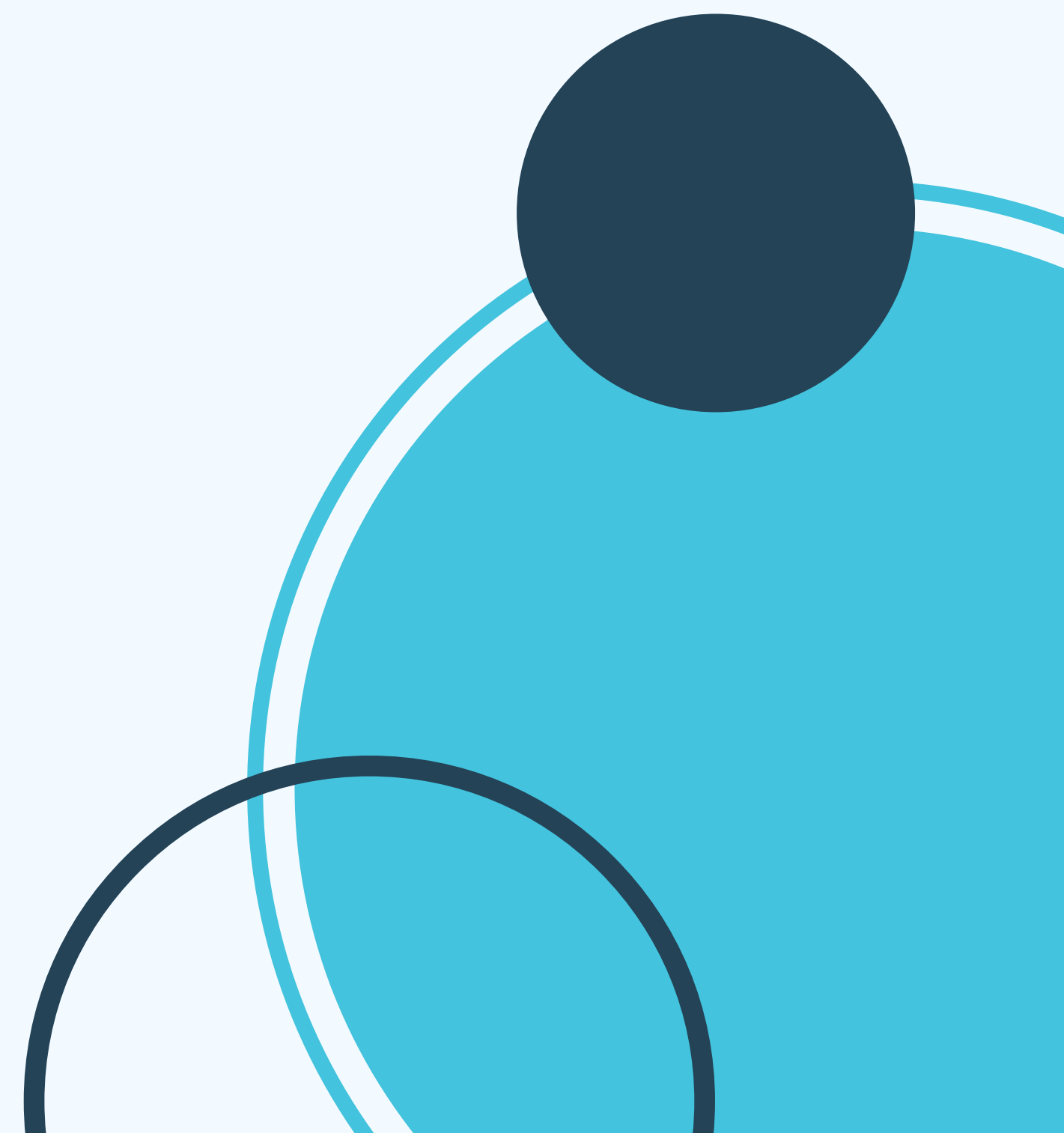


Como fazer um cadastro no e-SUS APS

Gerência de Processamento de Informações da Atenção Primária -
GEPAP/DICS/SUPLANS

Gerência de Qualidade na Atenção Primária
GEQUALI/DESF/COAPS/SAIS



CADASTRO INDIVIDUAL DO MÓDULO “CDS”

Ficha de cadastro individual

Pesquise por módulos

Acompanhamento de condições de saúde

Agenda

CDS

Atendimento individual

Atividade coletiva

Cadastro domiciliar e territorial

Cadastro individual

Marcadores de consumo alimentar

Procedimentos

Síndrome neurológica por Zika / microcefalia

Vacinação

Cidadão

Lista de atendimentos

Lotes de imunobiológico

CPF / CNS do cidadão

Incluir cadastros enviados / recebidos

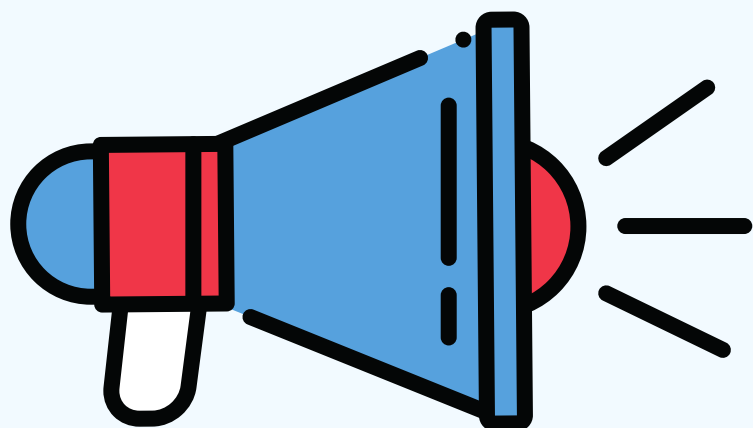
Incluir cadastros enviados / recebidos: Não

Existem cadastros inativados incorretamente pela unificação de cadastros devido a um problema já corrigido. Para reativá-los, selecione o filtro "Somente cadastros inativados incorretamente" e atualize a ficha de cadastro individual.

| Data | Nome do cidadão | CPF / CNS do cidadão | Data de nascimento | Nome completo da mãe |
|--|-----------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Nenhum item encontrado com o critério selecionado. | | | | |


1 CLICAR NO MÓDULO LATERAL "CDS"

2 CLICAR NA OPÇÃO "CADASTRO INDIVIDUAL"




ANTES DE INICIAR UM CADASTRO, SEMPRE DEVE SER FEITA A PESQUISA PARA SABER SE ESSE USUÁRIO NÃO FOI CADASTRADO ANTERIORMENTE, DESSA FORMA, NÃO SERÃO GERADOS REGISTROS DUPLICADOS

Ficha de cadastro individual

CPF / CNS do cidadão 

Incluir cadastros enviados

 Existem cadastros "Somente cadastros devido a um problema já corrigido. Para reativá-los, selecione o filtro de cadastro individual.

Cadastros inativos

Somente cadastros inativados incorretamente

Nome do cidadão

Data de nascimento

Nome completo da mãe

Nome do cidadão Data de nascimento Nome completo da mãe

Nenhum item encontrado com o critério selecionado.

3 CLICAR NO FILTRO PARA QUE A PESQUISA SEJA FEITA PELO NOME

4 DIGITAR O **NOME** SEM ABREVIACÕES DO CIDADÃO A SER CADASTRADO, POIS DESSA FORMA, SERÁ LOCALIZADO TODOS OS CADASTROS, SEJA COM CNS OU COM CPF

Ficha de cadastro individual

CPF / CNS do cidadão



Pesquisar

5

Incluir cadastros enviados / recebidos

6

Incluir cadastros enviados / recebidos: Sim | Nome do cidadão: teste



Existem cadastros inativados incorretamente pela unificação de cadastros devido a um problema já corrigido. Para reativá-los, selecione o filtro "Somente cadastros inativados incorretamente" e atualize a ficha de cadastro individual.

| Data | Nome do cidadão | CPF / CNS do cidadão | Data de nascimento | Nome completo da mãe | 7 |
|------------|-------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|---|
| 04/03/2022 | TESTE TESTE TESTE | 898006222242938 | 24/09/1987 | TESTE TESTE | |
| 26/02/2018 | TESTE DE RECUSA | | 25/02/2018 | | |
| 26/01/2018 | TESTE PACIENTE CADASTRADO ACS | | 22/05/1988 | LUCYNEIDE TESTE | |

Adicionar

8

5 CLICAR NA OPÇÃO "INCLUIR CADASTROS ENVIADOS/RECEBIDOS"

6 CLICAR EM PESQUISAR

7 CASO O CIDADÃO PESQUISADO SEJA LOCALIZADO, CLICAR NO BOTÃO "ATUALIZAR" PARA ATUALIZAR AS INFORMAÇÕES DO CIDADÃO

8 CASO O CIDADÃO PESQUISADO NÃO SEJA LOCALIZADO, CLICAR NO BOTÃO "ADICIONAR" PARA INICIAR O CADASTRO

Ficha de cadastro individual

Compatível com a FCI / e-SUS APS v.3.2.0

1 **2**

CNS do profissional * CBO CNES INE Data *

Identificação do usuário / cidadão

3 CPF / CNS do cidadão * Cidadão é o responsável familiar? Sim Não CPF / CNS do responsável familiar

Nome completo * Microárea Fora da área

1

OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM OS DADOS DO PROFISSIONAL QUE PERTENCE A EQUIPE QUE O USUÁRIO SERÁ VINCULADO.

AO INCLUIR O NÚMERO DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL, O SISTEMA MOSTRARÁ OPÇÕES PARA O CNES E O INE QUE VÊM DA BASE DE DADOS DO CNES IMPORTADO NA INSTALAÇÃO DA APLICAÇÃO;

-CASO O PROFISSIONAL TENHA APENAS UM VÍNCULO NO E-SUS, OS DADOS SERÃO PREENCHIDOS AUTOMATICAMENTE;

-CASO O TRABALHADOR TENHA MAIS DE UM VÍNCULO, O SISTEMA MOSTRARÁ AS OPÇÕES E DEVERÁ SER SELECIONADO A OPÇÃO CORRESPONDENTE.

2

DIA/MÊS/ANO EM QUE FOI REALIZADO O CADASTRO DO CIDADÃO

3

PREENCHER CAMPO CNS/CPF (PREFERENCIALMENTE COM O CPF)

AO DIGITAR O CPF, CASO ESSE USUÁRIO JÁ TENHA SIDO CADASTRADO NO MÓDULO "CIDADÃO", O SISTEMA REALIZARÁ PREENCHIMENTO AUTOMÁTICO DOS CAMPOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Ficha de cadastro individual

Compatível com a FCI / e-SUS APS v.3.2.0

CNS do profissional * 704800570290546 CBO * 225142 CNES * 0010499 INE Data *

Identificação do usuário / cidadão

CPF / CNS do cidadão * 898000221450825 Cidadão é o responsável familiar? Sim Não CPF / CNS do responsável familiar

Nome completo * Nome social

Raça / Cor * Branca Preta

Nome completo da mãe * Nome completo do pai *

Nacionalidade * Brasileira Naturaliza

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) Entead(a) Neto(a) / Neta(a) Pai / Mãe

Ocupação

Microárea Fora da área


Sexo * Feminino Masculino

Nº NIS (PIS / PASEP) Desconhecido Desconhecido

Portaria de naturalização

Confirmação

CNS já cadastrado para o cidadão:

 **PACIENTE TESTE**
Nome da mãe: MARIA DAS DORES
Sexo: Masculino
Idade: 57
Data de nascimento: 05/05/1965

Carregar o cidadão para edição?

4

4

CLICAR EM "SIM"

5 VERIFICAR TODOS OS DADOS PREENCHIDOS AUTOMATICAMENTE ESTÃO CORRETOS. TODOS OS CAMPOS COM * SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Identificação do usuário / cidadão

CPF / CNS do cidadão * 898000221450825

Cidadão é o responsável familiar? Sim Não

CPF / CNS do responsável familiar

Nome completo * PACIENTE TESTE

Microárea Fora da área

Nome social

Data de nascimento * 05/05/1965

Sexo * Feminino Masculino

Raça / Cor * Branca Preta Parda Amarela Indígena

Etnia

Nº NIS (PIS / PASEP)

Nome completo da mãe * MARIA DAS DORES Desconhecido

Nome completo do pai * JOÃO TESTE Desconhecido

Nacionalidade * Brasileira Naturalizado Estrangeiro

País de nascimento BRASIL

Data de naturalização

Portaria de naturalização

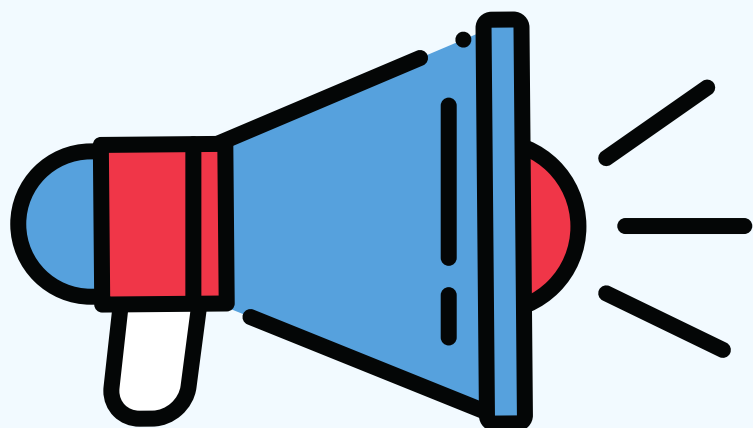
Município e UF de nascimento * RIO DE JANEIRO - RJ

Data de entrada no Brasil

Telefone celular *

E-mail

6 DEFINIR QUEM SERÁ O CIDADÃO RESPONSÁVEL FAMILIAR E ASSINALAR "SIM" NO CADASTRO INDIVIDUAL DESSE USUÁRIO. PARA OS DEMAIS CIDADÃOS, ASSINALAR "NÃO" E PREENCHER O CNS/CPF DO RESPONSÁVEL, CONFORME CADASTRADO NA FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DO RESPONSÁVEL FAMILIAR



MOTIVOS DE INCONSISTÊNCIAS:

Identificação do usuário / cidadão

CPF / CNS do cidadão *
898000221450825

Nome completo *
PACIENTE TESTE


Cidadão é o responsável familiar? Sim Não

CPF / CNS do responsável familiar

Microárea Fora da área

 O CAMPO "CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR" NÃO É OBRIGATÓRIO, PORÉM SE NÃO FOR PREENCHIDO GERA INCONSISTÊNCIA NO CADASTRO

 QUANDO O CIDADÃO NÃO FOR RESPONSÁVEL FAMILIAR, É NECESSÁRIO PREENCHER O CAMPO CPF/CNS EXATAMENTE IGUAL AO CADASTRO INDIVIDUAL DO RESPONSÁVEL FAMILIAR, OU SEJA, SE O RESPONSÁVEL FAMILIAR FOR CADASTRADO COM CPF, NESSE CAMPO TAMBÉM DEVE SER PREENCHIDO O CPF

 O CAMPO MICROAREA TAMBÉM NÃO É OBRIGATÓRIO, PORÉM SE PREENCHIDO DE FORMA INCORRETA, PODE GERAR INCONSISTÊNCIAS. O NUMERO DA MICROAREA INFORMADA NA FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DEVE SER O MESMO INFORMADO NA FICHA DE CADASTRO TERRITORIAL. A OPÇÃO DE FORA DE ÁREA DEVE SER PREENCHIDA APENAS SE O USUÁRIO FOR FORA DE ÁREA DA EQUIPE

7

PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE. ESSES DADOS SÃO IMPORTANTES PARA CONHECER O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TERRITÓRIO E ESTÃO RELACIONADOS AOS INDICADORES DA EQUIPE

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante?

Sim Não

Sobre seu peso, você se considera?

Abaixo do peso Peso adequado Acima do peso

Está fumante?

Sim Não

Faz uso de álcool?

Sim Não

Faz uso de outras drogas?

Sim Não

Tem hipertensão arterial?

Sim Não

Tem diabetes?

Sim Não

Teve AVC / derrame?

Sim Não

Teve infarto?

Sim Não

Tem doença cardíaca / do coração?

Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência cardíaca Outro Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins?

Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Insuficiência renal Outro Não sabe

Outras condições de saúde

1 - Qual?

2 - Qual?

3 - Qual?

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Tem doença respiratória / no pulmão?

Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Asma DPOC / Enfisema Outro Não sabe

Está com hanseníase?

Sim Não

Está com tuberculose?

Sim Não

Tem ou teve câncer?

Sim Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses?

Sim Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?

Sim Não

Está acamado?

Sim Não

Está domiciliado?

Sim Não

Usa plantas medicinais?

Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Usa outras práticas integrativas e complementares?

Sim Não



AO FINALIZAR, CLICAR EM "SALVAR" NO FINAL DA FICHA

Possui referência familiar? Sim Não

Se sim, qual o grau de parentesco:

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 Outros

Doação grupo religioso Doação de popular

Tem acesso a higiene pessoal? Sim Não

Se sim, indique qual(is).

Banho Acesso ao sanitário Higiene bucal

Outros

Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Primária

Usuário recusou o cadastro por meio do Termo de Recusa do Cadastro



O CADASTRO SERÁ CONSIDERADO CONSISTENTE E QUALIFICADO, QUANDO A COMPLETUDE DOS CAMPOS FOR SUPERIOR A 90% DE PREENCHIMENTO.