

CHECK LIST: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

LINHA DE CUIDADOS: GESTANTES					
SIM	NÃO	ITEM			
		FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DEVIDAMENTE PREENCHIDO			
		GUIA DE AGENDAMENTO (SISTEMA IDS)			
		CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (RG, CPF, CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)			
		CADERNETA DA GESTANTE DEVIDAMENTE PREENCHIDA			
		CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO			
		PRESCRIÇÃO COM AS MEDICAÇÕES EM USO E SACOLA DE MEDICAMENTOS			
		CONTROLE DO MONITORAMENTO PRESSÓRICO (SE GESTANTES HIPERTENSAS)			
		CONTROLE DO MONITORAMENTO GLICÊMICO E GLICOSÍMETRO (SE GESTANTES DIABÉTICAS)			
		SE NO PERÍODO ESTIVER SIDO INTERNADA, DEVERÁ APRESENTAR RELATO OU REGISTRO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO			
		ORIENTAR A GESTANTE SOBRE O MODELO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ORGANIZADO NO MACC (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATENDE NO CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA E DE FORMA INTERDISCIPLINAR ELABORA O PLANO DE CUIDADOS)			
		MENORES DE 18 ANOS QUE APRESENTEM INSUFICIÊNCIA DE AUTOCUIDADO ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHANTE NO DIA DA CONSULTA QUE POSSA APOIÁ-LA NO CUIDADO			
		CÓPIA DOS EXAMES PRECONIZADOS CONFORME TRIMESTRE GESTACIONAL (VER LISTA ABAIXO)			
EXAMES DO PRÉ-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL			1 TRI	2 TRI	3 TRI
		TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	X		
		TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH	X		
		COOMBS INDIRETO (SE RH NEGATIVO)	X	X	X
		GLICEMIA DE JEJUM	X		
		TESTE DE TOLERÂNCIA PARA GLICOSE (entre 24 e 28 semanas)		X	
		TESTE RÁPIDO DE TRIAGEM PARA SÍFILIS (teste treponêmico)	X	X	X
		VDRL* (teste não treponêmico)	X	X	X
		FTA - ABS OU CMIA (testes treponêmicos)	X	X	X
		TESTE RÁPIDO ANTI-HIV OU PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1 + HIV2 (ELISA)	X	X	X
		TOXOPLASMOSE IGM E IGG (DEVERÁ SER REPETIDO NO 2º E 3º TRIMESTRE SE O IGG E IGM NÃO FOREM REAGENTES NO 1º TRIMESTRE)	X	X	X
		SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBSAG)	X		
		UROCULTURA	X	X	X
		URINA I	X		
		ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	X		
		CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO (ÚLTIMO RESULTADO, CASO ESTEJA AGUARDANDO O RESULTADO, REGISTRARNO PLANO DE CUIDADOS A DATA DA COLETA)	X		
		ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	X	X	
		TSH	X		
		PARASITOLÓGICO DE FEZES	X		
		HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO	X	X	X



CHECK LIST: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

LINHA DE CUIDADOS: PEDIATRIA		
SIM	NÃO	ITEM
		FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DEVIDAMENTE PREENCHIDO
		GUIA DE AGENDAMENTO (SISTEMA IDS)
		CÓPIA DOCUMENTOS PESSOAIS (CERTIDÃO/NASCIM., CARTÃO SUS, COMPROVANTE/RESIDÊNCIA)
		CADERNETA DA CRIANÇA DEVIDAMENTE PREENCHIDA
		CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO
		PRESCRIÇÃO COM AS MEDICAÇÕES EM USO E SACOLA DE MEDICAMENTOS
		RESUMO DE ALTA DA MATERNIDADE E/OU UTI NEONATAL
		CÓPIA DOS EXAMES JÁ REALIZADOS
		CADERNETA DO PRÉ-NATAL E EXAMES DA MÃE (em caso de doenças de transmissão vertical confirmadas)
		SE NO PERÍODO ESTIVER SIDO INTERNADA, DEVERÁ APRESENTAR SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
		ORIENTAR O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA SOBRE O MODELO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ORGANIZADO NO MACC (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATENDE NO CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA E DE FORMA INTERDISCIPLINAR ELABORA O PLANO DE CUIDADOS)
		EM CASO DE MÃES MENORES DE 18 ANOS QUE APRESENTEM INSUFICIÊNCIA DE AUTOCUIDADO ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHANTE NO DIA DA CONSULTA QUE POSSA APOIÁ-LA NO CUIDADO

Nome: _____ Município: _____ UBS/ESF: _____



CHECK LIST: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

LINHA DE CUIDADOS: IDOSOS		
SIM	NÃO	ITEM
		FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DEVIDAMENTE PREENCHIDO (ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - IVCF-20; AVALIAÇÃO CLÍNICA; AVALIAÇÃO SOCIOFAMILIAR; AVALIAÇÃO AVDs;)
		GUIA DE AGENDAMENTO (SISTEMA IDS)
		CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (RG, CPF, CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)
		CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO
		CÓPIA DOS EXAMES JÁ REALIZADOS (SE HOUVER)
		ORIENTAR LEVAR A SACOLA COM TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO SE NO PERÍODO ESTIVER SIDO INTERNADO, DEVERÁ APRESENTAR SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
		ORIENTAR O IDOSO SOBRE O MODELO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ORGANIZADO NO MACC (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATENDE NO CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA E DE FORMA INTERDISCIPLINAR E ELABORA O PLANO DE CUIDADOS)
		ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHANTE NO DIA DA CONSULTA, PREFERENCIALMENTE, O RESPONSÁVEL LEGAL, QUE CONHEÇA BEM A SUA ROTINA E QUE POSSA APOIÁ-LO NO CUIDADO.

Nome: _____ Município: _____ UBS/ESF: _____



CHECK LIST: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

LINHA DE CUIDADOS: SAÚDE MENTAL		
SIM	NÃO	ITEM
		FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DEVIDAMENTE PREENCHIDO
		GUIA DE AGENDAMENTO (SISTEMA IDS)
		CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (RG, CPF, CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)
		CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO
		CÓPIA DOS EXAMES JÁ REALIZADOS (SE HOUVER)
		ORIENTAR LEVAR A SACOLA COM TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO
		SE NO PERÍODO ESTIVER SIDO INTERNADO, DEVERÁ APRESENTAR SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
		ORIENTAR SOBRE O MODELO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ORGANIZADO NO MACC (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATENDE NO CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA E DE FORMA INTERDISCIPLINAR ELABORA O PLANO DE CUIDADOS)
		EM CASO DE MENORES DE 18 ANOS OU COM INSUFICIÊNCIA DE AUTO-CUIDADO, ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHANTE NO DIA DA CONSULTA QUE POSSA APOIÁ-LO NO CUIDADO



CHECK LIST: COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

LINHA DE CUIDADOS: HIPERTENSOS E DIABÉTICOS		
SIM	NÃO	ITEM
		FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DEVIDAMENTE PREENCHIDO
		GUIA DE AGENDAMENTO (SISTEMA IDS)
		CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (RG, CPF, CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)
		CÓPIA DO CARTÃO DE VACINAÇÃO
		ORIENTAR LEVAR A SACOLA COM TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO
		MAPA DO MONITORAMENTO PRESSÓRICO
		MAPA DO MONITORAMENTO GLICÊMICO E GLICOSÍMETRO COM DATA E HORA ATUALIZADOS SE NO PERÍODO ESTIVER SIDO INTERNADO, DEVERÁ APRESENTAR SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
		ORIENTAR SOBRE O MODELO DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO ORGANIZADO NO MACC (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATENDE NO CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA E DE FORMA INTERDISCIPLINAR ELABORA O PLANO DE CUIDADOS)
		EM CASO DE MENORES DE 18 ANOS OU COM INSUFICIÊNCIA DE AUTOCUIDADO, ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHANTE NO DIA DA CONSULTA QUE POSSA APOIÁ-LO NO CUIDADO

EXAMES LABORATORIAIS

PARA USUÁRIOS EM PRIMEIRO ATENDIMENTO, A DATA DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVERÁ SER DE NO MÁXIMO 4 MESES.

SIM	NÃO	ITEM	EXAMES MÍNIMOS	DATA DA REALIZAÇÃO
		HEMOGRAMA		
		GLICEMIA DE JEJUM	X	
		GLICOSE PÓS-PRANDIAL (2H APÓS O ALMOÇO)		
		HEMOGLOBINA GLICADA	X	
		CREATININA PLASMÁTICA	X	
		POTÁSSIO SÉRICO		
		ÁCIDO ÚRICO PLASMÁTICO	X	
		PARCIAL DE URINA		
		MICROALBUMINÚRIA		
		TSH (em portadores de DM1, dislipidemia, ou em mulheres acima de 50 anos)		
		TGO	X	
		TGP	X	
		GAMA GT		

Nome: _____ Município: _____ UBS/ESF: _____

	LIPIDOGRAMA	X	
	TRIGLICÉRIDES	X	
	VITAMINA B12 (usuários de metformina, ou maiores de 50 anos)		
	*ELETROCARDIOGRAMA (MÁXIMO 12 MESES)	X	