



2000 UNP
Lote 01 - 3km 01

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA

ALTA HOSPITALAR- ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS

ESTIMULAÇÃO SENSORIAL E MOTORA AO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR NORMAL (0 A 6 MESES)

1. Deixar criança deitada de barriga para baixo para fortalecer a elevação da cabeça. É importante chamar a atenção para que possa olhar para os pais;
ATENÇÃO: COLOCAR NA POSIÇÃO DE BARRIGA PARA BAIXO SOMENTE EM CASA QUANDO O BEBÊ ESTIVER ACORDADO E COM OS PAIS OLHANDO. COLOCAR NESSA POSIÇÃO DORMINDO PODE CAUSAR RISCOS A VIDA DA CRIANÇA.
2. Colocar o bebê nas pernas dos pais, de barriga para baixo e mostrar brinquedos que atraiam sua atenção e façam com que levante a cabeça, movimente o brinquedo para que siga com os olhos. Se necessário, os pais podem ajudar delicadamente;
3. Por o bebê de lado para facilitar que encoste as mãos e toque outras partes do corpo;
4. Mostrar brinquedos coloridos para que o bebê possa pegar. Se não conseguir pegar, passar o brinquedo na parte de cima da mão e depois dar na palma da mão para que ele segure;
5. Colocar o brinquedo a uma distância de 15 centímetros do rosto e observar se o bebê fica olhando, mexer para um lado devagar para que ele acompanhe com os olhos, voltar para o meio do rosto e depois mexer para o outro lado. A partir de 5 meses, além de movimentar para as laterais, fazer os movimentos para cima e para baixo também;
6. Pai ou mãe se sentar e colocar a criança deitada em suas pernas de barriga para cima para que ela consiga ver o rosto. Dobrar os joelhos e braços do bebê, segurar nos braços e auxiliar para que tente levantar a cabeça e um pouco do corpo. Não puxar para que sente. Esse exercício ajuda a desenvolver o controle da cabeça e para conseguir o equilíbrio do corpo;
7. Quando o bebê conseguir controlar a cabeça, os pais podem mostrar brinquedos para que tente pegar;
8. Para aprender a rolar, os pais podem ajudar a criança a virar para o lado, primeiro com o ombro e depois as pernas;
9. Deixar o quarto iluminado, com janelas abertas durante o dia e diminuir a claridade do quarto no início da noite, para que o bebê consiga saber a diferença entre o dia e a noite.
10. Sempre que pegar no bebê usar toques firmes e suaves para que ele se sinta seguro e fique calmo.

AS ORIENTAÇÕES ACIMA DEVEM SER SEGUIDAS PARA EVITAR QUE O BEBÊ TENHA ATRASO NO DESENVOLVIMENTO EM COMPARAÇÃO AS CRIANÇAS NÃO PREMATURAS, POR TER FICADO ALGUM TEMPO EM INTERNAÇÃO ONDE O MANUSEIO É EVITADO E O CONTATO COM OS PAIS É DIMINUIDO.

Lote 01 - Item 02



Estado da Bahia

Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	8 - RACA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	DDD	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	DDD	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CID. IB GE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CODIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CODIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------

Lote 01 Item 03



ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

ATESTO que a segurada _____
_____, portadora da carteira
profissional nº _____, série _____
deverá afastar-se do trabalho por um período de _____ dias
a partir de ____/____/____ de conformidade com o que dispõe o artigo
7º do inciso 18º da constituição Federal e Art. 91º do Dec. 2172 de 05/03/97 da RBPS.

Local - Data: _____, ____/____/____

Assinatura Médico - CRM

Lote 01. Item 01



ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atestamos para os devidos fins, que Sr.(a):

Compareceu neste **HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA**, no dia ____ / ____ / 2017 para:

Consulta Médica

Consulta com Enfermeiro

Pequena Cirurgia

Acompanhamento de paciente

Observação por _____ horas.

CID: _____

Horário da chegada: _____ : _____ horas

Horário de saída: _____ : _____ horas.

Assinatura e Carimbo



ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atestamos para os devidos fins, que o (a) Sr.(a) _____

Compareceu na Unidade de Saúde _____

no dia ____ / ____ / _____, para:

- Consulta Médica
- Consulta do(a) Enfermeiro(a)
- Curativo
- Pequena Cirurgia
- Vacinação
- Aferição de Pressão Arterial
- Consulta Odontológica
- Acompanhamento de Paciente
- Observação por ____ horas
- Fisioterapia

CID: _____

Horário de chegada _____

Horário de saída _____

Assinatura / Carimbo

Lote 01 - Item 06



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi o (a) Sr. (a): _____

no dia ____ / ____ / ____ às _____ horas.

RECOMENDADO

() Retornar ao Trabalho

() Afastamento do Trabalho por _____ (_____
_____ dias a partir de ____ / ____ / ____

() Internamento

() _____

Cid.: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Luís Eduardo Magalhães, _____ de _____ de _____

Assinatura do Médico

NOTA - Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 de CLPS aprovada pelo Decreto nº 89.312 de 23/01/84 e resolução CFM - 1190/84 e será expedido para a justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Lote 01. Item 07



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde de

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - C.I.D. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIARIA DE ACOMPANHANTE DIARIA DE UTI TIPO I DIARIA DE UTI TIPO II DIARIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - C.I.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Empty box for justification of the request.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO () CNS () CPF 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - C.I.D. ORGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO () CNS () CPF 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52-QTDE.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55-QTDE.
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58-QTDE.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61-QTDE.
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64-QTDE.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67-QTDE.
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70-QTDE.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73-QTDE.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76-QTDE.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79-QTDE.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82-QTDE.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85-QTDE.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88-QTDE.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91-QTDE.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94-QTDE.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - C.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97-QTDE.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

Empty box for justification of the request.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Empty box for signature and stamp of the professional applicant.

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Empty box for signature and stamp of the authorizing professional.

RECEPÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POLICLÍNICA MUNICIPAL	CNES 6 2 9 8 3 5 4	DATA DO ATENDIMENTO / / 201
--	-----------------------	--------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE	
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA/COR
ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO 291955
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO
E-MAIL		COMPLEMENTO

PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CARÁTER DE ATENDIMENTO: ELETIVO PRIORIDADE URGÊNCIA (Unidade de Pronto Atendimento/ Hospital e Maternidade Dr. Gielno de Sá Oliveira)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
--------------------------	-----------------	------------------	-------------------------

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL	
CBO	MÊS/ANO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
FOLHA		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
--	------

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DATA	ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DATA DA AUTORIZAÇÃO	
NOME E ASSINATURA DO PACIENTE	DATA	

PROFISSIONAL DE SAÚDE SOLICITANTE

REGULAÇÃO

	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	__/__/__

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*:		UF*:
CEP*:				
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:		
NÚMERO*:	<input type="radio"/> SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FA

TIPO DE IMÓVEL* [][]	TELEFONES PARA CONTATO
	TEL. RESIDÊNCIA: () _____
	TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(IS)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	__/__/__	¼½1234+	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	¼½1234+	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	¼½1234+	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	¼½1234+	_____	____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
--

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:


TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura**Legenda:** Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.**FA:** Fora de Área**Tipo de Imóvel:** 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* ____ <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* _____			
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

<p>RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR</p> <p><input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a)</p> <p><input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente</p>	<p>OCUPAÇÃO</p> <p>_____</p>
<p>FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	
<p>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</p> <p><input type="radio"/> Creche</p> <p><input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)</p> <p><input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)</p> <p><input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)</p> <p><input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)</p> <p><input type="radio"/> Ensino Médio Especial</p> <p><input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)</p> <p><input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado</p> <p><input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)</p> <p><input type="radio"/> Nenhum</p>	<p>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</p> <p><input type="radio"/> Empregador</p> <p><input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho</p> <p><input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho</p> <p><input type="radio"/> Autônomo com previdência social</p> <p><input type="radio"/> Autônomo sem previdência social</p> <p><input type="radio"/> Aposentado/Pensionista</p> <p><input type="radio"/> Desempregado</p> <p><input type="radio"/> Não trabalha</p> <p><input type="radio"/> Servidor público/militar</p> <p><input type="radio"/> Outro</p>

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro			
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL? _____	
<p>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, QUAL?</p> <p><input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra</p> <p><input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)</p>	<p>DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, QUAL?</p> <p><input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti</p> <p><input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro</p>	<p>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>SE SIM, QUAL(IS)?</p> <p><input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra</p> <p><input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física</p>	

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

ESTÁ FUMANTE? Sim Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Sim Não

TEM DIABETES? Sim Não

TEVE AVC/DERRAME? Sim Não

TEVE INFARTO? Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER? Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? Sim Não

ESTÁ ACAMADO? Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO? Sim Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM 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, INDIQUE QUAL(IS):

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**

Restaurante Popular Doação Restaurante Outras
 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

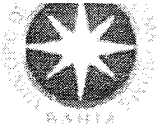
Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



Lote 02 - Item 11

Ficha de Encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco

Unidade de Encaminhamento: _____

Data de atendimento: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Número do CNS: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ ACS: Sim () Não () _____

Condição de Risco: _____

Solicitado exames: Sim () Não ()

Realizado testes Rápidos: Sífilis / Sim () Não () HIV / Sim () Não ()

Realizado Teste do Papel Filtro: Sim () Não ()

Realizado Ficha de Cadastro a Gestante: Sim () Não ()

Você deverá procurar a Policlínica Municipal onde dará continuidade ao seu pré Natal com a Enfermeira ~~Elvira~~.

JACIRA



Ficha de Encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco

Unidade de Encaminhamento: _____

Data de atendimento: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Número do CNS: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ ACS: Sim () Não () _____

Condição de Risco: _____

Solicitado exames: Sim () Não ()

Realizado testes Rápidos: Sífilis / Sim () Não () HIV / Sim () Não ()

Realizado Teste do Papel Filtro: Sim () Não ()

Realizado Ficha de Cadastro a Gestante: Sim () Não ()

Você deverá procurar a Policlínica Municipal onde dará continuidade ao seu pré Natal com a Enfermeira ~~Elvira~~.

JACIRA

Lote 01. Item 12.

1000
Unidades



FICHA DE AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA

NOME:		Data:	
DATA NASC.: ____/____/____ FONE:		CARTÃO SUS	
ENDEREÇO:		_____	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		SINAIS VITAIS:	
PROC: _____ CID: _____		FC: PA: FR:	
TEMP:			
QUEIXA PRINCIPAL:			
HDP/HDA:			
EXAMES COMPLEMENTARES:			
EXAME FÍSICO:			
MOBILIDADE: SEDESTAÇÃO: () Presente () Ausente		ORTOSTASE: () Presente () Ausente	
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:			
MIF.:		CIF.:	

PLANO TERAPÊUTICO

OBJETIVOS:

TERMOELETRATERAPIA:

() ULTRASSOM

() TENS

() FES

() INFRAVERMELHO

() INTERFERENCIAL

() LASER:

CINESIOTERAPIA:

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA FISIOTERAPEUTA: _____



FICHA DE EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

1500
unidades

NOME: _____	PATOLOGIA: _____
DATA: ___/___/___	FC: _____ FR: _____ PA: _____
ESTADO DO PACIENTE: _____	
ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___	
CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____	
() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____	
() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva	
() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção	
() Coordenação Motora	

DATA: ___/___/___	FC: _____ FR: _____ PA: _____
ESTADO DO PACIENTE: _____	
ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___	
CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____	
() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____	
() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva	
() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção	
() Coordenação Motora	

DATA: ___/___/___	FC: _____ FR: _____ PA: _____
ESTADO DO PACIENTE: _____	
ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___	
CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____	
() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____	
() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva	
() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção	
() Coordenação Motora	

DATA: ___/___/___	FC: _____ FR: _____ PA: _____
ESTADO DO PACIENTE: _____	
ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___	
CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____	
() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____	
() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva	
() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção	
() Coordenação Motora	

DATA: ___ / ___ / _____

ESTADO DO PACIENTE:

ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____

() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____

() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva

() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção

() Coordenação Motora

DATA: ___ / ___ / _____

FC: _____ FR: _____ PA: _____

ESTADO DO PACIENTE:

ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____

() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____

() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva

() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção

() Coordenação Motora

DATA: ___ / ___ / _____

FC: _____ FR: _____ PA: _____

ESTADO DO PACIENTE:

ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____

() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____

() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva

() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção

() Coordenação Motora

DATA: ___ / ___ / _____

FC: _____ FR: _____ PA: _____

ESTADO DO PACIENTE:

ESCALA DE DOR: 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

CONDUTA: () US _____ () TENS _____ () FES _____

() INTERFERENCIAL _____ () Laser _____ () IV _____

() Alongamento passivo () Alongamento ativo () Isometria _____ () Mobilização passiva

() Mobilização ativa sem carga () Fortalecimento () Treino Equilíbrio () Treino de Marcha () Treino de Propriocepção

() Coordenação Motora



Secretaria Municipal de Saúde de Luís Eduardo Magalhães
 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Lote 01 - Item 14

DATA: _____/_____/_____
 REGISTRO: _____

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO GERAL – USUÁRIOS

Nome Completo: _____

Data de nascimento: _____, Idade: _____ anos.

RG: _____ Data de emissão: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ Cartão do SUS: _____

UBS – Próxima: _____ Naturalidade: _____

Nº - CGS: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: Rua: _____, Qd: _____, Lt: _____

Bairro: _____, Cidade: _____

Local de referência: _____

Telefone: () _____, Celular: () _____

Vem ao CAPS por: () Decisão própria () Decisão de terceiros

Iniciativa por: () Parentes e amigos () Órgão judicial

() Profissionais de saúde () Outros _____

Síntese do acolhimento (motivo da consulta, queixa, descrição da relação com a doença, histórico de doenças, relação familiar e social, etc)

Nome do Acolhedor: _____

D. entrevista: _____



Ficha de identificação Lote 01. Km 15
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA

NOME:

REGISTRO:

IDADE:

ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

MÉDICO:

C.MÉDICA () C.PEDIÁTRICA () C.CIRÚRGICA () C.OBSTÉTRICA () NEO ()

PROCEDIMENTO	ALERGIA	RISCO DE INFECÇÃO	RISCO DE LPP	RISCO DE TEV	RISCO DE QUEDA



Planejamento Familiar

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA _____

Prontuário _____ nº de cartão _____

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO _____

ESTADO CIVIL: () Casada () Solteira () Mora Junto () Viúva

Menarca _____ anos

Possui filhos? () Não () Sim quantos _____ Aborto? _____

() 1º Método () trocar de método () continuar com o que usa

método atual:

() Anticoncepcional Hormonal Oral () Esterilização

() Anticoncepcional Hormonal injetável () Método de Barreira

() LAM () Implante () Coito interrompido () DIU

Método escolhido _____ Qtdade _____

Recebeu orientações () Sim () Não data ____/____/____

Encaminhamento () Não () Sim _____

Efeito Colateral como método que usa? () Sim () não

() Náuseas () Cefaléia () Tontura () Mastalgia () Sangramento abundante

() Mal estar Gástrico () Outro _____

Útimo Preventivo _____ resultado _____

Método escolhido	Quantidade entregue	Data	Obs.

TESTE DE ILEGIBILIDADE

QUESTÕES EM COMUM:

1 - Você tem ou já teve:

- a) Problema Cardíaco ou circulatório? (S) (N)
- b) Problemas hepáticos graves? (S) (N)
- c) Diabetes (+ 20 anos) (S) (N)
- d) Pressão Alta? (S) (N)
- e) Alergia a Látex? (S) (N)
- f) Sangramento anormal? (S) (N)
- g) Algum tipo de Câncer? (S) (N)
- h) Cefaléia intensa com visão turva, dificuldade de fala, escotomas cintilantes? (S)(N)

2 - Você tem mais de 35 anos e Fuma (+ de 20 cigarros/dia)? (S) (N)

3 - Você está tomando algum medicamento para convulsões? (Rifampicina ou Griceofulvina?)

(S) (N) _____

4 - Algum profissional de saúde já disse que sua vagina, colo de útero tem forma pouco comum, posição pouco usual? (S) (N) _____

5 - Você tem alguma condição médica que faça suas gestações serem de alto risco?

(S) (N) _____

6 - Você Pariu ou abortou recentemente? (S) (N) _____

ESCOLHA DO MÉTODO

Se assinalou nos itens acima 01 ou mais (S), a paciente deverá ser encaminhada para médico da unidade ou referenciá-la.

MÉTODO DE BARREIRA (s) (N)

ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO E INJETÁVEL (MENSAL E TRIMESTRAL) -

Você está amamentando um bebê com menos de 6 meses: (S) (N) _____

Se (S) somente injetável trimestral e se (N) AC Oral e AC Injetável

MINIPILULA - (ACO PROGESTERONA)

Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas? (S) (N) _____

DIU – Dispositivo Intra Uterino

Você teve alguma DIP nos últimos 3 meses? (S) (N) _____

Você já teve algum mioma uterino? (S) (N) _____

Você já teve tuberculose pélvica? (S) (N) _____

Você já fez algum exame para diagnosticar HIV? (S) (N) _____

Tem algum risco para DST? (S) (N) _____

Lote 01 - Item 1+

/ /

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TURNO*		(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	
Nº PRONTUÁRIO																
CNS DO CIDADÃO																
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)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	(F)(M)	
Local de atendimento*																
Escuta inicial/orientação																
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas															
	Administração de vitamina A															
	Cateterismo vesical de alívio															
	Cauterização química de pequenas lesões															
	Cirurgia de unha (cantoplastia)															
	Cuidado de estomas															
	Curativo especial															
	Drenagem de abscesso															
	Eletrocardiograma															
	Coleta de citopatológico de colo uterino															
	Exame do pé diabético															
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele															
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)															
	Infiltração em cavidade sinovial															
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal															
	Remoção de corpo estranho subcutâneo															
	Retirada de cerume															
	Retirada de pontos de cirurgias															
	Sutura simples															
	Triagem oftalmológica															
Tamponamento de epístaxe																
Teste rápido	De gravidez															
	Dosagem de proteinúria															
	Para HIV															
	Para hepatite C															
	Para sífilis															
Administração de medicamentos	Oral															
	Intramuscular															
	Endovenosa															
	Inalação/Nebulização															
	Tópica															
	Penicilina para tratamento de sífilis															
Subcutânea (SC)																

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="text"/>	
	Aferição de temperatura	<input type="text"/>	
	Curativo simples	<input type="text"/>	
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="text"/>	
	Glicemia capilar	<input type="text"/>	
	Medição de altura	<input type="text"/>	
	Medição de peso	<input type="text"/>	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo obrigatório

Secretaria
de Saúde



FICHA CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO

NOOME DO PACIENTE: _____

DATA: _____ HORA: _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO

PRÉ OPERATÓRIO

ESTADO EMOCIONAL: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA - () LUCIDO () ORIENTADO () AGITADO () TORPOROSO () COMA

MUCOSAS - () NORMOCORADAS () HIPOCORADAS

EXTREMIDADES - () CIANOTICAS () ACIANOTICAS () AQUECIDAS () FRIAS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS - () SIM () NÃO QUAL? _____

CARDIOPATIA - () SIM () NÃO QUAL? _____

HEPATITE - () SIM () NÃO QUAL? _____

HIPERTENSÃO ARTERIAL - () SIM () NÃO

DIABETES - () SIM () NÃO OUTRAS PATOLOGIAS? _____

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? _____

TABAGISTA () SIM () NÃO ETILISTA () SIM () NÃO

JEJUM () SIM () NÃO PRÓTESE () SIM () NÃO

() ECG () EX. LABORATORIAIS () EX. RADIOLÓGICO () TC () OUTROS

OBSERVAÇÕES

TRANS-OPERATÓRIO

INÍCIO _____ TÉRMINIO _____

CIRURGIA REALIZADA _____

TIPO DE ANESTESIA ()GERAL ()BLOQUEIO ()LOCAL ()SEDAÇÃO ()RAQUI

ANESTESISTA _____ CIRURGIÃO _____

CIRCULANTE _____ INSTRUMENTADOR _____

BISTURI ELÉTRICO ()SIM ()NÃO LOCAL DA PLACA) _____

SERVIÇOS REQUISITADOS ()ANATOMIA PATOLÓGICA ()LABORATÓRIO ()RADIOLOGIA

BANCO DE SANGUE ()SIM ()NÃO _____ ML

INTERCORRÊNCIAS? _____

ASS. ENFERMAGEM _____

PÓS-OPERATÓRIO

ENCAMINHADO PACIENTE PARA: () ENFERMARIA () TRANSFERÊNCIA () ALTA

FAZENDO USO DE: _____

() CURATIVO SIMPLES () CURATIVO COMPRESSIVO () SONDA VESICAL () CATÉTER NASAL.

() TALA GESSADA () IMOBILIZAÇÃO () PENROSE () INTRACTH () VENÓCLISE () PLASMA

() SANGUE () PLASMA () SNG () DREND TIPO _____

CUIDADOS ESPECIAIS NO PÓS-OPERATÓRIO

OBSERVAÇÕES

ASS. ENFERMAGEM _____

Lote 01 - Item 20



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

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

CNS DO PROFISSIONAL *	CBO *	CNES *	INE *	DATA: * / /
-----------------------	-------	--------	-------	-------------

Motivo da visita *	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Data de nascimento **	
																									Diá/mês	Ano
																									Sexo ** <small>(F) Feminino (M) Masculino</small>	
CNS do Cidadão <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle veicular, usar o CNS do responsável familiar)</small>																										
TIPO DE IMÓVEL *																										
Nº PRONTUÁRIO																										
Visita compartilhada com outro profissional		(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)			
Cadastramento/Atualização																										
Visita periódica																										
Consulta																										
Exame																										
Vacina																										
Condicionalidades do Bolsa Família																										
Gestante																										
Puerpera																										
Recém-nascido																										
Criança																										
Pessoa com desnutrição																										

Motivo da visita *	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Condições de vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Ação mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Egresso de Internação	Tratamento focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Antropometria	Peso (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Altura (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desfecho*																										
	Vista realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Vista recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

Microárea: usar **FA** para Fora de Área ou **00** a **99** para o número da microárea.


Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo campo numérico

* Campo obrigatório

** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

FICHA DO RECÉM-NASCIDO

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES</p> <p>Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira</p>	1 - IDENTIFICAÇÃO	
	NOME DA MÃE: _____	
	IDADE: _____	PROFISSÃO: _____
	LEITO: _____	
	NOME DO PAI: _____	
IDADE: _____		PROFISSÃO: _____

2 - ANAMNESE

DOENÇA NA FAMÍLIA:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____
CONSANGUINIDADE:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____
DOENÇA MATERNA:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____
CRIA ANIMAIS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____
GRUPO SANGUÍNEO: _____	Fator RH: _____	Outros: _____	

3 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA

GESTA: _____	PARA: _____	CESÁREAS: _____	ABORTOS: _____
<input type="checkbox"/> PREMATURO:	<input type="checkbox"/> BAIXO OESO:	<input type="checkbox"/> NATIMORTO:	_____
<input type="checkbox"/> NEOMORTO:	<input type="checkbox"/> MAL FORMADO:	<input type="checkbox"/> DOENTE:	_____
<input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO:	<input type="checkbox"/> NÃO:	<input type="checkbox"/> SIM:	Outros: _____

4 - GESTAÇÃO ATUAL

D.U.M.: _____	I.G.: _____	SEMANAS	I.G. CAPURRO: _____	SEMANAS
HEMORRAGIA:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____	_____
INFECÇÃO:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____	_____
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____	_____
SENSIBILIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____	_____
TÔXEMIA:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	_____	_____
TABAGISMO: _____				
P.A.: _____	PRÉ-NATAL: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nº DE CONSULTAS: _____		

5 - NASCIMENTO

DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____	HORA: _____	TEMPO BOLSA ROTA: _____	
DURAÇÃO DO TEMPO DO PARTO:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Demorado	<input type="checkbox"/> Rápido
PERÍODO EXPULSIVO:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Demorado	<input type="checkbox"/> Rápido
PARTO ESPONTÂNEO:	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Induzido	<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Indicação: _____
ANESTESIA:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____	
ANALGESIA:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____	
APRESENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Córmica
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Ocitócitos	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Outros: _____
VITAMINA K:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
CREDE:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cordão: 2 Art. IV	Anomalias? _____
LIGADURA:	<input type="checkbox"/> Precoce <I	<input type="checkbox"/> Tardia >I	
LÍQUIDO AMNIÓTICO:	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Meconial	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Outros: _____
ELIMINOU MECÔNIO:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	URINOU: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
SEXO:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Intersexo

OBSTÉTRA: _____

PEDIÁTRA: _____

MANOBRAS DE ROTINA:

Limpeza: NÃO SIM
 p. Nasofaringea NÃO SIM
 p. Gástrica: NÃO SIM
 p. Traqueal: NÃO SIM

MANOBRAS DE REANIMAÇÃO:

Aspiração: Não realizada O₂ Inalatório O₂ Sob Pressão Intubação

Cardíaco: Não realizada Massagem Cardíaca Drogas: _____

Estimulação externa: Sim Não

SINAIS	0	1	2	1	5	10	Observações:
Bat. Card.	Ausentes	100 BPM	>100 BPM				
Resp.	Ausentes	Superf.	Choro Ativo				
Tono Musc	Atonia Hipert.	Certa Flexão de Extr.	Mov. At. Flexão Memb.				
Reflex	Resp. Ausente	Alguns Movim.	Normais				
Cor	Pelidez Cianose	Cianose de Extrem.	Rósea				
ÍNDICE DE APGAR							

6 - RECÉM - NASCIDO

PESO _____ Kg EST _____ PC. _____ PT. _____
 PRIMEIRO EXAME REALIZADO COM _____ HORAS DE VIDA. _____

DISCRIMINAÇÃO	1º EXAME
	ACHADOS ANORMAIS
PEI F	_____
CABEÇA	_____
OLHOS	_____
OUVIDOS-NARIZ	_____
BOCA-GARGANTA	_____
PESCOÇO	_____
GANCLIOS	_____
TÓXAX	_____
PULMÕES	_____
CORAÇÃO	_____
ABDOMEN-COTO	_____
FÍGADO-BAÇO	_____
ÂNUS	_____
GENITÁLIA	_____
EXTREMIDADES	_____
SISTEMA NERVOSO	_____
	Data: ____ / ____ / ____
	_____ Assinatura

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

RN TERMO PRÉ-TERMO PÓS - TERNO
 FIG. AIG CIG BAIXO PESO
 NORMAL PATOLÓGICO _____

PESO ALTA _____ DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

Lote 01 - Item 22



FICHA PRÉ OPERATÓRIA

Recepção	DATA:		PRONTUÁRIO:		
	NOME:			MASCULINO ()	FEMININO ()
	D.N.:	IDADE:		RELIGIÃO:	
	ENDEREÇO:				
	TEL. 1:	TEL. 2:	CIDADE:		
ENFERMAGEM	ANTECEDENTE CLÍNICO:				
	ANTECEDENTE CIRÚRGICO:				
	MEDICAÇÃO EM USO:				
	ALERGIA:				
CIRURGIÃO	DIAGNÓSTICO:			CIRURGIA PROPOSTA:	
	ECG:			DATA:	
	RAIO X TÓRAX:			DATA:	
	Hb:	Lt:	U:	K:	GLI:
	INR:	Plaq:	Crea:	Na:	Data:
	Risco cirúrgico e Data:				
	Outros exames:				
	Anestesia sugerida:			Assinatura e carimbo:	
ANESTESIOLOGISTA	AVALIAÇÃO:			Anestesia indicada:	
	Apto ()	Motivo:		Assinatura e carimbo:	
	Inapto ()				
	Conduta:				
Regulação	Cirurgia programada para:			Período provável:	
	Internação dia: _____ / _____ /20_____			às _____ : _____ hs	

ORIENTAÇÕES PRÉ OPERATÓRIAS

LEIA COM MUITA ATENÇÃO. ESTAS INFORMAÇÕES SÃO FUNDAMENTAIS PARA O SUCESSO DE SUA CIRURGIA.

1. **JEJUM completo (nem mesmo água) desde pelo menos 8 horas antes do horário provável da cirurgia.**
2. **No período de jejum o paciente deverá tomar as medicações essenciais de que faz uso rotineiramente com um pouquinho de água (medicações para hipertensão, diabetes, doenças da tireóide, anticoncepcional, anticonvulsivante, etc.)**
3. **É necessário tomar banho antes de ir para o hospital, também é necessário que se faça a raspagem dos pêlos no local da cirurgia.**
4. **Comparecer no hospital rigorosamente no horário marcado para internação que será às _____ horas no dia _____ / _____ /201 _____**
5. **Caso ocorra algum atraso ou você não possa comparecer no horário e dia indicado para a cirurgia, solicitamos que informe previamente a Secretaria de saúde - Central de regulação - através dos números 77-3628-1133 ou 3628-2444.**
6. **Não utilizar maquiagem, esmalte, grampos de cabelo, presilhas, lentes de contato, próteses, jóias (não levar pertences de valor). Levar apenas seus objetos pessoais: chinelo, escova de dente, creme dental e pente.**
7. **Não se esquecer de levar TODOS os exames pré operatórios (sangue, urina, tomografias, outros que tiver e este questionário)**
8. **Comunique antecipadamente a central de regulação - caso haja a probabilidade de estar menstruada, resfriado, gripado, com febre, tosse ou dores pelo corpo nos dias que antecedem a cirurgia, para que seu procedimento seja remarcado.**
9. **Caso seja agendado mais que uma cirurgia no mesmo dia, a ordem para a realização não será necessariamente aquela estabelecida durante a marcação, pois serão sempre priorizadas as crianças, idosos e as urgências.**
10. **É necessária durante todo o período de internação, a presença de uma maior de idade.**
11. **Caso haja alguma intercorrência, no pós-operatório é necessário que se retorne a unidade hospitalar para reavaliação cirúrgica. Caso seja necessário, entre em contato com o SAMU 192 para retornar ao hospital.**

1 MILHEIRO

Lote 01 - Item 23

Ministério da Saúde
PN-DST/AIDS

CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO
FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

Nº Requirição

Dados Orientação

1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [1] Individual [3] Nenhuma [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva
4 Orientador(es)/Profissional	5 1ª Atendimento no CTA [1] Sim [2] Não	6 Vai Fazer Coleta [1] Sim [2] Não
8 Nº Requirição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal [1] Sim [2] Não	7 1ª Amostra [1] Sim [2] Não
		10 Mostra Nome Etiqueta [1] Sim [2] Não

Dados do Usuário

11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha	
13 Sexo [1] Masc. [2] Fem.	14 Gestante [1] Sim [2] Não	15 Idade Gestacional (Meses)
16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal) [1] Casado/Amigado [3] Separado [2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor.	
18 Raça/Cor [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação
21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe	

Autorização p/ Contato

23 Permite Contato * [1] Sim [2] Não	24 Tipo de Contato [1] Telefone [3] e-mail [5] Outros: [2] Correio [4] Visita Domiciliar
---	--

Assinatura do Usuário

* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.

Dados de Residência

25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número
28 Município	29 Bairro	30 UF
31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [1] Urbana [2] Rural
34 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares

Dados da Requirição

35 Motivo da Procura [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola [8] Exame pré-natal [97] Outros: [9] Conferir resultado anterior [99] Não Informado	36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet [3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [10] Escola [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros: [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado
37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [2] Repeti Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [3] Repetir Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [4] Repetir Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38 Local Encaminhamento

Notas da Orientação

39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:

Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Continuação da Requisição - Página 2

Antecedentes Epidemiológicos

40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica
43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool _____ [3] Cocaína Aspirada _____ [5] Crack _____ [7] Anfetaminas _____ [2] Maconha _____ [4] Cocaína Injetável _____ [6] Heroína _____ [8] Outras _____	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente
45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado		
46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses	[1] Homens _____ [4] Travestis/Transexuais _____ [99] Não informado [2] Mulheres _____ [98] Não se aplica	
47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta)	[1] Relação Sexual [3] Compart. seingas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biológico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros	

Informações de Uso de Preservativos

48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado	
51 Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica	
52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado	

Recorte

55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta)	[7] Usuário de outras drogas [12] Travesti/Transexual [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [10] Hemofílico e politransfundido [15] Estudante [11] Profissional de saúde [97] Outros:
---	---


Encaminhamentos Pós-Teste

56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções)	57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste	59 Materias / Preser. fornecidos:
[1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [2] Repetir exame HIV/Inconclusivo [8] Tratamento para HIV [3] Repetir/Janela imunológica [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [4] Repetir exame/2ª amostra [10] Tratamento de Sífilis [5] Assistência psicossocial [11] Vacina Hepatite B [6] Tratamento de DST [97] Outros:	58 Orientador da Entrega	

Dados de Resultado

Resultado Laboratorial

60 Data da Entrega	61 HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido	62 Hepatite	63 Sífilis
	Resultado Triagem _____ Resultado Final _____	C Anti-HCV _____ D Anti-HDV _____ B HBsAg _____ Anti-HBc total _____ ANTI-HBs _____	VDRL _____ Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.
64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados	Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado		

 <p>PREFEITURA DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p>Nº DO PEDIDO</p>
	<p>TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO LAUDO MÉDICO TFD - INTERMUNICIPAL</p>	

PACIENTE		
*NOME	*CARTÃO NACIONAL SUS - CNS	
*ENDEREÇO		
*TEL	*Nº DO RG	*DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE		
NOME		
ENDEREÇO		
RELAÇÃO C/ O PACIENTE	Nº DO RG	DATA DE NASCIMENTO

*HISTÓRICO ATUAL DA DOENÇA	
EXAME FÍSICO	
*DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	*CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS	
*TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
*NOME DO TRATAMENTO / EXAME INDICADO	
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO	

LAUDO MÉDICO / T.F.D. INTERMUNICIPAL

*JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NO ESTADO DA BAHIA

*JUSTIFICAR EM CASO DE PRIORIDADE

*JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

*TRANSPORTE RECOMENDAVEL

*JUSTIFICAR O TRANSPORTE INDICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Luís Eduardo Magalhães ____/____/____

*MÉDICO ASSISTENTE - CRM
Carimbo e Assinatura

PARECER DA COMISSÃO MUNICIPAL DE SAÚDE / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Luís Eduardo Magalhães ____/____/____

*MÉDICO DA COMISSÃO MUNICIPAL
Carimbo e Assinatura

Lote 01 - Item 25



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DATA DA EMISSÃO:

HORA DA EMISSÃO:

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
20 - NOME DO DIRETOR CLÍNICO DO ESTAB. EXECUTANTE	21 - Nº DO CONS. DE CLASSE	22 - CPF	23 - ASS. E CARIMBO DO DIRETOR CLÍNICO	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
27 - DIAGNÓSTICO INICIAL	28 - CID 10 PRINCIPAL	29 - CID 10 SECUNDÁRIO	30 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
33 - CLÍNICA	34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	35 - DOCUMENTO () CNS () CPF	36 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE /ASSISTENTE
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE /ASSISTENTE	38 - DATA DA SOLICITAÇÃO	39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	43 - CNPJ DA SEGURADORA	44 - Nº DO BILHETE	45 - SÉRIE
41 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	46 - CNPJ EMPRESA	47 - CNAE DA EMPRESA	48 - CBOR
42 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
52 - DOCUMENTO () CNS () CPF	53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

LAUDO DE RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Mãe/responsável: _____

Sexo F () M () N° do documento: _____ N° de registro do exame: _____

Solicitante: _____

Amostra: Sangue total () soro/plasma () Data da realização: ___/___/___

ANTI-HIV - DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA O HIV

Nome do teste: RAPID CHECK HIV () BIOMANGUINHOS DPP HIV 1 E 2 ()

Método: Imunocromatografia

RESULTADO DO TESTE: _____

TESTE TREPONÊMICO - DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Nome do teste : RAPID CHECK SÍFILIS () BIOMANGUINHOS DPP SÍFILIS ()

Método: Imunocromatografia

RESULTADO DO TESTE: _____

OBS:

1. Este teste utiliza antígenos recombinantes do *Treponema pallidum*;
2. O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica;
3. Conforme a Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, se o Teste Treponêmico for "REAGENTE", uma amostra por punção venosa deverá ser colhida imediatamente para a realização do Fluxograma Laboratorial da Sífilis.
4. Amostra "NÃO REAGENTE" para Sífilis: uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste

AgHBs - ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B

Nome do teste: AgHBs - VIKIA

Método: Imunocromatografia

RESULTADO DO TESTE: _____

ANTI-HCV - DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HEPATITE C

Nome do Teste: HCV IMUNORAPIDO - WAMA DIAGNOSTICA

Método: Imunocromatografia

RESULTADO DO TESTE: _____

RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO EXAME:

Carimbo/Assinatura

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISICÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF, Unidade de Saúde, CNES da Unidade de Saúde, N° Protocolo, Código Município, Município, Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*, Sexo, Nome Completo do(a) paciente*, Apellido do(a) paciente, Nome Completo da Mãe*, CPF, Município de Nascimento, Data de Nascimento*, Idade*, Cor/Raça, Dados Residenciais, Logradouro, Número, Complemento, Bairro, UF, Código Município, Município, CEP, DDD, Telefone, Ponto de Referência, Escolaridade

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*, 2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*, 3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*, 4- Fez mamografia alguma vez?*, 5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*, 6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:
Localização:
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
Localização:
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:
Localização:
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
Localização:
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

____/____/____

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[±])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



PREFEITURA DE
LUISEDUARDO
MACAÚBAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:	REGISTRO		FOLHA			Evolução Médica
	DATA	Idade	Sexo	Quarto	Leito	
Médico:						

Horários



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

Nota 01 - Item 32
**Receituário
Controle Especial**

1ª via - Farmácia 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente

Nome completo: _____
CRM: _____ UF do CRM: _____ Nº: _____
End. completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

____/____/20____

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome completo: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End. Completo: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: () _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

____/____/20____
Data

Lote 01 - Item 33



Programa de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Beber água filtrada ou fervida

Data: ____ / ____ / 201__

Profiss. N./ Sup. - Registro

Lote 01 - Item 34

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF
BA 20156402

B
1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES-BA**
Especialidade/CRM: _____
Endereço: _____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

____ de _____ de _____

Paciente: _____

End.: _____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade N°: _____ Órg. Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do vendedor _____ Data _____


Numeração desta Impressão: de 20151201 a 20158050

J P IRMÃO - LEM - ME - Rua Xique-Xique, Nº 946 - Cidade Santa Cruz I - Fone: (77) 3628-1479
CEP 47.850-000 - Luís Eduardo Magalhães-BA - CNPJ 22.656.504/0001-05

Lote 01 - Item 35

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF BA	20	Nome: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES - BA	
	B	Especialidade/CRM	Quantidade e Forma Farmacêutica
	2	Endereço:	
de _____ de _____		Paciente: _____	Dose por Unidade Posológica
Assinatura do Emitente		End.: _____	Posologia
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		Nome do vendedor _____ Data ____/____/____	
Endereço: _____			
Telefone: _____			
Identidade: _____ Órg. Emissor: _____			
BG Impressos Ltda - ME - Rua Clara Akama, nº 1482 - Jardim Imperial CEP 47.850-000 - Luis Eduardo Magalhães-BA CNPJ 11.820.320/0001-04		Numeração desta Impressão: 20173601 a 20174600	

Lote 01 - Item 39

<p>Método escolhido: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Recebeu Orientações</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data do início do método:</p> <p>____/____/____</p>	<p>Dicas de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none">→ Procure orientações de médicos antes de iniciar sua vida sexual.→ Utilize o método conforme recomendações médicas ou de enfermagem.→ Realize o auto exame de mamas mensalmente.→ Faça o preventivo (exame cervico-uterino) anualmente.→ Qualquer dúvida a respeito do método escolhido procure o serviço de saúde.→ Previna-se das DST/AIDS use preservativo.	<p> MUNICÍPIO DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES BAHIA</p> <p>Programa Saúde da Família Planejamento Familiar</p> <p>NOME: _____</p> <p>END.: _____</p> <p>BAIRRO: _____</p> <p>ACS.: _____</p> <p>MA.: _____</p>
--	---	--



POLICLINICA MUNICIPAL

COLPOSCOPIA

DADOS PRINCIPAIS:

CNS
Nome:
Último PCCU data: ____ / ____ / ____ Resultado _____

ACHADOS COLPOSCÓPICOS:

- Normal
 Anormal
 Alterações menores (sugestivo Baixo Grau, grau I)
 Alterações maiores (sugestivo Alto Grau, grau II)
 Sugestivo de Câncer
 Miscelânea (Condiloma, Pólipo, Inflamação, Anomalia Congênita, Estenose, Sequela pós tratamento, endometriose)

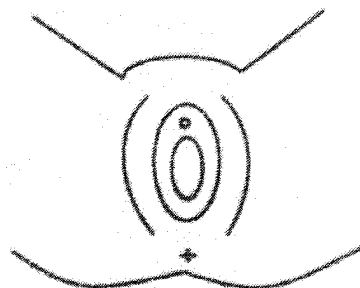
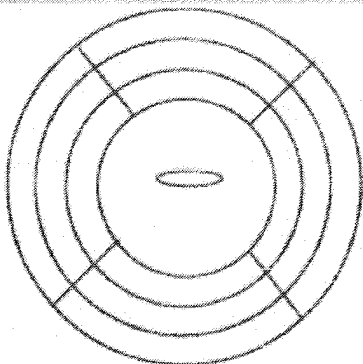
ZONA DE TRANSFORMAÇÃO (ZT)/ ADEQUABILIDADE

- Satisfatória ZT completamente visível e Ectocervical (ZT tipo I)
 Satisfatório ecto e endocervical (ZT tipo II)
 JEC até 1 cm do canal JEC além de 1 cm
 Insatisfatória

BIÓPSIA

- SIM data: ____ / ____ /201____
 NÃO

OBS:



Data da Colposcopia: ____ / ____ /20 ____ Obs:



Prefeitura de Luís Eduardo Magalhães
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Testagem e
Aconselhamento

Lote 01 - Item 44



Controle de Tratamento de Sífilis

Nome: _____

Prontuário: _____ VDRL inicial: _____ Data: ___/___/___

Prescrição: _____ Data: ___/___/___

1° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

6° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

2° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

7° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

3° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

8° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

4° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

9° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

5° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

10° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

VDRL

1° 03 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

4° 12 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

2° 06 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

5° 18 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

3° 09 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

6° 24 m. Data: ___/___/___ Resp: _____

Obs: Conta-se à partir da data da última medicação. Em caso de negatificação de 02 títulos consecutivos, o usuário será considerado curado. Se ocorrer elevação de 02 títulos consecutivos considera retratamento.

Data: ___/___/___

Ass. e carimbo: _____

TRAZER ESSE IMPRESSO EM TODA CONSULTA



1 MILHEIRO
Prefeitura de Luís Eduardo Magalhães
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Testagem e
Aconselhamento

Lote 01 - Item 45



Controle de Tratamento de Sífilis 2

Nome: _____

Prontuário: _____ VDRL inicial: _____ Data: ___/___/___

Prescrição: _____ Data: ___/___/___

1° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

6° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

2° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

7° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

3° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

8° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

4° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

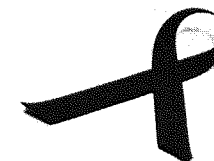
9° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

5° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____

10° dose. Data: ___/___/___ Resp: _____



Prefeitura de Luís Eduardo Magalhães
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Testagem e
Aconselhamento



VDRL

1° 03 m. Data ___/___/___ Resp: _____

4° 12 m. Data ___/___/___ Resp: _____

2° 06 m. Data ___/___/___ Resp: _____

5° 18 m. Data ___/___/___ Resp: _____

3° 09 m. Data ___/___/___ Resp: _____

6° 24 m. Data ___/___/___ Resp: _____

Obs: Conta-se à partir da data da última medicação. Em caso de negatificação de 02 títulos consecutivos, o usuário será considerado curado. Se ocorrer elevação de 02 títulos consecutivos considera retratamento.

Data: ___/___/___

Ass. e carimbo: _____

TRAZER ESSE IMPRESSO EM TODA CONSULTA



CUIDADOS COM O BEBÊ

- 1-Oferecer somente leite materno, no mínimo 3/3h, sempre que o bebê quiser.
- 2-Esvaziar toda a mama, depois passar para a outra.
- 3-Colocar o bebê para arrotar por no mínimo 10 minutos
- 4-Não dar Chá, mamadeira, chupetas, nem leite de outra mãe.
- 5-Não utilizar enfaixar o umbigo.
- 6-No umbigo colocar álcool 70 %, a cada troca de fraldas.
- 7-Lavar bem o umbigo na hora do banho com água e sabonete neutro.
- 8-Não usar perfumes, talcos, xampu e condicionador antes dos 03 meses de vida.
- 9-Dar banho com sabonete neutro de glicerina sem perfume.
- 10-Colocar o bebê para dormir de barriga para cima.
- 11-Dar banho de sol 01 vez ao dia por uns 5 minutos de frente e uns 5 minutos de costas, sem roupas, nos períodos mais frescos do dia (antes das 8:00 da manhã ou a partir das 17:00 horas da tarde).
- 12-Ao sair da maternidade, não se esquecer de fazer o teste do pezinho, entre o 3º e o 7º dias de vida, realizados no PSF: Posto de Saúde da família mais próximo de sua casa.
- 13-Marcas o teste da orelhinha
- 14-Passar o bebê por uma consulta completa antes que complete um mês de vida. Pode ser com Enfermeira do PSF. Se ela encontrar algum problema vai encaminhá-la ao Pediatra.

Boa sorte e muita saúde para o seu bebê!

RN: _____

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Sexo: F() M() Peso: ___ k
___ gramas Altura: ___ cm Apgar: ___/___ PC: ___ cm
PT: ___ cm PA: ___ cm

Índice de Silverman - Andersen

Pontos	Sincronismo Tórax-Abdômen	Tiragem Intercostal	Retração Xifoide	Batimento de alerta nasal	Gemido Expiratório
0	Sincrônico	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
1	Assincronismo moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Com estetoscópio
2	Assincronismo acentuado	Acentuado	Acentuado	Acentuado	Sem estetoscópio

* Valores > 5 = Dificuldade respiratória significativa Total= _____

Escore de Downes

Sinais clínicos	0	1	2
Cianose	Ausente	Presente em ar ambiente	Presente em FiO2 > 40%
Retrações	Ausente	Leve	Moderada / grave
Gemido	Ausente	Audível com estetoscópio	Audível sem estetoscópio
Entrada de Ar	Adequada	Diminuída	Pouco audível
FR	< 60 ipm	60 e 80 ipm	> 80 ipm ou apnéia

* > 4 = Dificuldade respiratória
* > 7 = Insuficiência respiratória Total= _____

ATENDIMENTO INICIAL

Luís Eduardo Magalhães, _____ de _____ de _____ às _____ : _____ horas.

Fisioterapeuta



SECRETARIA DE SAÚDE

CONTROLE DE ENFERMAGEM UCI NEONATAL

Lot 01 - Skm 48

PACIENTE:		REGISTRO:	DATA: / /	DIAGNÓSTICO:				BH ANTERIOR:																									
LEITO:		SEXO: M () F ()	DN:	DN:	DN:	DN:	DN:	PT:	PA:	PC:	EST:																						
PESO ANT:		PESO DO DIA:				GANHO PONDERAL:																											
		SINAIS VITAIS				VENTILAÇÃO MECÂNICA				ADMINISTRADOS				ELIMINADOS				CIDADE OS ESPEC															
TEMP		R.N.	F.C.	F.R.	P.A.M.	T.A.	S.P.O ₂	F.I.O ₂	F.VENT.	PEEP	PI	SORO		V.TOTAL		V.INF.	SANGUE DERIV.		GLICOSE	TIPO	V.O.	SONDA	RESID.	DURESH.	PEZES	SORO DERN	REGUL. (+)	DX					
Horário	Incab.											V.TOTAL	V.INF.	V.TOTAL	V.INF.	V.TOTAL	V.INF.	MEDIC. VO	MEDIC. EV														
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
		TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:				TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:				TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:				TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:			
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
21																																	
22																																	
23																																	
24																																	
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
		TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:				TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:				TOTALS:				BALANÇO PARCIAL:											



DATA: ____/____/201__ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Media () Pequena

DATA: ____/____/201__ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Media () Pequena

DATA: ____/____/201__ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Media () Pequena



DATA: ____/____/201____ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Média () Pequena

DATA: ____/____/201____ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Média () Pequena

DATA: ____/____/201____ FR: _____ FC: _____ SpO₂ inicial: _____ %

RN em () berço aquecido () incubadora, sob () VE () VM [Modo _____ Pi: _____ Ti: _____ FR: _____ Peep: _____ FiO₂: _____]

() ativo () hipoativo, _____ reativo ao manuseio

() Sinais de desconforto respiratório: _____

() OTP: () livre: O₂: _____ L/min () HOOD: O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

() CPAP: Peep: _____ cm H₂O O₂: _____ L/min AC: _____ L/min FiO₂: _____ %

CONDUTA: () Monitorização respiratória () Assistência ventilatória () Posicionamento () Estimulação sensório-motora

() Aspiração de secreções: Especificar: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Quantidade: () Grande () Média () Pequena

Prefeitura de Luis Eduardo Magalhães
Secretaria Municipal de Saúde

*Logo da Prefeitura
no
meio*

*Lote 01 - Item 51
Sem logo*

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Paciente:	Quarto/Leito

Evolução da Equipe Multiprofissional

() Enfermeiro () Psicólogo () Assistente Social () Fisioterapeuta

() Nutricionista

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginais
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gaednerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosos:
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outra especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

2.400 UNIDADES

Lote 01 - Item 54



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES
 Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR



Funcionário do SAMU 192	Nº. DA CHAMADA:	EQUIPE DA AMBULÂNCIA	
	DATA / /	Condutor:	
Assinatura e Carimbo Viatura	Tipo de Gravidade	Enfermeiro:	
	() Verde	Médico:	
() USA 01 () USB 01 () USB 03 () USB-Res.	() Amarelo	Téc. Enf.:	
() USA 02 () USB 02 () USB 04	() Vermelho		
	() Preta		

Hora da Chamada:	No Local:	Saída do Local:	Chegada ao Hospital:	Liberação da Unidade:
Nome do (a) Paciente:			Idade:	DN: / /
			Sexo: () M. () F.	

Endereço:	N.º:
Cidade:	UF:
Bairro:	

Tipo de Ocorrência:	Acidente de Trabalho () Típico () Trajeto
---------------------	--

Tipo de Acidente	Condições de Segurança:
() Atropelamento () Colisão entre veículos () Outros	Usava Cinto () Sim () Não () Não Observado
() Queda de Moto () Queda de Própria Altura () Não se aplica	Usava Capacete () Sim () Não () Não Observado

Principais Lesões: () Sem Lesões											Queimaduras		Sinais Vitais				
Local/Tipo	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Torax	Abdome	MSD	MSE	Bacir	MID	MIE			Pulso	PA	FR	SA O ₂
Escoriações												FAF (Tipo de Arma e Agressão)					
F. Corto Contuso												FAB (Tipo de Arma e Agressão)					
F. Perfurante																	
Contusão																	
Fratura Aberta																	
Fratura Fechada																	
Queimadura																	
Mordedura																	
Picadas																	
Outro																	

ESCALA DE GLASGOW											Total:			
Abertura Ocular		Resposta Verbal				Melhor Resposta Motora								
4- Espontânea 3- A Voz 2- A dor 1- Nenhuma		5- Orientado 4- Confuso 3- Inadequada 2- Incompreensível 1- Nenhuma				6- Obedece Comandos 4- Retrai Membros a dor 2- Extensão (descolecção) 5- Localiza Estimulo dor 3- Flexão (decoticação) 1- Nenhuma								

Achados Clínicos:	CID

Procedimentos Realizados:

A - () Aspiração: () Adm. O₂ / Limim: () Guedel: () Desob. Vias Aéreas: () Colar Cervical

B - SATO₂ %: () Intubação: () Cricotireoidostomia: () Drenagem Torácica: () Ventilação Ambu: () Oximento do Pulso: () Nebulização.

C - () Função Venosa: () Dissecção de Vela: () Acesso Venoso Central: () ECC: () Monitor cardíaca: () Cardioversão: () Compressão Cardíaca: () Curativo Compressivo: () SNG: () Catéter Vesical


D - () Alerta: () Glasgow 3 a 8 Grave: () Glasgow 9 a 12 Moderado: () Glasgow 13 a 15 Leve

E - () Prancha Longa: () Prancha a Vácuo: () KED: () Imob: () MMH: () MMSS: () Sutura

() Outros:

Drogas/Soluções	Dose	Via	Horário

Atendimento Médico (Transf. Intra Hospitalar)	Profissional Médico do Serviço Receptor.
Hospital de Origem	Hospital Destino
Condição do Paciente (Colhido pela Equipe SAMU)	Médico do Serviço Solicitante
() Crítico sem Condição de Transporte () Grave c/ red. nível de Consciência () Estável Hemodinamicamente Glasgow 14 - 15	Assinatura e Carimbo
	Assinatura e Carimbo

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
		TURNO*		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Nº PRONTUÁRIO																	
CNS DO CIDADÃO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)	(F M)
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção Domiciliar	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Racionalidade em saúde (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altura (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacinação em dia?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DUM																
Gestante	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano																
	Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



FICHA CLÍNICA DE PARTO E PUERPÉRIO

Data: ____/____/____ Prontuário: _____

Nome: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

 Idade: _____ < 15 15 - 35 > 35

 Escolaridade Nenhuma 1º Grau 2º Grau Superior

 Estado Civil/União Casada Solteira (sem união estável) Solteira (com união estável)

Outra: _____

 Cor/Raça Branca Negra Parda Indígena Asiática

Natural: _____

Parto

Data: ____/____/____ Local: _____

 Nível de atenção: 1º 2º 3º Domiciliar Outro

 Idade gestaciona: _____ semanas Início: Espontâneo Induzido

Tipo de parto:

 Normal

 Cefálico

 Única

 Fórcepe

 Pélvico

 Gemelar

 Cesárea

 Episiotomia S N

 Laceração S N

 Delivramento espontâneo S N

 Curagem S N

 Mãe RH(-) S N

 Imunoglobulina S N

Responsável pelo parto:

 Médico

 Auxiliar

 Enfermeira

 Outro _____

 Morte fetal: S N

 Gestação

 Parto

 Ignorado

Causa: _____

Medicções parto: _____

Intercorrências parto: _____

FICHA CLÍNICA DE PARTO E PUERPÉRIO

Partograma

Data: ___ / ___ / ___

Prontuário: _____

Nome: _____

SEM G P

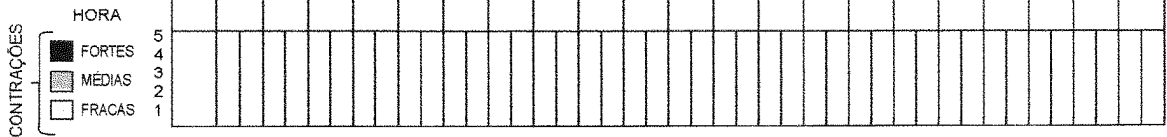
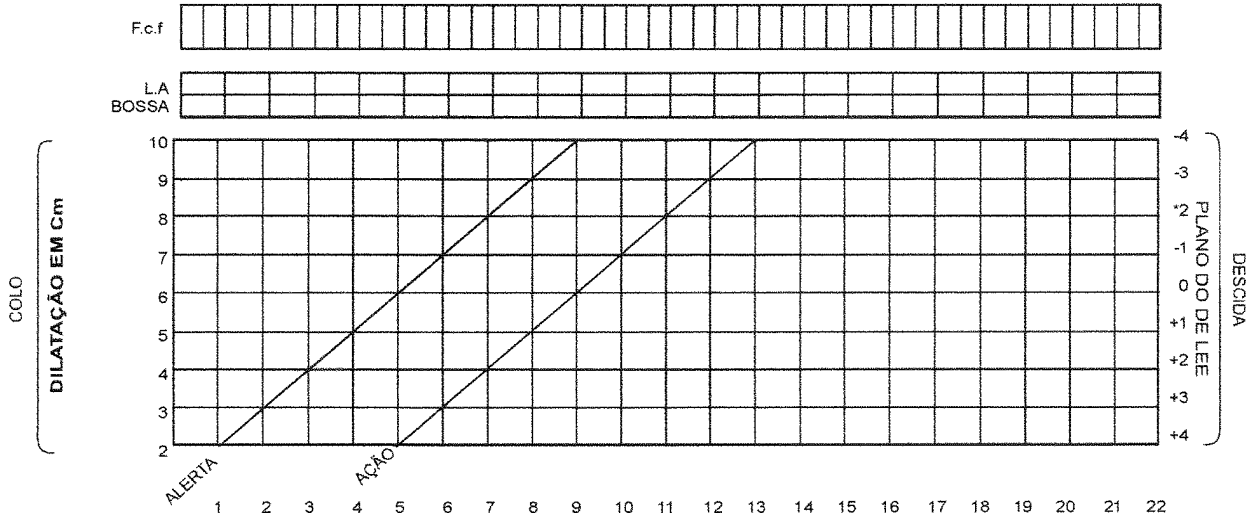
Variedade de Posição AU

Dia G. patológico:

OBSTÉTRICO

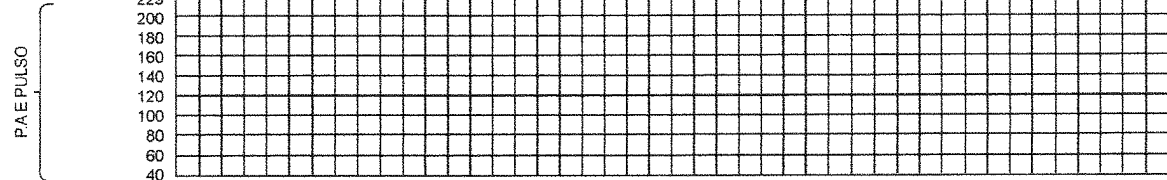
GINECOLÓGICO

CLÍNICO-CIRÚRGICO



MEDICAMENTOS	
FLUIDOS	
IV	


OCITÓCIO	
GOTAS/MINUTO	



TEMP	
DIURESE	

RÚBRICA DO	
EXAMINADOR	

Lote 01 - Item 57

 <p>PREFEITURA DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES</p>	Secretaria Municipal de Saúde	FICHA DE ABORTO	Registro N°
---	----------------------------------	------------------------	-------------

Admitida às	hs	de	Procedência
-------------	----	----	-------------

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome	Idade
------	-------

Cor	Natural de	Profissão	Estado Civil
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DIV

Endereço

Responsável (Nome e Endereço)

II - ANTECEDENTES

Familiares

Pessoas

OBSTÉTRICOS:
Gestações: _____ P. Prematuros: _____ Abortos _____
Para: _____ P. Artificiais: _____ Post. Partos Infectados: _____
G. Normais _____ P. Múltiplos: _____ Nat. Mortos: _____

III - GRAVIDEZ

Estado Geral	Pulso	Temp.	T. Art.	Resp.
--------------	-------	-------	---------	-------

ÚLTIMA MENSTRUUAÇÃO

Sinais Especiais

Hemorragias

Colo Uterino

Partes Oculares Expelidas

Conteúdo Uterino

IV - DIAGNÓSTICO

Descrição Sucinta

Grau de Evolução do trabalho Abortivo

Complicações

IV - ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA

VI - INTERVENÇÃO

Tipo

Indicação

Anestesia

Via de acesso

Liberação

Complicações e Acidentes

Justificativa das Preferências

Condições da Abortada

VII - EXAME DO OVO

VIII - CAUSA

IX - REFLEXÕES

X - ALTA

Pulso

Temp.:

T.A

Resp.

Condições Gerais

Condições locais

Ass. Responsável:



FICHA DE ACOLHIMENTO INTEGRADA

Identificação

Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Acompanhante na entrevista:
Nome: _____ Vínculo: _____
Telefone: _____

Anamnese Social

Núcleo familiar (com quem vive? quantas pessoas na casa?):

Quem da família trabalha?

Qual sua condição profissional atual?

Renda da família:
Valor médio: _____

Situação de moradia:

Própria Alugada Cedida Abrigo Situação de rua

O que gosta de fazer para se distrair? Faz atividade física?

Anamnese de Saúde

Queixa principal e duração: _____

Fator desencadeante: N () S () _____

Antecedentes Familiares (doença mental ou clínica geral crônica):

Grau de Autonomia: (R) Péssimo (R) Regular (B) Bom (D) Desconhecido

() Atividades da vida diária _____

() Atividades da Vida prática _____



Sintoma	Não	Sim	- Descrição
Insônia			
Tentativa de suicídio			
Ideação suicida			
Autoagressão			
Heteroagressão			
Delírio			
Alucinação			
Mania			
Sintomas depressivos			
Ansiedade			
Isolamento			
<i>entre</i>			

Situação Progressiva	Não	Sim	Data/Local
Internações psiquiátricas prévias			
Tratamento psiquiátrico anterior			
Tratamento Psicológico			
História de uso de álcool			
História de uso de outras drogas			
História de uso de nicotina			

Apresenta alguma comorbidade (doença física)?

Fármacos em uso:

Medicação	Dose	Manhã	Tarde	Noite

Consegue fazer uso de medicação sozinho?

() Sim

() Não

Observações / Conduta Clínica:



FICHA DE ACONSELHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA / VASECTOMIA

Unidade de Origem: _____ Código: _____

Endereço: _____ QD: _____ LT: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Escritório Regional: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Amasiado

CPF: _____ RG: _____

Grau de Instrução: Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Nome do Cônjuge: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Procedimento Solicitado: Laqueadura Tubária Vasectomia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº de partos normais: _____ Nº de Partos cesariana: _____

Nº de abortos: _____ Nº de Nati-mortos: _____

Nº de filhos vivos: _____ Data do último parto: _____

Condições clínicas que contra-indicam uma Gravidez:

Parecer da Equipe Multiprofissional:

Médico: _____

Psicóloga: _____

Assistente social: _____

Declaramos que as informações acima são verdadeiras:

Assinatura do(a) cliente
Documento: _____
Data: __/__/____

Assinatura do(a) cliente
Documento: _____
Data: __/__/____

A equipe multiprofissional de aconselhamento é favorável à realização desta cirurgia de contracepção.

(Enfermeiro)
Assinatura e Carimbo

(Médico)
Assinatura e Carimbo

(Psicóloga)
Assinatura e Carimbo

(Assistente Social)
Assinatura e Carimbo



Letra 01 - Item 60

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
LAQUEADURA TUBÁRIA / VASECTOMIA**

UNIDADE DE SAÚDE: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Amasiado

CPF: _____ RG: _____

Grau de Instrução: Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Orientou: _____

Métodos Naturais. Quais? _____

Se outros, quais? _____

Ofereceu:

Método de barreira	Método Hormonal	DIU
Preservativo masculino	Hormônio Oral Combinado	Outros:
Preservativo Feminino	Minipílula	
Diafragma	Hormônio Injeável mensal	
	Hormônio Injetável Trimestral	
	Anticoncepção de emergência	

Motivo da opção pela Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Métodos utilizados e seus efeitos

Patologias associadas:

Observações: _____

Assinatura e carimbo responsável

Lote 01 - 3km 61



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: RN _____

Uso oral

1) Leite materno livre demanda

2) Dimeticona 75 mg/ml _____ 01 frasco

Dar _____ gotas de 8/8 horas se tiver cólica

Uso externo

3) Álcool 70% _____ 01 frasco

Aplicar no umbigo a cada troca de fralda

4) Pomada contra assadura _____ 01 tubo

Aplicar a cada troca de fralda

5) Soro nasal 0,9% _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato cada narina 5 X ao dia, se necessário

Após 15 dias de vida iniciar com:

6) Adtil gotas _____ uso contínuo

Dar 02 gotas 1 vez ao dia durante 01 ano

MÉDICA (O):

DATA: ____/____/____

Lote 01 - Itkm 62



REFERÊNCIA

AVALIAÇÃO DE RISCO
DE UNIDADE DE SAÚDE

() VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE	TELEFONE DE CONTATO
PARA UNIDADE DE SAÚDE:	
ESPECIALIDADE	
DESTINO	
QUADRO CLÍNICA	

RESULTADO DE EXAMES

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL.

DATA ____/____/____

CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE ESPECIALIDADE	ESPECIALIDADE
PARA UNIDADE SOLICITANTE	
NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
PARECE DA ESPECIALIDADE	
ORIENTAÇÃO A UNIDADE DE SAÚDE	
ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	

DATA

____/____/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Lote 21 - Item 63

Ministério da Saúde



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

AD III Pg 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: **CAPS I GISLAINE GADO** CNES: **6980880**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ NOME DO PACIENTE: _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____

RAÇA/COR: _____ ETNIA INDIGENA: _____ NOME DA MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **LUÍS EDUARDO MAGALHÃES** UF: **BA**

CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **291955** CEP DE RESIDÊNCIA: **47850000** ENDEREÇO (RUA, NÚMERO): _____

COMPLEMENTO: _____ DDD: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____ DDD: _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ MÊS ATENDIMENTO: ____/____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____

Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Álcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atensão Básica Serviço de Urgência Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

CID10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS: _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES: _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do Acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DA CONCLUSÃO: ____/____/____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	115	002
CBO DO EXECUTANTE: _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



AÇÕES REALIZADAS

COLOQUE O NOME DO CAPS

CNES: 000000

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
				115	002
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ação realizada no CAPS	Ação realizada no Território	



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE A OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL
DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES - BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: _____ Nº DO SIGAB: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____ DN: ____/____/____

NÚMERO DOCUMENTO: _____ REFERÊNCIA: _____

O PACIENTE ACIMA ESTÁ SENDO TRANSFERIDO DO HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ, OLIVEIRA PARA _____ NA _____ HOJE EM ____/____/____ ÀS _____ h POR MOTIVO DE: _____

ASS. MÉDICO OU RESP.

O PACIENTE DEU ENTRADA ÀS _____ h EM ____/____/____ E ESTÁ SENDO INTERNADO: NO LÉITO Nº _____ PARA _____ TRANSFERIDO: POR MOTIVO DE _____ PARA _____

LIBERADO: _____

ASS. MÉDICO OU RESP.

O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO NÃO PODE SER ATENDIDO NESTE HOSPITAL POR MOTIVO DE _____

E ESTÁ SENDO ENCAMINHADO A: _____

ASS. MÉDICO OU RESP.

OBSERVAÇÕES DIVERSAS _____

5.000 VIN 2

Lote 01 Item 68



RESUMO DE ALTA PARA OS RN HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA

RN: _____

Tipagem sanguínea do RN: _____ Tipagem Sanguínea da mãe: _____

Data do nascimento: ____/____/____ Hora: ____:____ Sexo: () F () M

PESO: _____ ALT: _____ PC: _____ PT: _____ APGAR: ____/____/____

TIPO DE PARTO: _____ INDICAÇÃO: _____

CAPURRO: _____ AIG () GIG () PIG ()

SOROLOGIAS MATERNAS:

VDRL: _____ HIV: _____ COMPLICAÇÕES: () SIM () NÃO
QUAIS? _____

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO NO DIA DA ALTA: PESO: _____

Teste do olhinho: _____ ORTOLANI: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____


DATA:

MÉDICA (O):



IDENTIFICAÇÃO	DATA:	RISCO CIRÚRGICO		PRONTUÁRIO:
	NOME:			SEXO: M() F()
	D.N.:	IDADE:	RG/CPF:	
	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
	CIRURGIA APROGRAMADA/ANESTESIA:			
COMORBIDADES				
HISTÓRIA CARDIOVASCULAR				
QUADRO CLÍNICO				
MEDICAÇÕES EM USO				
PRESSÃO ARTERIAL				
FREQUÊNCIA CARDÍACA				
AUSCUTA CARDÍACA				
AUSCUTA PULMONAR				
CAPACIDADE FUNCIONAL INDIRETA				
ELETROCARDIOGRAMA				
RX DE TÓRAX EM PA				
LABORATÓRIO				
AVALIAÇÃO ALGORITMICO DE LEE				
AVALIAÇÃO ALGORITMICO DA ACP				
AVALIAÇÃO ALGORITMICO DA EMAPO				
IMPRESSÃO FINAL				

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

RÓTULO DE SORO



DATA: / / HORA: : h

NOME: _____


SORO: _____ LEITO: _____

KCL: _____ NaCl: _____ OUTROS: _____


INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ GTS/MIN: _____

RESPONSÁVEL: _____

Lote 01 - Item 71

 SOLICITAÇÃO DE CONSULTA EM ORTOPEDIA		
NOME DO PACIENTE:		DATA NASCIMENTO: SEXO MASC. () FEM. ()
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
ESPECIALIDADE SOLICITADA: AMBULATÓRIO DE FRATURA		
JUSTIFICATIVA:		
PROFISSIONAL SOLICITANTE:	AUTORIZAÇÃO DA REDE	AGENDAMENTO
DATA: ____ / ____ /201 ____	DATA: ____ / ____ /201 ____	DATA: ____ / ____ /201 ____ HORA: _____

Lote 01 - Item 72

 SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS		CARIMBO UNIDADE UPA 24H	
NOME DO PACIENTE:		DATA DE NASCIMENTO: SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
N° CARTÃO DO SUS:			
ESPECIALIDADE SOLICITADA:			
JUSTIFICATIVA:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA: ____ / ____ /20 ____	MÉDICO REGULADOR DATA: ____ / ____ /20 ____	AUTORIZAÇÃO - REDE ____ / ____ /20 ____	
PRESTADOR AUTORIZADO	AGENDAMENTO ____ / ____ /20 ____ HORA: ____		
	CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE ____ / ____ /20 ____ HORA: ____		
_____ ASSINATURA DO PACIENTE			

Lote 01 - Item 73

Olivia Rosa

c/Prioridade



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS

NOME DO PACIENTE:		DATA DE NASCIMENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
Nº CARTÃO DO SUS:			
ESPECIALIDADE SOLICITADA:			
JUSTIFICATIVA:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE:	MÉDICO REGULADOR	AUTORIZAÇÃO - REDE	
DATA: ____/____/20__	DATA: ____/____/20__	____/____/20__	
PRESTADOR AUTORIZADO	AGENDAMENTO	CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE	
	DIA: _____ HORA: _____	_____ _____ _____/_____/20__	

lote 01 - Item 74

HEMBA	SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	STH
		Rev. 1

Identificação	Hospital	Data	Hora
	Paciente (legível)	<input type="checkbox"/> Convênio especifique: <input type="checkbox"/> SUS	
	Unidade / Enfermaria	Leito	Prontuário

Endereço de residência do paciente			Nº	Bairro
CEP	Estado de origem	Município de origem	IBGE (município)	Código de Etnia (pacientes indígenas)

Nascimento	Sexo	Peso	Raça	Ht	Hb	Plaq.	TPI TTPA
Diagnóstico				Indicação transfusional			
Antecedente transfusional? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Antecedentes obstétricos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Reação transfusional prévia? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim especifique:			

Fenotipagem (incluir apenas antígenos negativos conforme prontuário)		
Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> aliquotagem
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPTADO		

Modalidade de transfusão: <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Rotina (em até 24h) <input type="checkbox"/> Urgência (em até 3h) <input type="checkbox"/> Emergência (retardo da transfusão acarreta risco à vida)			
Observações:			
Produto	Produto	Produto	Produto
Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora	Data/Hora
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura			Responsável pela coleta (assinatura legível)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO
Autorizo transfusão de hemocomponentes heterogrupo compatível para o(a) paciente acima identificado.
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA
Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusionais, pois o retardo da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco de tal procedimento e concordo com a realização do mesmo.
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura
Nota: O envio do hemocomponente não implica a interrupção dos testes pré-transfusionais, que devem continuar a ser realizados

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Comprovante de Entrega	Hospital	Data	Hora
	Paciente (legível)	Unidade/ Enfermaria	
	Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação <input type="checkbox"/> lavagem	
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> aliquotagem	
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> aliquotagem <input type="checkbox"/> filtração <input type="checkbox"/> irradiação	
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPTADO			

Responsável pelo recebimento	Data	Hora
------------------------------	------	------



SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

STH

Rev. 1

PÁGINA RESERVADA AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Testes Pré-transfusionais: Paciente

Grupo sanguíneo	Fator Rh	D fraco	P.A.I.*	Auto-controle	Coombs Direto	Fenotipagem
-----------------	----------	---------	---------	---------------	---------------	-------------

* P.A.I. Pesquisa de anticorpos irregulares.

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HEMOCOMPONENTE(S) E PROVA(S) DE COMPATIBILIDADE

Nº da bolsa de sangue	Sigla do produto	Validade	ABO/Rh	Prova de compatibilidade	Data + nome do técnico (legível) ou carimbo
				<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL	
				<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO	
				<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL	
				<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO	
				<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL	
				<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO	
				<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL	
				<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO	
				<input type="checkbox"/> COMPATÍVEL <input type="checkbox"/> INCOMPATÍVEL	
				<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO	

Exames pré-transfusionais

EM CASO DE RECÉM-NASCIDOS (CRIANÇAS ATÉ 04 MESES)

Nome da genitora (mãe)						
Grupo sanguíneo	Fator Rh	D fraco	P.A.I.*	Auto-controle	Coombs Direto	Fenotipagem
Outros exames						

Dados da genitora

Observações

CARIMBO
"Check list" (Ver POIHR - 004)

Nome do técnico responsável pela expedição (legível)	Data	Hora
Nome do técnico responsável pelo transporte (legível)		

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

Produto	Qtd pendente	Data atual	Observação

Pendências



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

Lote 01 - Item 75

EXAMES SOLICITADOS COM PRIORIDADE

NOME DO PACIENTE:				CARIMBO DA UNIDADE:	
TELEFONE:	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		
ENDEREÇO:					
EXAMES SOLICITADOS:					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:				CID:	
JUSTIFICATIVA DA PRIORIDADE:					
PROFISSIONAL SOLICITANTE:		MÉDICO REGULADOR		LABORATÓRIO AUTORIZADO	
DATA: ____/____/20__		DATA: ____/____/20__			
AGENDAMENTO		AUTORIZAÇÃO - REDE			
DIA: _____ HORA: _____		LOCAL: _____		CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE	
_____/_____/20__		_____/_____/20__		_____/_____/20__	

Lote 01 - Item 76



PREFEITURA MUNICIPAL DE
LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

SOLICITAÇÃO DE EXAMES OU PROCEDIMENTOS

UNIDADE:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EXAMES PRÉ-AUTORIZADOS OU ENCAMINHADOS:

CID:

EXAMES SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE EXAME OU ENCAMINHAMENTO:

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

MÉDICO REGULADOR

AUTORIZAÇÃO - REDE

DATA: ____ / ____ /20__

DATA: ____ / ____ /20__

____ / ____ /20__

PRESTADOR AUTORIZADO

AGENDAMENTO

CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE

ESPECIALIDADE: _____

PROFISSIONAL: _____

MARCADOR: _____

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____:____

____ / ____ /20__

Gráfica Bom Gosto (77) 3628-3348

Lote 01 - Item 77



Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24hs.
SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
-------------------	--------	---

Nº CARTÃO SUS:

EXAMES SOLICITADOS

1:	2:
3:	4:
5:	6:

OUTROS:

JUSTIFICATIVA:

PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA: ____ / ____ /20__	AUTORIZAÇÃO: DATA: ____ / ____ /20 Hs.: ____	PRESTADOR AUTORIZADO DATA: ____ / ____ /20
--	---	---

ASSINATURA PACIENTE: _____ DATA: ____ / ____ /20__

USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

Lote 01 - Item 78



LUÍS EDUARDO
MAGALHÃES

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

SEXO:

MASC.

FEM.

EXAMES SOLICITADOS:

1:

2:

3:

4:

5:

6:

OUTROS: _____

JUSTIFICATIVA: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

AUTORIZAÇÃO:

PRESTADOR AUTORIZADO

DATA: ____/____/20____

DATA: ____/____/20____ Hs.: ____

DATA: ____/____/20____

ASSINATURA PACIENTE: _____

DATA: ____/____/20____

USO EXCLUSIVO DESTA UNIDADE

Lote 01 - Item 79



SOLICITAÇÃO DE CONSULTA - ESPECIALIDADE INTERCONSULTA MÉDICA

NOME DO PACIENTE:		DATA NASCIMENTO: SEXO MASC. () FEM. ()
ENDEREÇO:		TELEFONE:
ESPECIALIDADE SOLICITADA:		
JUSTIFICATIVA:		
PROFISSIONAL SOLICITANTE:	AUTORIZAÇÃO DA REDE	AGENDAMENTO
DATA: ____ / ____ /201__	DATA: ____ / ____ /201__	DATA: ____ / ____ /201__ HORA: _____

Lote 01 - Item 80



RN DE: _____

SOLICITO REALIZAÇÃO DE

TESTE DO PEZINHO

DATA: _____



**Secretaria
de Saúde**



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Paciente: _____

Autorizo, através deste, os médicos do HOSPITAL E MATERNIDADE DE SAÚDE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA, que assistem ao paciente acima, a executarem as investigações jugadas necessárias ao diagnóstico de sua doença, empregando assim as medidas terapêuticas de ordem clínica/cirúrgica adequada ao seu tratamento.

Luís Eduardo Magalhães, _____ de _____ de _____

(Assinatura do paciente ou responsável)

Paciente: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: _____

Termo de Responsabilidade de Internamento

2000 01/10
Lote 01 - Item 82

NOME DO PACIENTE: _____	
ABAIXO ASSINADO _____ () RESPONSÁVEL PELO PACIENTE _____ () NA QUALIDADE DE _____ COMPROMETE SUBMETER-SE A TODAS DISPOSIÇÕES REGIMENTAIS DESTA INSTITUIÇÃO E:	REGISTRO Nº _____ MENOR () S () N
01	<p><i>DA PLENA AUTORIZAÇÃO AOS MÉDICOS DO HOSPITAL QUE O ASSISTEM PARA EXECUÇÃO DAS INVESTIGAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS DO DIAGNÓSTICO DE SUA DOENÇA E EMPREGAREM AS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE ORDEM MÉDICO-CIRÚRGICAS ADEQUADAS AO TRATAMENTO.</i></p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p> <p style="text-align: center;">_____ DOENTE OU RESPONSÁVEL</p>
02	<p><i>DECLARA QUE ASSUME INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MENOR, COMPROMETENDO-SE A RETIRÁ-LO PARA SUA RESIDÊNCIA, IMEDIATAMENTE APÓS SUA ALTA HOSPITALAR.</i></p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">_____ CO-RESPONSÁVEL</p> <p style="text-align: center;">_____ RESPONSÁVEL</p> <p style="text-align: center;">_____ ENDEREÇO</p> <p style="text-align: center;">_____ ENDEREÇO (EXCLUSIVIDADE NA CIDADE)</p>
03	<p><i>CERTIFICA QUE DEIXOU O HOSPITAL CONTRA O PARECER DA EQUIPE MÉDICA DESTA INSTITUIÇÃO ASSUMINDO POR ISSO, INTEIRA RESPONSABILIDADE, FACE AO QUE VIRÁ OCORRER EM CONSEQUÊNCIA DESSA ATITUDE.</i></p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p> <p style="text-align: center;">_____ DOENTE OU RESPONSÁVEL</p>
04	<p><i>RECONHECE QUE TEVE ALTA HOSPITALAR POR TER INFRINGIDO OS DISPOSITIVOS LEGAIS E REGIMENTOS DA INSTITUIÇÃO.</i></p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p> <p style="text-align: center;">_____ DOENTE OU RESPONSÁVEL</p>
05	<p><i>RECONHECE EM CONDIÇÕES DE ABORTO E DECLARA PELO PRESENTE QUE NENHUM MEMBRO DA EQUIPE MÉDICA HOSPITALAR CONTRIBUIU PARA INDUÇÃO DO MESMO.</i></p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">_____ TESTEMUNHA</p> <p style="text-align: center;">_____ DOENTE OU RESPONSÁVEL</p>



Eu, abaixo assinado procurai por livre e espontânea vontade a Unidade de Saúde _____, para ser submetido à operação de esterilização permanente, ou laqueadura. Nesta Unidade saúde fui orientado por uma equipe (enfermeiro, médico, assistente social e psicólogo) que:

Antes da operação foi me informado que:

Existem outros métodos alternativos de contracepção como: preservativo, métodos naturais, anticoncepcionais orais e injetáveis, DIU, todos a minha disposição.

A laqueadura é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas. Nela as trompas são seccionadas e sua extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides no sentido ascendente, e a do óvulo, no sentido descendente, ficam bloqueados.

Apesar de se tratar de um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de recanalização espontânea das trompas, com retorno da fertilidade e possibilidade de gravidez. A reversão desta operação é possível, contudo, não é coberta pelo SUS. É importante salientar que tal procedimento não garantirá o sucesso em readquirir a fertilidade. E assim como toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico da situação vital de cada paciente.

Diante do exposto, eu _____, documento de identidade _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos manifestos que desejo se submetida à laqueadura, por livre e espontânea vontade.

Assinatura do paciente: _____

Nome do esposo: _____

Assinatura do esposo: _____

Local e data: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO VASECTOMIA

Eu, abaixo assinado procurei, por livre e espontânea vontade a Unidade de Saúde _____, para ser submetido à operação de esterilização permanente, ou vasectomia. Nesta unidade saúde fui orientado por uma equipe (enfermeiro, médico, assistente social e psicólogo) que: _____ :

Existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do (s) duto (s) deferente (s).

Foi salientado pelo médico que após a vasectomia poderia voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozóide no exame laboratorial.

Trata-se de método contraceptivo definitivo, cuja reversão é muito difícil, pouco provável e feita por meio de cirurgia. E assim como toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico da situação vital de cada paciente.

Diante do exposto, eu _____, documento de identidade _____, idade _____ estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetido à vasectomia, por livre e espontânea vontade.

Assinatura do paciente: _____

Nome do esposa: _____

Assinatura do esposa: _____

Local e data: _____



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. GILENO DE SÁ OLIVEIRA

Termo de Responsabilidade de Internamento

NOME DO PACIENTE: _____	
ABAIXO ASSINADO _____ () RESPONSÁVEL PELO PACIENTE _____ () NA QUALIDADE DE _____ COMPROMETE SUBMETTER-SE A TODAS DISPOSIÇÕES REGIMENTAIS DESTA INSTITUIÇÃO E:	REGISTRO Nº _____ MENOR () S () N
01	DA PLENA AUTORIZAÇÃO AOS MÉDICOS DO HOSPITAL QUE O ASSISTEM PARA EXECUÇÃO DAS INVESTIGAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS DO DIAGNÓSTICO DE SUA DOENÇA E EMPREGAREM AS MEDIDAS TERAPÊUTICAS DE ORDEM MÉDICO-CIRÚRGICAS ADEQUADAS AO TRATAMENTO. _____ DE _____ DE _____ _____ TESTEMUNHA DOENTE OU RESPONSÁVEL
02	DECLARA QUE ASSUME INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MENOR, COMPROMETENDO-SE A RETIRÁ-LO PARA SUA RESIDÊNCIA, IMEDIATAMENTE APÓS SUA ALTA HOSPITALAR. _____ DE _____ DE _____ _____ CO-RESPONSÁVEL RESPONSÁVEL _____ ENDEREÇO ENDEREÇO (EXCLUSIVIDADE NA CIDADE)
03	CERTIFICA QUE DEIXOU O HOSPITAL CONTRA O PARECER DA EQUIPE MÉDICA DESTA INSTITUIÇÃO ASSUMINDO POR ISSO INTEIRA RESPONSABILIDADE, FACE AO QUE VIRÁ OCORRER EM CONSEQUÊNCIA DESSA ATITUDE. _____ DE _____ DE _____ _____ TESTEMUNHA DOENTE OU RESPONSÁVEL
04	RECONHECE QUE TEVE ALTA HOSPITALAR POR TER INFRIGIDO OS DISPOSITIVOS LEGAIS E REGIMENTOS DA INSTITUIÇÃO. _____ DE _____ DE _____ _____ TESTEMUNHA DOENTE OU RESPONSÁVEL
05	RECONHECE EM CONDIÇÕES DE ABORTO E DECLARA PELO PRESENTE QUE NENHUM MEMBRO DA EQUIPE MÉDICA HOSPITALAR CONTRIBUIU PARA INDUÇÃO DO MESMO. _____ DE _____ DE _____ _____ TESTEMUNHA DOENTE OU RESPONSÁVEL

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

Av. Barreiras, Qd. 09 Lt. 05 - Centro - Fone: (77) 3628-1133 / 3628-2444 - Cep 47.850-000 - Luís Eduardo Magalhães - BA
CNPJ: 11.101.542/0001-77

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR PARA USO DO MEDICAMENTO CONTENDO A SUBSTÂNCIA SIBUTRAMINA

Lote 01 - Item 86

Eu, D^(a) _____, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado sob o número _____, sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____ do sexo _____, com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____, para quem estou indicando o medicamento à base de SIBUTRAMINA.

Informe ao paciente que:

1. O medicamento contendo a substância sibutramina:

- Foi submetido a um estudo realizado após a aprovação do produto, com 10.744 (dez mil, setecentos e quarenta e quatro) pacientes com sobrepeso ou obesos, com 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais, com alto risco cardiovascular, tratados com sibutramina e observou-se um aumento de 16% (dezesseis por cento) no risco de infarto do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal, parada cardíaca ou morte cardiovascular comparados com os pacientes que não usaram o medicamento; e
- portanto, a utilização do medicamento está restrita às indicações e eficácia descritas no item 2, e respeitando-se rigorosamente as contra-indicações descritas no item 3 e as precauções descritas no item 4.

2. As indicações e eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas às seguintes restrições:

- A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos de 5% (cinco por cento) a 10% (dez por cento) do peso corporal inicial acompanhado da diminuição de parâmetros metabólicos considerados fatores de risco da obesidade; e
- o medicamento deve ser utilizado como terapia adjuvante, como parte de um programa de gerenciamento de peso para pacientes obesos com índice de massa corpórea (IMC) > ou = a 30 kg/m² (maior ou igual a trinta quilogramas por metro quadrado), num prazo máximo de 2 (dois) anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física compatível com as condições do usuário.

3. O uso da sibutramina está contra-indicado em pacientes:

- Com índice de massa corpórea (IMC) menor que 30 kg/m² (trinta quilogramas por metro quadrado);
- com histórico de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos outro fator de risco (i.e., hipertensão controlada por medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria);
- com histórico de doença arterial coronariana (angina, história de infarto do miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório);
- hipertensão controlada inadequadamente, > 145/90 mmHg (maior que cento e quarenta e cinco por noventa milímetros de mercúrio);
- com idade acima de 65 (sessenta e cinco) anos, crianças e adolescentes;
- com histórico ou presença de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia; ou
- em uso de outros medicamentos de ação central para redução de peso ou tratamento de transtornos psiquiátricos.

4. As precauções com o uso dos medicamentos à base de sibutramina exigem que:

- Ocorra a descontinuidade do tratamento em pacientes que não responderem à perda de peso após 4 (quatro) semanas de tratamento com dose diária máxima de 15 mg/dia (quinze miligramas por dia), considerando-se que esta perda deve ser de, pelo menos, 2 kg (dois quilogramas), durante estas 4 (quatro) primeiras semanas; e
- haja a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca durante todo o tratamento, pois o uso da sibutramina tem como efeito colateral o aumento, de forma relevante, da pressão arterial e da frequência cardíaca, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento.

5. O uso da sibutramina no Brasil está em período de monitoramento do seu perfil de segurança, conforme RDC/ANVISA No-52/2011.

6. O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica durante o uso do medicamento.

7. É responsabilidade de o médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.

8. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato:

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____ C.R.M.: _____
Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo(a) paciente:

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____
Órgão Expedidor _____, residente na rua _____, Cidade _____
Estado _____, telefone: _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pela Farmácia de manipulação no caso de o medicamento ter sido prescrito com indicação de ser manipulado:

Eu, D^(a) _____, registrada(o) no Conselho Regional de Farmácia do Estado sob o número _____, sendo o responsável técnico da Farmácia _____, situada no endereço _____, sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo sibutramina para o paciente _____.

Informe ao paciente que:


- Deve informar à farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e
- é responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.
- Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato: _____

Assinatura e carimbo do (a) farmacêutico (a): _____ C.R.F.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura do (a) paciente: _____ Data: ____/____/____

1ª Via - Médico

RESOLUÇÃO - RE Nº-52/2011

	GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	N° DO PEDIDO <input type="text"/>
	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/DIREG/SUREGS INTERESTADUAL	N° DA INSCRIÇÃO <input type="text"/>
	LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO	DATA DA INSCRIÇÃO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

PACIENTE		
NOME		N° DO RG
ENDEREÇO		
TEL	PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE		
NOME		N° DO RG
ENDEREÇO		RELAÇÃO C/ O PACIENTE
		TEL

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIAS	
TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
TRATAMENTO / EXAME INDICADO	
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO	

LAUDO MÉDICO / T.F.D. INTERESTADUAL

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

TRANSPORTE RECOMENDÁVEL

JUSTIFICAR

OUTRAS ANOTAÇÕES

LOCAL E DATA

DIRETOR / CHEFIA
MÉDICO

MÉDICO ASSISTENTE
CRM



Lote 01 Item 88

Ficha de Admissão Fisioterapêutica
UCIN - Hospital e Maternidade Gileno de Sá Oliveira

Leito: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome da Mãe: _____

Idade Materna: ____ anos N° de Gestações: ____ Aborto: ____ Filhos vivos: ____

Doença Prévia: _____

Contexto Infeccioso: () sim () não Prenatal: () sim, quantas consultas: ____ () não

Data de Nascimento: ____/____/____ IGE: ____ IGC: ____ Sexo: ____

Peso: ____ Cor: ____ Apgar: 1º min.: ____ 5º min.: ____

Reanimação na Sala de Parto: () sim () não Pediatra na Sala de Parto: () sim () não

Pediatra no transporte: () sim () não Procedência: _____

Transportadora: _____ Médico: _____

Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Motivo da Admissão - HD: _____

Observações: _____

SINAIS

FC: ____ bpm FR: ____ inc/min SatPO2: ____ Tax: ____ °C

Escore de Downes: ____ Índice de Silverman - Andersen: ____ Escore CRIB: ____

Cianose: () Não () Periférica () Central Edema: _____

Fraturas: _____ Luxações: _____

Má formações: _____

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

Dispneia: () Sim () Não Tipo: _____ Tipo de Tórax: _____

Padrão Ventilatório: _____ Ritmo Respiratório: _____

Expansibilidade: () Adequada () Diminuída Deformidades: () Sim () Não

Simetria Torácica Bilateral: () Sim () Não Sincronismo Tórax Abdômen: () Sim () Não

Tiragem Intercostal: () Sim () Não Retração Xifóide: () Sim () Não

Batimento de Aleta Nasal: () Sim () Não Gemido Expiratório: () Sim () Não

Retração Diafragmática: () Sim () Não Tosse: _____

Secreção: () Mucoide () Fluida () Espessa () Esbranquiçada () Amarelada () Sanguinolenta

Ausculta Respiratória: _____

Imagem Radiológica: _____

SUORTE VENTILATÓRIO

HOOD: _____ I: O2 _____ I: AC Fluxo: _____ FiO2: _____

CPAP: _____ Pronga _____ I: O2 _____ I: AC Fluxo: _____ Peep: _____ FiO2: _____

Ventilador Mecânico: Modelo: _____ Vent. Mecânica: Modo: _____

() TOT () TNT Número: _____ Altura da Fixação: _____ Parâmetros: PI: _____ FR: _____

Fluxo: _____ Peep: _____ FiO2: _____ TI: _____ I:E _____ SatPO2: _____ Umidificador: () Sim () Não

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência: () Consciente () Sedado

Pupilas: () Reativas () Hiperativas () Hipoativas Reflexos Adequados: () Sim () Não

Face: () Simétrica () Assimétrica () Sindrômica Mobilidade: () Ativa () Passiva

Tônus Muscular: () Normotonia () Atonia () Hipotonia () Hipertonia

ADM: _____ Sensibilidade: _____

Outras Informações: _____

Lote 02 - Item 01

Boletim de Campo e Laboratório do Levantamento Rápido de Índices - LIRRA

MUNICÍPIO/UF:
BAIRRO (S): Flores

N.º DE QUARTEIÕES:

N.º DE IMÓVEIS:

ESTRATO: _____
FOLHA: _____ / _____

05 - Flores

PREENCHIMENTO NO CAMPO

LABORATÓRIO

N.º DO QUARTEIÃO	LOGRADOURO (Rua, Av., Praça, etc.)	N.º/ Compl.	N.º DE RECIPIENTES COM FOCO					Identificação		NÚMERO DE TUBITOS										Aedes albopictus
			TIPO DE RECIPIENTE					N.º das Amostras coletadas	N.º Tubitos	EXAMI- NADAS	aegy- pti	abo- pictus	Aedes aegypti					TOTAL		
			TB	Out	A 1	A 2	B						C	D 1	D 2	E	A 1		A 2	
TOTAL																				

Grupo A - Armazenamento de Água p/ consumo humano
 A 1 - Caixa d'água ligada à rede (depósitos elevados)
 A 2 - Depósitos ao nível do solo: consumo doméstico (barril, tina, tonel, tambor, depósito de barro, tanque, poço, cisterna, cachimba).

Grupo B - Depósitos móveis
 Vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recip. de gelo, bebedouros em geral, ped. fontes ornamentais, mal. dep. construção, objetos religiosos/filiais.

Grupo C - Depósitos fixos
 Tanques/depósitos em obras, borrachatas e hortas, calhas e lajes em desniveis, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornam., floreiras em canteiros, cacos em muros, toldos, peças arqueol. (caixas de inspeção/passagem)

Grupo D - Passíveis de remoção/proteção
 D 1 - Pneus e outros materiais rodantes (marchas/câmaras)
 D 2 - Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas) sucatas em pilos, ferro velhos e recicladoras, entulhos

Grupo E - Naturais
 Áreas de folhas (bromélias, etc) buracos em árvores e em rochas, cascas, restos de animais (cascos, carapaças)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Exame de Laboratório

N.º de imóveis positivos p/ Aedes aegypti: _____ p/ Aedes albopictus: _____
 N.º de terrenos baldios positivos p/ Ae. aegypti _____ p/ Ae. Albopictus: _____

Lote 22 - Item 02

05 - Belo 10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
HANSENÍASE

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 30.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade							
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28	(DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente for a do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

Dados Complementares do Caso

Ocupação	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação	
----------	----	------------------	--	----	----------	--

Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica		35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados	
			1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado				1 - PB 2 - MB					

Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
	38	Modo de Entrada						
		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado						

Dados Lab.	39	Modo de Detecção do Caso Novo						
			1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					

Tratamento	40	Baciloscopia						
			1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					

Med. Contr.	41	Data do Início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial		
					1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos		

43	Número de Contatos Registrados						
----	--------------------------------	--	--	--	--	--	--

Observações adicionais:

Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	

RESIDÊNCIA

1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA

MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> A-ANO <input type="checkbox"/> M-MESES
-----------	-------------	---------------------	--

2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA

MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> A-ANO <input type="checkbox"/> M-MESES
-----------	-------------	---------------------	--

HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO

DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

MITSUDA 1- POSITIVA mm 2- NEGATIVA mm 3- ULCERADA 4- NÃO-REALIZADA 9- IGNORADA

ÍNDICE BACILOSCÓPIO: (escala logarítmica de Ridley)

HISTOPATOLOGIA 1- I 2- T 3- D 4- V 5- OUTROS RESULTADOS 6- NÃO -REALIZADA 9- IGNORADA

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO		GRAU MÁXIMO DE PÉ		GRAU MÁXIMO DE OLHO	
	Sinais e ou Sintomas	D E	Sinais e ou Sintomas	D E	Sinais e ou Sintomas	D E
ZERO	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase	<u> </u>	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase	<u> </u>	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase	<u> </u>
I	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	<u> </u>	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	<u> </u>	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente	<u> </u>
II	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	<u> </u>	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	<u> </u>	- lagofalmo e / ou ectrópio	<u> </u>
	- garras	<u> </u>	- garras	<u> </u>	- triquíase	<u> </u>
	- reabsorção	<u> </u>	- reabsorção	<u> </u>	- opacidade corneana central	<u> </u>
	- mão caída	<u> </u>	- pé caído	<u> </u>	- Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros	<u> </u>
NÃO AVALIADA	- não-avaliada	<u> </u>	- não-avaliada	<u> </u>	- não-avaliada	<u> </u>

PROBLEMAS OCULARES

Irite D ECeratite D E

OUTROS

ESPECIFICAR _____

ACUIDADE VISUAL

OD
ANOTAR GRAUOE
ANOTAR GRAU

RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS:

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Lote 02 - Item 03

05 - Feb 06

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença TUBERCULOSE		Código (CID10) A 16.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe		17 UF	
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	
	19 Distrito		20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Antecedentes Epidemiológicos	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Nº do Prontuário	
	32 Ocupação		33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência	
Dados Clínicos	34 Institucionalizado 1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado		35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	
	36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	
	38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra		39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados do Laboratório	Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras _____		40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 2ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	
	41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	
Tratamento	45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB		46 Data de Início do Tratamento Atual	
	47 Drogas 1 - Sim 2 - Não		48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Outras _____		49 Número de Contatos Registrados	
Investigador	50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Município/Unidade de Saúde	
	Cód. da Unid. de Saúde		Nome	
Função		Assinatura		

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48	UF	49	Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50	N° Notificação Atual								
51	Data da Notificação Atual		52	Unidade de Saúde Atual	Código									
53	UF	54	Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55	CEP								
56	Distrito de Residência Atual		57	Bairro de Residência Atual										
58	Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica													
	<input type="checkbox"/>	1° mês	<input type="checkbox"/>	2° mês	<input type="checkbox"/>	3° mês	<input type="checkbox"/>	4° mês	<input type="checkbox"/>	5° mês	<input type="checkbox"/>	6° mês	<input type="checkbox"/>	Após 6° mês
59	Número do prontuário atual			60	Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado			<input type="checkbox"/>	61	Total de contatos examinados				
					1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado							
62	Situação de Encerramento													
	1 - Cura	2 - Abandono	3 - Óbito por TB	4 - Óbito por outras causas	5 - Transferência	6 - Mudança de Diagnóstico	7 - TB-DR							
	8 - Mudança de esquema	9 - Falência	10 - Abandono Primário											
63	Se transferência													
	1 - Mesmo município	2 - Município diferente (mesma UF)	3 - UF diferente	4 - País diferente	9 - Ignorado									
64	UF de transferência	65	Município de transferência	66	Data de Encerramento									

Lote 02 - Item 01

02 filhas



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES
ESTADO DA BAHIA
CNPJ: 04.214.419/0001-05

☎ (77) 3628-9000

🏠 Av. Barreiras, 825 - Centro, CEP 47.850-000, Luís Eduardo Magalhães/BA



500 unid

Lote 02 - Item 05



CARTÃO DE APRAZAMENTO DE HANSENÍASE

Nome: _____

DN: ____ / ____ / ____ Tel.: () _____ - _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Situação: PQT _____

Data	Dose	Retorno
	1ª PQT	
	2ª PQT	
	3ª PQT	
	4ª PQT	
	5ª PQT	
	6ª PQT	
	7ª PQT	
	8ª PQT	
	9ª PQT	
	10ª PQT	
	11ª PQT	
	12ª PQT	

500 und

Lote 02 - Item 06



CARTÃO DE APRAZAMENTO DE TUBERCULOSE

Nome: _____

DN: ____/____/____ Tel.: () _____ - _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Situação: _____

Data	Dose	Retorno
	1ª RIPE	
	2ª RIPE	
	3ª RI	
	4ª RI	
	5ª RI	
	6ª RI	

1000 UN

Lote 02 - Item 07

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

**FNS
SESAB**
PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE
ETIQUETA 1 ETIQUETA 2

NOME:

PCE-104

2000 UN.

Lote 02 - Item 08

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

CEP: _____

Referência: _____

Telefone: _____

EMERGENCIA/Acidente

Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Portador: Diaberes Hipertensão

Otros: Hemofilia Doença Cardíaca

Son alérgico a: _____

Em caso de URGENCIA Contatar: _____

Tel.: _____

DADOS PESSOAIS

Anotações

VACINAÇÃO DO ADULTO E ADOLESCENTE

<p>Influenza (Gripe)</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Influenza (Gripe)</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>
<p>Hepatite B</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Hepatite B</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>
<p>Hepatite B</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Febre Amarela</p> <p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>	<p>Dose _____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Lote _____</p> <p>Rubrica _____</p>

Rubrica	Rubrica
Lote	Lote
Data / /	Data / /
<input type="checkbox"/> Dupla Viral	<input type="checkbox"/> Dupla Viral
<input type="checkbox"/> Triplíce Viral	<input type="checkbox"/> Triplíce Viral
Dose	Dose
DT (dupla adulto)	DT (dupla adulto)
Rubrica	Rubrica
Lote	Lote
Data / /	Data / /
<input type="checkbox"/> Dupla Viral	<input type="checkbox"/> Dupla Viral
<input type="checkbox"/> Triplíce Viral	<input type="checkbox"/> Triplíce Viral
Dose	Dose
DT (dupla adulto)	DT (dupla adulto)
Rubrica	Rubrica
Lote	Lote
Data / /	Data / /
<input type="checkbox"/> Dupla Viral	<input type="checkbox"/> Dupla Viral
<input type="checkbox"/> Triplíce Viral	<input type="checkbox"/> Triplíce Viral
Dose	Dose
DT (dupla adulto)	DT (dupla adulto)

Doença Infecciosa grave causada por bactéria. Síntomas: febre alta, dores musculares, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.
TETANO	SARAMPO	DOENÇA INFECCIOSA GRAVE
Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.
RUBÉOLA	DIFTERIA	DOENÇA INFECCIOSA GRAVE
Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.
HEPATITE B	GRIFE	DOENÇA INFECCIOSA GRAVE
Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.	Doença Infecciosa grave causada por vírus. Síntomas: febre alta, tosse, conjuntiva mal-estar. Dores no corpo. Causada por vírus.
PNEUMONIA		DOENÇA INFECCIOSA GRAVE

DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

CALENDÁRIO DO ADULTO, IDOSO E ADOLESCENTE

IDADE E INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
A partir de 20 anos	dT (Dupla tipo adulto)	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela	Dose única	Contra Febre Amarela
	SRC (Triplíce Viral)	Dose única	Sarampo, rubéola e Caxumba
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e tétano	dT (Dupla adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e tétano	dT (Dupla adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	dT (Dupla adulto)	Reforço	Contra Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela	Reforço	Contra Febre Amarela
A partir de 60 Anos	Influenza	Dose anual	Contra Influenza ou Gripe
	Pneumococo	Dose única	Contra Pneumonia causada pelo pneumococo
	dT (Dupla adulto)	Completar esquema Reforço	Contra Difteria e Tétano
De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)	Contra Hepatite B	1ª dose	Hepatite B
	dT (Dupla adulto)	1ª dose	Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela SRC (Triplíce Viral)	Reforço Dose única	Febre Amarela Sarampo Rubéola e Caxumba
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla adulto)	2ª dose	Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla adulto)	3ª dose	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda vida	dT (Dupla adulto)	Reforço	Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela

CADERNETA DE VACINAÇÃO DO ADULTO



Isento de Taxas: () Sim () Não

Taxa vistoria R\$: _____

Taxa Alvará R\$: _____

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

003625

I- IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____

Tipo de Estabelecimento: _____ Fone: _____

Responsável Legal: _____

Responsável Técnico: _____ Conselho: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

II- CARACTERÍSTICA DA INSPEÇÃO

() Pré Vistoria () Inicial () Renovação () Rotina () Retorno de Notificação () Outros

III- RELATO DA SITUAÇÃO

IV- CONCLUSÃO DA INSPEÇÃO

() Satisfatório () Satisfatório com Restrição () Insatisfatório

Fica estabelecido o prazo de _____ dias para o pagamento das taxas, sob pena de sanções legais.

Pelo qual lavramos o presente documento em 03 (três) vias de igual teor para um único efeito, assinadas por nós e pelo representante da empresa acima citada.

LUÍS EDUARDO MAGALHÃES-BA _____ de _____ de 20 _____ às _____ hs.

Vigilância Sanitária

Representante ou Responsável pelo Estabelecimento

Vigilância Sanitária

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (Quantidade realizada)	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por Sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORNECIMENTO		Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Local de Atendimento: 01 - USB 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo Obrigatório

** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO

Nome: _____ Sexo: _____

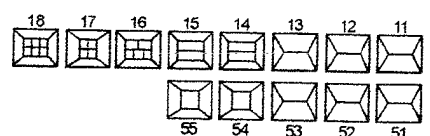
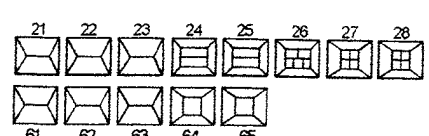
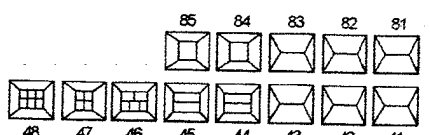
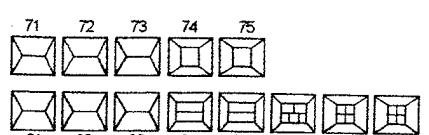
Endereço: _____

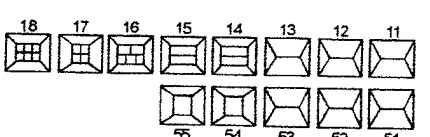
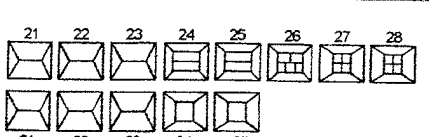
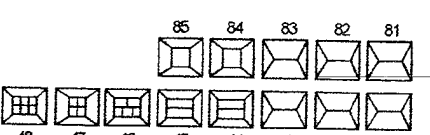
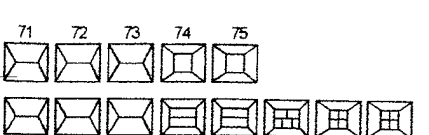
Telefone: _____

Profissão: _____ Data de Nascimento: ____/____/20____

Nome da Mãe: _____

Tel.: Nome do Médico: _____ Tel. Recado: _____

Primeiro Exame	Data: ____/____/20____	Radiografias:	
		+	+
		+	+
		Periapical Oclusal	Higiene Bucal Boa Regular Ruim IHO =

Segundo Exame (Manutenção)	Data: ____/____/20____	Radiografias:	
		+	+
		+	+
		Periapical Oclusal	Higiene Bucal Boa Regular Ruim IHO =

RESPONDA SIM OU NÃO PARA OS QUESTIONAMENTOS

Está bem de saúde atualmente?

Teve doença grave ou cirurgia? Qual?

Teve alergia? A que?

Teve hepatite? A quanto tempo?

Tem anemia?

Tem alterações de pressão?

Tem crises convulsivas ou desmaios?

Tem problemas cardíacos?

Tem hemorragias? Sangrou facilmente após a extração de um dente?

Tem hemofilia?

Está grávida, ou acha que possa estar?

Teve algum problema com anestesia?

Tem diabetes?

Tem diabetes na família?

Está em tratamento médico?

Nome do médico?

Está tomando remédio?

Qual?

Estou de acordo com as informações fornecidas e autorizo o tratamento.

Assinatura do Paciente/Responsável

Logo do
Brasil sorridente

Logo da
prefeitura

Lote 03 - Item 01

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO
(REFERÊNCIA)

Nome do Paciente: _____

Idade: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Nome CD: _____ Especialidade: _____

UBS _____

Especialidade

Paciente Especial

Cirurgia/Diagnostico

Endodontia

Prótese

Periodontia

Clinica infantil

Motivo do encaminhamento:

Tratamento já realizado:

Medicação Prescrita:

ASS.CD

____ / ____ / ____
DATA

Logo do
Brasil Soccidentl



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO

(CONTRA-REFERÊNCIA)

Nome do Paciente : _____

Idade: _____ Data Nascimento : ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Nome CD: _____ Especialidade: _____

UBS

UNIDADE MÓVEL

ESF BURITI

ESF ANTÔNIO CARLOS FAEDO

ESF EGON RIFFEL

ESF JARDIM DAS ACÁCIAS

ESF LUIS LUÍS GUSTAVO ROSA FERREIRA

ESF MIMOSO I

ESF MOACIR MARCHEZAN

ESF NAIR IDITE POGANSKI

ESF OSCAR DOERNER

ESF BURITI

ESF OSWALDO CRUZ

ESF PAULO RODOLFO CASTELLI DA SILVA

ESF VEREDA TROPICAL

ESF LUIZ YOSHIO SHIRABE

ESF DECIO MARQUES DIAS

ESF CONQUISTA

ESF IDA SCHERER KLEIN

ESF JARDIM DAS OLIVEIRAS

UBS BELA VISTA

Tratamento Realizado

Orientação:

ASS.CD

DATA