

10 X100



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /
----------------------------------	-------------------	-------------------	-----------	-----------

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS: _____

RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____
 É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS: _____ DATA DE NASCIMENTO: / /
 Sim Não

NOME COMPLETO: _____

APELIDO / NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO: Masculino Feminino RAÇA / COR: Branca Preta Parda Amarela Indígena Nº NIS (PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NACIONALIDADE: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: ()

JNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL: Solteiro (a) Casado (a) / Convívio com Parceiro Divorciado(a) / Separado (a) Viúvo(a) Outra

OCUPAÇÃO: _____

FREQUENTA ESCOLA? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> 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
- Outro

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

FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

Heterossexual Lésbica Travesti Outro

Gay Bissexual Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra

Visual Física

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, QUAL? _____

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL A CAUSA? _____
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, QUAIS? _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____

EM SITUAÇÃO DE RUA	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura