



MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

A Ficha de Atividade Coletiva é um instrumento crucial para o monitoramento do Programa Saúde na Escola. Além dos campos de identificação obrigatória no cabeçalho de identificação do profissional responsável, deve ser marcado o Nº INEP da escola ou creche onde a ação ocorreu, e marcar que está vinculado à saúde e educação.

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA				DIGITADO POR:	DATA: / /
					CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*	/ /	
TURNO:*	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input checked="" type="checkbox"/> Educação <input checked="" type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***		
LOCAL DE ATIVIDADE						
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** 1 2 3 4 5 6 7 8		CNES				
OUTRA LOCALIDADE:						
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS					

Para o caso de uma atividade de Verificação da Situação Vacinal (relativa à vacinação no ambiente escolar) durante o período da Semana Saúde na Escola, devem ser marcados os campos “Avaliação/Procedimento coletivo”/Temas para saúde: Semana Saúde na Escola/Prática em Saúde: Verificação da Situação Vacinal

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***		
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento	
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho	
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território	
04	Educação em saúde	04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe	
05	Atendimento em grupo	05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular	
06	Avaliação/Procedimento coletivo	06	Educação Permanente	
07	Mobilização social	07	Outros	

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 5, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				



MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Esta atividade requer o preenchimento da identificação individual dos educandos através do preenchimento dos campos CNS/CPF, Data de nascimento e Sexo.

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugere-se, também, o preenchimento dos campos Peso e Altura, para captação dos dados antropométricos do educando, e conseqüentemente, o registro do campo é realizada também ação de Antropometria dentre as Práticas em Saúde.

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	F (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Educação em saúde	04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Atendimento em grupo	05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Avaliação/Procedimento coletivo	06	Educação Permanente
07	Mobilização social	07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP
16	Profissional de educação	16	Outros		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []



MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Caso tenha ocorrido Vacinação na escola pela Equipe de Saúde da Família, é necessário, também, preencher a Ficha de Vacinação com os seguintes dados:

- Dados de identificação do profissional responsável:

	FICHA DE VACINAÇÃO			DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
_____	_____	_____	_____	/ /	

- Identificação do vacinado (CNS/CPF, Data de Nascimento e Sexo):

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TURNO	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)	(M/T/R)
Nº PRONTUÁRIO										
Nº CARTÃO SUS	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Data de nascimento*	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano									
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)	(F/M)

- Local de atendimento: 5 – Escola/Creche;

Local de Atendimento* (ver legenda)	[5]	[5]	[5]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Situação/Condição (sinalizar se Gestante ou Puérpera – viajante não se aplica no caso de vacinação na escola):

SITUAÇÃO/CONDIÇÃO	Gestante	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Puérpera	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Viajante	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

- Dados da dose da vacina (Estratégia/Dose/Lote/Fabricante) – exemplo vacina HPV:

HPV	Estratégia	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Dose	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Lote	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Fabricante	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Fonte: MANUAL PARA PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 3.0)

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_CDS_3_0.pdf

Ficha de Atividade Coletiva – página 97

Ficha de Vacinação – página 156