

Roteiro para revisão dos prontuários dos usuários entrevistados

Nº CNES UBS:	Nº questionário:	Data da entrevista:	CPF revisor:
--------------	------------------	---------------------	--------------

Dimensão três da MAVIL: Continuidade da Informação

Bloco 1 - Identificação do Paciente

- Nome da equipe: _____
- Número do prontuário: _____
- Data de nascimento registrada no prontuário: () com informação qual? _____ () sem informação
- Sexo: () Masculino () Feminino () outro () sem informação
- Data do cadastro na unidade: __/__/____
- Tem diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes: () SIM () NÃO – **Se não, pule para a questão 13**
- Quanto ao evento traçador: () Hipertenso () Diabético () Hipertenso e diabético
- Data do diagnóstico do evento traçador (hipertensão ou Diabetes) () Sim __/__/____ () Não
- Se hipertenso tem classificação: () SIM () NÃO
- Caso positivo, Qual? _____
- Registro de classificação de risco cardiovascular: () SIM () NÃO
- Caso positivo, qual? () Baixo () Moderado () Alto
- Se não hipertenso/diabético: tem algum problema de saúde que precisa de atendimento regular: () Não () Sim Qual? _____**

- Questões sobre os semestres revisados Data de Início: __/__/____ Data final: __/__/____

- Data da primeira consulta : _____
- Data da última consulta : _____
- Número total de atendimentos (todos os profissionais) _____
- Total de consultas (médico e enfermeiro) _____

Cada período corresponde a seis meses. O primeiro período a ser considerado deve ser o mais distante da data da revisão.

Crítérios e respectivos itens de verificação	Período 1 Início:	Período 2 Início:	Período 3 Início:	Período 4 Início:
1) Adequação do quantitativo de consultas				
1. Total de consultas c/ médica/o				
2. Total de consultas c/ enfermeira/o				
2) Clareza e Organização dos Registros				
3. Escrita legível/registro claro	Sim () Não ()			
4. Relatos organizados em ordem cronológica	Sim () Não ()			
3) Registro adequado de dados do exame físico				
5. PA	Sim () Não ()			
6. Peso	Sim () Não ()			

7. IMC	Sim () Não ()			
8. Perímetro abdominal	Sim () Não ()			
4) Registro adequado dos Exames complementares	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4
9. Glicemia de jejum	Sim () Não ()			
10. Hemoglobina glicosilada	Sim () Não ()			
11. Triglicerídeos	Sim () Não ()			
12. Colesterol total	Sim () Não ()			
13. HDL	Sim () Não ()			
14. Creatinina	Sim () Não ()			
15. EAS	Sim () Não ()			
16. Microalbuminúria	Sim () Não ()			
5) Registro da Conduta terapêutica				
17. Medicamento	Sim () Não ()			
18. Medidas de Promoção e prevenção	Sim () Não ()			
19. a) Relato de encaminhamento:	Sim () Não ()			
b) Em caso positivo, há relato do retorno	Sim () Não ()			
6) Registro de Aspectos não clínicos/biológicos Ou Atenção aos aspectos psicossociais				
20. Relatos em outros âmbitos (sociais, familiares, psicológicas)	Sim () Não ()			
21. Caso positivo, quais:				
22. Registro ou acesso à informação sobre a formação/escolaridade	Sim () Não ()			

Observações: _____