

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

☐ Sim

☐ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Legenda: ☐ **Opção de múltipla escolha** ☐ **Opção de única escolha** (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar **01 a 99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

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 obrigatório**

****Campo com obrigatoriedade condicional**

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

MICROÁREA*

☐ Sim ☐ Não

NOME COMPLETO*:

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO*: / /

SEXO*: ☐ F ☐ M ☐ I

RAÇA/COR*: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE*:

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*:

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE*: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO*: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)
☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- ☐ Creche ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
☐ Classe de Alfabetização - CA ☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Nenhum
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Servidor público/militar
☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? **

- ☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica
☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual
☐ Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? **

- ☐ Homem cisgênero ☐ Mulher cisgênero
☐ Homem transgênero ☐ Mulher transgênero
☐ Travesti ☐ Não-Binário ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ TEA
☐ Visual ☐ Física ☐ Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☐ Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da D.O.:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

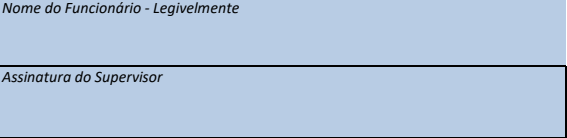
Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, POR QUAL CAUSA?	
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não			
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☐ Não			
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☐ Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe		ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não	
		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?			

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA			
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ☐ Sim ☐ Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não			
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.
FA: Fora de Área
F: Feminino M: Masculino I: Indeterminado
*Campo obrigatório
**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

[illegible]

R-Residência / C-Comércio / TB-Terreno Baldio / PE-Ponto Estratégico / O-Outros

LEGENDA - TIPOS DE DEPÓSITOS

- A1** - Caixa d'água (elevado)
- A2** - Outros dep. de armazenamento de água (baixo)
- B** - Pequenos depósitos móveis
- C** - Depósitos fixos
- D1** - Pneus e outros materiais rodantes
- D2** - Lixo (recip. plásticos, latas) sucatas, entulhos
- E** - Depósitos naturais

Larvicida Utilizado: _____

LEGENDA SINANTRÓPICOS	I	Investigação epidemiológica de Notificação de Doença ou Agravado (Peçonhentos)
	BA	Busca Ativa de Escorpião