPF ou CNS.

Data do Atendimento *
dd/mm/aaaa

Hora *
hh:mm

Local de Atendimento *

Justificativa

Limpar campos Adicionar

Pesquise por nome, CPF, CNS ou data de nascimento

Ver somente os meus registros

Ordenar por: Data do atendimento decrescente Filtros (3)
Voltar para padrão

Status do registro: Aguardando registro, Em registro | Período: 12/06/2023 até hoje

14/06 08:00	SILVANA KAMEHAMA	SILVANA KAMEHAMA
Aguardando registro	59 anos e 1 mês	


1 resultado

II. Formato Coleta de Dados Simplificada – CDS

Neste formato o profissional que realizou o atendimento anotarà seu atendimento na Ficha de Atendimento Individual ou Procedimento ou Atendimento Odontológico Individual, com as informações do atendimento.

1. Data e turno
2. Dados do Cidadão
3. Local do atendimento
4. Atendimento propriamente dito
 - Tipo de atendimento
 - Problema /condição avaliada – CID e/ou CIAP
 - Exames solicitados/avaliados
 - Peso/altura
 - Conduta / Encaminhamentos
 - Outras informações

Posteriormente o auxiliar/ assistente administrativo realizará a inserção dos dados no sistema de informação, CDS eSUSAB ou SIGA MAB ou CDS Sistema próprio.

		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL										DIGITADO POR _____ DATA / / CONFERIDO POR _____ FOLHA Nº _____								
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL [1] *		CBO*		Cod CNES UNIDADE*		Cod EQUIPE (INE)*		DATA*												
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL [2]		CBO		Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL [3]		CBO														
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
TURNO: M - MANHÃ / T - TARDE / N - NOITE																				
CONSULTA COMPARTILHADA COM PROFISSIONAL... FORA DE ÁREA																				
IDADE																				
Nº PRONTUÁRIO OU NOME DO PACIENTE																				
LOCAL DE ATENDIMENTO*: L1 - UBS L6 - Unidade Móvel L2 - Domicílio L7 - Instituição / Abrigo L3 - Rua L8 - Unidade prisional L4 - Escola/Creche L9 - Unidade socioeducativa L5 - Polo Acadêmico da Saúde L10 - Outros																				
TIPO DE ATENDIMENTO*	CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA / CUIDADO CONTINUADO	T1																		
	CONSULTA AGENDADA	T2																		
	ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO	T3																		
	CONSULTA DO DIA	T4																		
	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	T5																		
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	PESO (KG)	AA1																		
	ALTURA (CM)	AA2																		
VACINAÇÃO EM DIA?		SIM - V1	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
		NÃO - V2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		NÃO AVALIADO - V3																		
CRIANÇA (até 24 meses)	ALEITAMENTO MATERNO	EXCLUSIVO	AM1																	
		PREDOMINANTE	AM2																	
		COMPLEMENTADO	AM3																	
		INEXISTENTE	AM4																	
DUM	DIA / MÊS	G1																		
	ANO																			
GESTANTE	GRAVIDEZ PLANEJADA	SIM - G2	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
		NÃO - G3																		
	Nº DE GESTAÇÕES PREVIAS	G5																		
	Nº DE PARTOS	G6																		
ATENÇÃO DOMICILIAR	MODALIDADE: AD1, AD2 OU AD3 (ver legenda)	P1																		
ASMA																				