

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			
Motivo da Visita*	Acompanhamento	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>																								
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>																								
		Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>																								
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>																								
		Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>																								
		Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>																								
		Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>																								
		Tabagista	<input type="checkbox"/>																								
		Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>																								
		Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>																								
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																								
		Saúde Mental	<input type="checkbox"/>																								
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>																								
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>																								
		Motivo da Visita*	Outros	Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>																						
Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																							
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																							
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																							
Outros	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																							
Desfecho*	Visita Realizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Visita Recusada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Ausente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

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

* Campo Obrigatório