

Roteiro para revisão dos prontuários dos usuários entrevistados

Dimensão três da MAVIL: Continuidade da Informação

1. Data preenchimento: _____
2. Nome do pesquisador/revisor: _____
3. Número do questionário: _____

Bloco 1 - Identificação do Paciente

4. Nome da Unidade: _____
5. Nome da equipe: _____
6. Número do prontuário: _____
7. Data de nascimento: _____ () sem informação
8. Sexo: () Masculino () Feminino () sem informação
9. Data do cadastro _____
10. Quanto ao agravo: () Hipertenso () Diabético () Hipertenso e diabético
11. Se não hipertenso / diabético: tem algum problema de saúde que precisa de atendimento nesta unidade () Não () Sim Qual? _____ <controle>
12. Se hipertenso tem classificação: () SIM () NÃO
13. Caso positivo, Qual? _____
14. Registro de classificação de risco cardiovascular: () SIM () NÃO
15. Caso positivo, qual? () Baixo () Moderado () Alto

Questões sobre o período avaliado

16. Data da primeira consulta no período: _____
17. Data da última consulta no período: _____
18. Número total de atendimentos no período _____
19. Total de consultas (médico e ou enfermeiro) _____

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

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

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

Observações: _____
