47860

Item 1

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE SANGUE DE PRIMAVERA DO LESTE

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

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

_____

compareceu a UCT - PRIMAVERA DO LESTE, no dia _____/_____/_____, para realizações de exames.

No período: ( ) Matutino ( ) Vespertino Hora:_____/_____h

PRIMAVERA DO LESTE

Nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

_____

Responsável

Gráfica Microartes - Fone:(66)498-2266

Item 2 - 47 859 220

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE SANGUE
DE PRIMAVERA DO LESTE

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - **Fone: (66)3498-1727** - CEP 78850-000 - Primavera do Leste - MT

ATESTADO DE DOAÇÃO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Sr.(a) _____
doou aproximadamente 450 ml de sangue.

Primavera do Leste, _____ de _____ de 20____.

_____
Responsável

LEI Nº 1.075 - de 27 de março de 1950
DISPÕE SOBRE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE

O Presidente da República:
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a lei:

Art.º 1º - Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou servidor público civil ou servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue feita no Banco mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.

Art.º 2º - Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, ou funcionário público civil, de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos.

Art.º 3º - O doador voluntário que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluido em igualdade de condições exigidas sem lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e a Pátria.

Art.º 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

DECRETO - LEI Nº 229 - DE 28 DE FEVEREIRO DE 1967

Altera o artigo 473 da Consolidação das Leis de Trabalho, introduzindo inciso IV do seguinte teor:
Art.º 473 - O empregado poderá deixar de comparecer a serviço sem prejuizo de salário:
IV - Por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada.

item 3 - 40797

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade

Orgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Cor/Raça

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP –

DDD

Telefone –

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama Esquerda
☐ Não

2 - Apresenta risco elevado para câncer de mama?

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- Câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
-Câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
☐ Não
☐ Não sabe

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ Mama esquerda ☐ Mama direita ☐ Ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização:

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ **5b. Controle radiológico Categoria 3**

Mama direita		Mama esquerda
☐	Nódulo	☐
☐	Microcalcificação	☐
☐	Assimetria focal	☐
☐	Assimetria difusa	☐
☐	Área densa	☐
☐	Distorção focal	☐

☐ **5c. Lesão com diagnóstico de câncer**

Mama direita		Mama esquerda
☐	Nódulo	☐
☐	Microcalcificação	☐
☐	Assimetria focal	☐
☐	Assimetria difusa	☐
☐	Área densa	☐
☐	Distorção focal	☐

☐ **5d. Avaliação da resposta QT neo-adjuvante**

6 - ☐ **Mamografia de rastreamento**

Data de solicitação __ / __ / ____ Examinador _____

Número do Exame _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - 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)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. 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*
UQint - *União dos quadrantes internos*
UQmed- *União dos quadrantes mediais*
RRA - *Região Retroareolar*
RC - *Região central (união de todos os quadrantes)*
PA - *Prolongamento axilar*
NR - *Não realizado*

Pregão Item 4 - 24438

PRIMAVERA DO LESTE

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM - FICHA DE APRAZAMENTO
PROGRAMA - TUBERCULOSE

Unidade de Saúde:_____ Fone:_____

Nome:_____

Endereço:_____

_____

Médico:_____

Forma Clínica:_____ Esquema:_____

Início { Data:_____
Resultado BAAR:_____

Término:_____

Data da suspensão e motivo:_____

Observações:_____

Gráfica Microartes - Fone:(66)498-2266

FREQUÊNCIA MENSAL		CONTROLE DE BACILOSCOPIA MENSAL
DATA	PESO	
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		

Enfermeira Responsável

Assinatura e carimbo

item 05 - 24356

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DO
MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - Fone: (66) 3498-1727 - Primavera do Leste-MT

FICHA CADASTRAL DO DOADOR DE SANGUE

Nº da Unidade: 3623084

Data da Doação: _____/_____/_____

Nome do Doador (a): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Cor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Negra

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado

Grau de Instrução:
- ☐ Analfabeto
- ☐ 1º Grau Completo
- ☐ 2º Grau Completo
- ☐ Superior Completo
- ☐ 1º Grau Incompleto
- ☐ 2º Grau Incompleto
- ☐ Superior Incompleto
- ☐ Pós Graduado

CPF: _____ RG: _____

Rua / Avenida: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Cidade: ( ) Primavera do Leste _____ UF: ( ) MT CEP 78.850-000

Tipagem Sangüinea: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O Fator Rh ☐ Positivo ☐ Negativo Cep: _____

Característica do Doador: ☐ 1ª Vez ☐ Retorno

Qualidade do Sangue: ☐ Apto ☐ Não Apto

Responsável pela Triagem: _____

Responsável pela Coleta: _____

Responsável pela Unidade: _____

SUS
Sistema Único de Saúde

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que,_____

_____

está sob meus cuidados médico no período de_____

_____

estando impossibilitado de exercer suas atividades.

CID:_____

Primavera do Leste (MT), _____/_____/_____

_____
Médico
CRM:

Item 7-35

1283

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA
AUTO/TERMO

Av. Presidente Kennedy, 340 - Castelância - Fone: (66) 3498.4046 - CEP 78850-000 - Primavera do Leste - MT

01 - Código Setor:	02 - Código Atividade	03 - Nº do Alvará

04 - Estabelecimento / Nome

05 - Razão Social

06 - CNPJ / CPF	07 - Insc. Estadual

08 - Atividade

09 - Endereço (Av. Rua, Nº, Bairro)

10 - Telefone	11 - CEP	12 - Município / Localidade	13 - UF

14 - Proprietário / Nome

15 - Filiação Pai _____
Mãe _____

16 - Nacionalidade	17 - Naturalidade

18 - Estado Civil	19 - Profissão	20 - Identidade	21 - CPF

22 - Data do Nascimento

23 - Responsável Técnico / Nome

25 - Endereço (Av., Rua, Nº, Bairro)	24 - Inscrição

26 - Telefone	27 - CEP	28 - Município / Localidade	29 - UF

30 - Aspecto Legal Lei Nº 691 de 30/11/2001 ou_____

Capitulo_____ Seção_____ Artigo_____ Parágrafo_____ Inc._____

31 - ☐ Auto termo de_____ ☐ Pelo fato de_____	32 - ☐ Termo de_____

33 -

34 - O Infrator estará sujeito a pena de_____
e responderá pelo fato em processo administrativo, tenho 15 (quinze) dias para interposição de recursos, após o recebimento de sua notificação.

Nome da Autoridade Sanitária/Função/Assinatura/RG	Nome da Autoridade Sanitária/Função/Assinatura/RG
Nome da Autoridade Sanitária/Função/Assinatura/RG	Nome da Autoridade Sanitária/Função/Assinatura/RG

Local e Data	Hora	Assinatura do Proprietário ou Responsável

35 - Por motivo de recusa / ausência do autuado assinam as testemunhas

1ª Testemunha RG / Endereço	2ª Testemunha RG / Endereço

Item 8- 24415

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DR. THIAGO SANDRIN DOS SANTOS

CHECK LIST EMERGENCIA/ MATERIAL PERMANENTE
PRIMAVERA DO LESTE

MÊS:junho/2017	12		13		14		15		16		17		18	
ATIVIDADES	SEG		TERÇA		QUARTA		QUINTA		SEXTA		SABADO		DOMINGO	
ENFERMEIRO	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT
MULTIPARAMÊTRO														
VENTILADOR MECÂNICO LEISTUNG														
VENTILADOR MECÂNICO INTRAMED														
ASPIRADOR														
AMBÚ ADULTO/ INFANTIL														
ELETROCARDIÓGRAFO														
LARINGOSCÓPIO E LAMINAS														
LANTERNAS EM PILHAS														
MASC ÁRA DE ALTO FLUXO														
MÁSCARA DE VENTURI-ADULTO/INFANTIL														
02 E AR COMPRIMIDO DOS VENTILADORES														
02 BALA GRANDE E DE TRANSPORTE														
ESFIGMOMANOMETRO														
ESTETOSCÓPIO														
CAIXA DE MATERIAL DE PARTO														
CAIXA DE EMERGÊNCIA DE RN														
GLICOSIMETRO														
COLAR P, M E G														
FOCO AUXILIAR														
TABUAS DE MASSAGEM CARDÍACA														
UMIDIFICADOR COM EXTENSÃO														
BOLSA COLETORA														
SONDA VESICAL														
SONDA NASOENTERAL														
DRENO DE TÓRAX ADULTO/INFANTIL														
MATERIAL DE HOMESTASIA														
TUBOS ENDOTRAQUEAIS														
AGULHA DE PUN Ç Ã O VENOSA														
COLETOR DE PERFURO-CORTANTE														
TESTAR O FUNCIONAMENTO DO AR														
ENTRADA da EMERGÊNCIA FECHADA														
ASSINATURA														

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DRº THIAGO SANDRIN DOS SANTOS

CHECK LIST EMERGENCIA/ MATERIAL CONSUMO
PRIMAVERA DO LESTE

MÊS:JUNHO/2017	26		27		28		29		30					
ATIVIDADES	SEG		TERÇA		QUARTA		QUINTA		SEXTA		SABADO		DOMINGO	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT	DIUR	NOT
LUVAS P, M E G														
LUVA CIRURGICA Nº 7, 7.5, 8.0, 8.5														
ABOCATH Nº 14,16,18,20,22 E 24 E SCALP														
AGULHAS 13X4.5, 25X7,30X80 E 40X12														
ALCOOL, PVPI, GEL CONDUTOR														
EQUIPO MACRO/MICROGOTAS/MULTIVIA														
FIOS DE NYLON														
LENÇÓIS DE PAPEL/ LENCÓIS DE TECIDO														
ELETRODOS														
APARELHO DE TRICOTOMIA														
TUBO OROTRAQUEAL														
FIO GUIA														
SF;09% 100, 250, 500 E 1000 ML														
SG 100, 250, 500 E 1000 ML														
SRL 500 E 1000 ML														
S R 500 E 1000 ML/ MONITOL														
LIDOCAÍNA														
GAZES/ ATADURAS E CHUMAÇOS														
SERINGAS DE 3, 5, 10 E 20 ML														
XILOCAINA GEL														
MATERIAL DE CATETERISMO/SUTURA														
MATERIAL DE PEQUENA CIRÚRGIA														
BANDEJAS E CUBAS														
MANTER A ORGANIZAÇÃO DO SETOR														
NOTIFICAR ACIDENTE DE TRABALHO														
ENTRADA DA EMERGÊNCIA FECHADA														
ASSINATURA														

Item 9 - 24214

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que,_____

_____

está sob meus cuidados médico no período de_____

_____

estando impossibilitado de exercer suas atividades.

CID:_____

Primavera do Leste (MT), _____/_____/_____

_____

Médico

CRM:

Ste. 10 - 24212

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE-MT
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TERMO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu, _____, exercendo a função de _____, CPF de Nº._____, RG de Nº._____, venho por meio deste, solicitar a troca de meu plantão na data de _____ de _____ de 2017 e estarei repassando as responsabilidades deste plantão para _____, na função de_____, CPF de Nº._____, RG de Nº. _____.

Primavera do Leste, _____ de _____ de 2017.

Cientes da troca do plantão:

_____ Assinatura e Carimbo

_____ Assinatura e Carimbo

OBS: se o profissional for médico, enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem, favor no local da assinatura escrever seu número de CRM ou COREN.
O pagamento referente ao plantão é de responsabilidade do plantonista solicitante da troca.

Item 11 - 24440

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

UNIDADE DE COLETA DE TRANSFUSÃO DE PRIMAVERA DO LESTE - MT

CONTROLE INTERNO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Primavera Leste

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - Fone: (66) 3498-1727 - Primavera do Leste - MT

Local de coleta

CADASTRO DO DOADOR

Tipo de doador: ( ) Voluntário ( ) Reposição ( ) Campanha ( ) Autólogo ( ) Dirigido ( ) Convocado

Nome do Paciente: Hospital

DADOS DO CANDIDATO

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Data de Registro: / / Data de Nascimento / / Idade Cor:

Nome do doador:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Nacionalidade: ( ) Brasileiro(a) Naturalidade: UF:

Identidade: Emissor: UF: Estado Civil:

CPF: Profissão: Escolaridade:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua / Avenida: Nº:

Bairro: P. Referência: e-mail:

Cidade: ( ) Primavera do Leste UF: ( ) MT

CEP: ( ) 78850-000 Telefones: ou

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua / Avenida: Nº:

Bairro: Ponto de Referência:

Cidade: UF:

CEP: Telefones: ou

PRÉ-TRIAGEM

Pressão Arterial: x mmHg Altura: Peso: Kg Pulso: bmp Temperatura: C

Hematócrito: % Hemoglobina: g/dl Responsável pela Pré-Triagem:

TRIAGEM CLÍNICA

Apto: Sim ( ) Não ( ) Código de inaptidão: Volume a ser coletado: ml

Tipo de inaptidão: ( ) Temporária N° de dias de inaptidão:
( ) Definitiva Responsável pela Triagem:

COLETA

Intercorrência: Sim ( ) Não ( ) Motivo:

Volume Coletado: ml Tipo de bolsa: Simples ( ) Dupla ( ) Tripla ( ) Quádrupla ( )

Número do conector: Responsável pela Coleta:

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM CLÍNICA DO DOADOR

		SIM	NÃO
01	Já doou sangue? Quando foi a última doação?		
02	Já foi recusado como doador? Qual motivo?		
03	Teve algum problema nas doações anteriores? Qual o problema?		
04	Qual o motivo de ter vindo doar?		
05	Você está bem de saúde?		
06	Ingeriu bebida alcoólica há 12 horas?		
07	Alimentou-se hoje?		
08	Dormiu bem?		
09	Tem uma ocupação perigosa? (Operador de máquina de corte, motorista, trabalhador de andaime, vôo = 24h)		
10	Recebeu sangue ou hemoderivado há 01 ano?		
11	Está com infecções das Vias Aéreas Superiores?		
12	Está com algum tipo de Alergia?		
13	Está fazendo algum tratamento dentário?		
14	Fez alguma vacina no último ano? (Vacinação: Hepatite B, Antitetânica - 48h. / Febre Amarela, BCG - 03 semanas Rubéola - 04 semanas / Soro Antirrábico - 01 ano / Soro Antitetânico - 01 mês)		
15	Sofreu cirurgia há 03 ou 06 meses?		
16	Tomou algum medicamento regularmente? Qual?		
17	Toma algum medicamento há 15 dias? Qual?		
18	Fez, tatuagem, eletrólise, maquiagem definitiva, piercing, endoscópia no último ano?		
19	Teve perda de peso, diarréia, febre persistente, suores noturnos, gânglios lesões no corpo e/ou na boca há 01 ano?		
20	Troca com frequência de parceiros (as) sexuais?		
21	Teve contato sexual com parceiro (a) não habitual há 06 meses?		
22	Teve contato sexual com garotos (as) de programa?		
23	Teve contato sexual com alguém portador de hepatite?		
24	Teve contato sexual com alguém com comportamento de risco para DST S?		
25	Doou ou recebeu dinheiro ou drogas para ter relação sexual?		
26	Gestação - Puerpério / Aborto há 03 meses?		
27	Já usou algum tipo de droga ilícita?		
28	Esteve internado ou em confinamento obrigatório?		
29	Veio doar sangue para fazer exames? (AIDS, Hepatite, Sífilis)		
30	Teve malária? Esteve em região endêmica para malária? Há quanto tempo?		
31	Tem ou teve algum problema: Cardíaco, Pulmonar, Renal, Hepático, Dermatológico, Tireoidiano, Gástrico?		
32	Tem ou teve alguma das doenças: Chagas, Herpes Labial, Febre Amarela, TBC, Hanseníase, Dengue, Micoses, Hipotensão, Hipertensão, Diabete, Reumatismo, Sangramento, Convulsão e Câncer?		

RESULTADO

ABO/Rh		SÍFILIS		Hep. B: Hbs Ag	
D Fraco		CHAGAS		Hep. B: A - Hbc	
CDE		HTLV I/II		Hep. C: A - HCV	
PAC		A-HIV I/II		NAT HIV	
HbS		A-HIV VI/II		NAT HCV	

SNR: Soro Não Reagente - SR: Soro Reagente - NEG: Negativo - POS: Positivo

Exames Verificados Por

OBS: _____

Declaro que entendi as questões formuladas e tive a chance de sanar as dúvidas de que se as informações prestadas por mim não forem verdadeiras, eu poderei estar contaminando outras pessoas com doenças que podem ser transmitidas pelo sangue.

Autorizo a retirada de _____ ml, desde que esteja dentro dos critérios para doação da Unidade de Coleta e Transfusão de Primavera do Leste e do HEMOCENTRO Coordenador de Mato Grosso. O uso do sangue ficará a critério da UCT, podendo ser utilizado afim de produção de hemoderivados e insumos. Declaro ainda, que estou ciente de que do meu sangue serão realizados teste, apenas para triagem das doenças infecto-contagiosas transmitidas pelo sangue e não para diagnósticos das mesmas; podendo, portanto, obter resultados "falsos positivos", e caso aconteça, me comprometo em informar a UCT, se for convocado, para realizar coleta de Segunda Amostra de exames e orientação Médica.

Primavera do Leste, _____ de _____ de 20__

Assinatura _____

item 12 - 24452

UCT

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

Secretaria Municipal de Saúde
UCT - Primavera do Leste - MT

Primavera do Leste,____de_____de 200___.

DECLARAÇÃO

Eu,_____.
_tador da RG_____ declaro que recebi as informações prestadas por Drº (a)_____ referentes a inaptidão no exame de triagem sorológica para _____, sendo orientado a_____
_____
_____

Compreendi claramente que tal exame não é diagnóstico, pois na triagem sorológica podem ocorrer falsos resultados positivos o que não significa que estou doente, mas sou considerado inapto para doação de sangue conforme Lei vigente no País; até que o serviço de referência ateste esta liberação.

_____ _____

Carimbo/Assinatura Médico **Assinatura por extenso Doador**

Obs. Anexar cópia dos resultados de exames do Hemocentro/MT.

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - CEP 78.850-000
Fone/Fax: 3498-1727 - Primavera do Leste - MT

Gráfica Líder: 3498.1615 (3213/12/08)

item 13 - 24221

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL - PAM
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Rua Silvio Ometto, 440 - Bairro Centro Leste - CEP 78.850-000 - Primavera do Leste-MT

DATA: ____/____/____ **HORÁRIO/REFEIÇÃO:** _____

LEITO	PACIENTE	DIETA	OBSERVAÇÕES

Gráfica Líder 3498-1516 (8000/08/1

Item 14 - 24442

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL
Avenida Coxilha, Bairro Poncho Verde, CEP 78.850-000 Primavera do Leste - MT

ESCALA DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM - EMERGÊNCIA

Data:____/____/____ **Período:** _____ ENF RESP:_____

Atividade	Profissional	Profissional Responsável
Chamar o médico	Elemento 01: TE/AE	
• Coordena as ações da equipe de enfermagem. • Monitora o paciente; • Realiza a abertura das vias aéreas e fornece o2. • Paciente em PCR iniciar RCP – massagem/ventilação • Auxilia na Intubação • Fixa o tubo endotraqueal. • Realiza SNG/SVD - CPM. • Realiza SAE/chek list	Elemento 02: Enfermeiro	
• Providenciar dois acessos venosos calibrosos ; • Monitora o paciente; • Expor o paciente;- cortar roupas com tesoura ou lâmina de bisturi; • Fornece material para entubação; • Auxilia na desfibrilação;	Elemento 03: TE/AE	
• Chama o médico; • Auxilia o 3 °elemento na punção do paciente; • Marca o horário de início do atendimento; • Prepara e administra os medicamentos CPM e registra em cheek list; • Realiza glicemia capilar; • Guarda pertences dos pacientes; identificando nome do paciente • Realiza curativos, auxilia em suturas e encaminha para RX;	Elemento 04: TEAE	

• Triagem / Organizar consultórios	
• Checar carrinho de emergência, montar soroterapia para emergência, conferir O2, aspirador, ECG e monitor; colar cervical P,M e G, ambú	
• Enfermarias de observação (SSVV, medicação, admissão, relatório	
• Realiza desinfecção nas bancadas, armários e maçanetas	
• Realizar curativos e organizar a sala	

Item 15 . 24302

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ANATOMOPATOLÓGICO

Exame de Citopatologia

UF

Cartão SUS

Código Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

Nome do Paciente

RG

CPF

Data de Nascimento / /

Estado Civil

Nome da Mãe

Bairro

Ponto Referência

Cidade

Telefone

Escolaridade

- ☐ Analfabeta
- ☐ 1º Grau
- ☐ 2º Grau
- ☐ 3º Grau
- ☐ Completo
- ☐ Incompleto

Profissão

Material

Dados Clínicos

Tratamentos Realizados

Impressão Diagnóstica

Data da Coleta	Responsável
/ /	

Recebimento na Coordenação (Data / Responsável)

/ /	

SUS
Secretaria de Estado de Saúde

Avenida São João, 20
Fone:66 3498-1727 / 3498-8921
CEP 78850-000 - Primavera do Leste - MT

Governo de
Mato Grosso

RESULTADO DO EXAME DE ANATOMOPATOLÓGICO

Resumo Clínico

Macroscopia

Microscopia

Diagnóstico:

Observações

Resultado

☐ **Positivo** ☐ **Negativo** ☐ **Suspeito**

Data de Liberação	Médico Responsável pelo Resultado / CRM
/ /	

Recebimento na Coordenação (Retorno) Data / Responsável

/ /	

item 16 - 2137

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Pedido de Exame Hormonal

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Unidade: _____

☐ •LH ☐ •FSH ☐ •TSH ☐ •T3 ☐ •T4 ☐ •PSA

Médico: _____ Data: ____/____/____

Gráfica de Liz 3265-3355

Item 17 -

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

PEDIDO DE EXAMES LABORATORIAIS

Unidade Solicitante: _____

Paciente: _____

D.N.: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Hipótese Diagnóstica:

Exame (s) Solicitado (s):

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura

Item 18 - 24424

PREFEITURA DE PRIMAVERA DO LESTE - MT
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE — VIGILÂNCIA AMBIENTAL

FICHA DE COLETA PARA SOROLOGIA CANINA - Inquérito Canino

DATA DA COLETA: _____/_____/_____

Número da amostra:		Nome do cão:	Nome do Proprietário:	
Sexo:	( ) F ( ) M	Obs.:		
Endereço:		Bairro:	Telefone:	
Termo de Responsabilidade: Eu, abaixo assinado, proprietário do referido animal acima, alego que todas a informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me por manter este cão domiciliado até a chegada do resultado do exame de leishmaniose canina e, caso for positivo ou reagente, comprometo-me em entregar o animal para o setor responsável da prefeitura para as devidas providências (eutanásia).				
Assinatura do proprietário:		X	Resultado Exame:	

Número da amostra:		Nome do cão:	Nome do Proprietário:	
Sexo:	( ) F ( ) M	Obs.:		
Endereço:		Bairro:	Telefone:	
Termo de Responsabilidade: Eu, abaixo assinado, proprietário do referido animal acima, alego que todas a informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me por manter este cão domiciliado até a chegada do resultado do exame de leishmaniose canina e, caso for positivo ou reagente, comprometo-me em entregar o animal para o setor responsável da prefeitura para as devidas providências (eutanásia).				
Assinatura do proprietário:		X	Resultado Exame:	

Número da amostra:		Nome do cão:	Nome do Proprietário:	
Sexo:	( ) F ( ) M	Obs.:		
Endereço:		Bairro:	Telefone:	
Termo de Responsabilidade: Eu, abaixo assinado, proprietário do referido animal acima, alego que todas a informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me por manter este cão domiciliado até a chegada do resultado do exame de leishmaniose canina e, caso for positivo ou reagente, comprometo-me em entregar o animal para o setor responsável da prefeitura para as devidas providências (eutanásia).				
Assinatura do proprietário:		X	Resultado Exame:	

Número da amostra:		Nome do cão:	Nome do Proprietário:	
Sexo:	( ) F ( ) M	Obs.:		
Endereço:		Bairro:	Telefone:	
Termo de Responsabilidade: Eu, abaixo assinado, proprietário do referido animal acima, alego que todas a informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me por manter este cão domiciliado até a chegada do resultado do exame de leishmaniose canina e, caso for positivo ou reagente, comprometo-me em entregar o animal para o setor responsável da prefeitura para as devidas providências (eutanásia).				
Assinatura do proprietário:			Resultado Exame:	

Número da amostra:		Nome do cão:	Nome do Proprietário:	
Sexo:	( ) F ( ) M	Obs.:		
Endereço:		Bairro:	Telefone:	
Termo de Responsabilidade: Eu, abaixo assinado, proprietário do referido animal acima, alego que todas a informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me por manter este cão domiciliado até a chegada do resultado do exame de leishmaniose canina e, caso for positivo ou reagente, comprometo-me em entregar o animal para o setor responsável da prefeitura para as devidas providências (eutanásia).				
Assinatura do proprietário:		X	Resultado Exame:	

Item 19 - 24.443

UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Avenida Coxilha, Bairro Poncho Verde , CEP 78.850-000 Primavera do Leste - MT

SENSO DIÁRIO DOS PACIENTES INTERNADOS

Data: __/__/____ **Período:**

INTERNAÇÃO MASCULINA			
Enf./leito	Nome do cliente	TE/AE	Observações

INTERNAÇÃO FEMININA			
Enf./leito	Nome do cliente	TE/AE	Observações

PEDIATRIA			
Enf./leito	Nome do cliente	TE/AE	Observações

Isolamento			
Enf./leito	Nome do cliente	TE/AE	Observações

ATRIBUIÇÕES	TE/AE
• Lavagem e Desinfecção de máscaras de nebulização.	
• Organização das enfermarias (recolhimento e limpeza das comadres e papagaios, etc.).	
• Registros no livro de passagem de plantão	
• Registros no livro dos pacientes admitidos, de altas, transferidos,	

Enfermeiro (a) Responsável (COREN): _____

Item 20 - 24458

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde

Primavera do Leste

16000

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Item 21 - 24460

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde

16102

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

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. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | 35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL

38-CID10 SECUNDÁRIO

38-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO / /

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Item 22 - 1591

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PREFEITURA MUNICIPAL Primavera do Leste Cultivando novos dias

Saúde da Família

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

LAUDO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

Nome: _____

RG: _____ **DN:** _____ **Idade:** _____ **Sexo: M ( ) F( )**

Número do Registro: _____ **ESF/UBS:** _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI-HCV

Amostra: Sangue Total
Data da Coleta da Amostra: ___/___/___

TESTE:
Nome do produto: _____
Método: _____
RESULTADO DO TESTE: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite C.
2) Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para triagem do anti-HCV: avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame.

Primavera do Leste, ___de _____ de _____.

_____
Assinatura

Item 23 - 1579

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SaúdedaFamília

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

LAUDO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

Nome: _____

RG: _____ **DN:** _____ **Idade:** _____ **Sexo: M ( ) F( )**

Número do Registro: _____ **ESF/UBS:** _____

TESTES RÁPIDOS PARA A DETECÇÃO DE ATINCORPOS ANTI-HIV

Amostra: Sangue Total
Data da Coleta da Amostra: ___/___/___

TESTE **1**:
Nome do produto: _____
Método: _____
RESULTADO DO TESTE: _____

TESTE **2**:
Nome do produto: _____
Método: _____
RESULTADO DO TESTE: _____

INTERPRETAÇÃO DO **RESULTADO:**

OBS: 1) A detecção de anticorpos anti – HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti – HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
2) quando o resultado for **NÃO REAGENTE**, **recomenda-se a coleta de uma nova amostra 30 dias pós a coleta da primeira, para investigação de soro conversão.**
3) Baseado na Portaria nº 34 de 28 de Julho de 2005. Regulamenta o uso de testes Rápidos para diagnóstico da infecção do HIV em situações especiais.
4. Amostra com resultado REAGENTE no Teste Rápido 1, deverá ser submetida ao Teste Rápido 2.

Primavera do Leste, ___de _____ de _____.

_____
Assinatura

Item 24 - 1576

VIGILÂNCIA

SaúdedaFamília

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

LAUDO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

Nome: _____

RG: _____ DN: _____ **Idade:** _____ **Sexo: M ( ) F( )**

Número de Registro: _____ **ESF/UBS:** _____

TESTE RÁPIDO PARA A DETECÇÃO DE
Anticorpos específicos para antígenos Treponema pallidum

Amostra: Sangue **Total**
Data da Coleta da Amostra: ___/___/___

TESTE:
Nome do produto: _____
Método: _____
RESULTADO DO TESTE: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

1) O teste rápido utilizado é teste **treponêmico:**
2) Amostra com resultado não reagente para Sífilis: Em caso de suspeita de sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data dessa amostra e submetida ao teste.
3) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para sífilis: o paciente deverá ser submetido a um teste não treponêmico para finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso.

Primavera do Leste, ___de _____ de _____.

_____
Assinatura

item 25 - 24182

SUS
Sistema Único de Saúde
Secretaria do Estado

Pedido de Exame Sorologia

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Unidade: _____

- ☐ HBSAG ANTÍGENO HEPAT. B
- ☐ ANTICORPOS ANTI - HIV 1 + HIV 2
- ☐ ANTI HCV ANTICORPOS HEPAT. C
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS, IFI (IGG/IGM) IGG
- ☐ CITOMEGALOVÍRUS, IFI (IGG/IGM) IGM
- ☐ TOXOPLASMOSE, IFI - IGG
- ☐ TOXOPLASMOSE, IFI IGM
- ☐ RUBÉOLA, ANTICORPOS IGG
- ☐ RUBÉOLA, ANTICORPOS IGM

Gráfica de Lic 2005-3355

Médico: _____ Data: ____/____/____

item 26 - 24390

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Pedido de Retorno

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Unidade: _____

Data Provável de Retorno: ____/____/____

Médico: _____ Data: ____/____/____

Item 27 - 24 286

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICAS
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS
Sistema Único de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REGISTRO GERAL

CARTÃO SUS Nº

NOME:

DATA DE NASC.: / / ESTADO CIVIL: PROFISSÃO:

FILIAÇÃO PAI:

MÃE:

ENDEREÇO: TELEFONE:

DATA	PROCEDIMENTO REALIZADO - ORIENTAÇÃO - DIAGNÓSTICO	ASS. DO PROFISSIONAL

DATA	PROCEDIMENTO REALIZADO - ORIENTAÇÃO - DIAGNÓSTICO	ASS. DO PROFISSIONAL

Item 28 - 24451

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde

BRASIL SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO
BRASIL UM PAÍS DE TODOS
Ministério da Saúde

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO
CENTRO DE ESP. ODONTOLÓGICAS "BERTHO RADIN"

Data:____/____/____ Unidade de Origem: _____

Nome: _____ Data de Nasc.:____/____/____

Endereço:_____

Fone:_____ Município: _____

Nome do C.D. (legível) _____

Motivo do Encaminhamento _____

Resumo Clínico: (história, ex. físico, exames lab.)_____

Hipótese Diagnóstica:_____

Tratamento já Realizado: _____

CONTRA REFERÊNCIA (Parecer do Especialista)

Data:____/____/____ Unidade de Origem: _____

Nome:_____

Endereço:_____

Conclusão:_____

Conduta

Nome do C.D. (legível) _____ Fone: _____ CRO:_____

Todos os campos acima devem ser OBRIGATORIAMENTE preenchidos.

Therm 29 - 2811

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

55301

SUS
Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome:_____

____/____/ 20____
Data

Assinatura do Médico e CRM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - MATO GROSSO
PREFEITURA DE PRIMAVERA DO LESTE - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE - VIGILÂNCIA AMBIENTAL
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO - SERVIÇO ANTIVETORIAL

Item 30 - 24352

SUS Sistema Único de Saúde

Município	Código e nome da localidade	Zona	Categ.localid.	Tipo	Concluída?
PRIMAVERA DO LESTE				1-Sede ( ) 2-Outros ( )	S - sim ( ) N - não ( )

Data da atividade	Ciclo / Ano
/ /	/

Atividade		
1 - LI - Levantamento de índice	2 - LI + T - Levantamento de Índice + Tratamento	3 - PE - Ponto Estratégico
4 - T - Tratamento	5 - DF - Delimitação de Foco	6 - PVE - Pesquisa Vetorail Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO

Nº do quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Seq.	Compl.	Tipo do imóvel	Hora da entrada	Visita (N-Normal R-Recup.)	Pendência	Nº de depósito								Imóv. Inspec. (LI)	Coleta amostra			Tratamento								
											Inspecionado							Eliminado		Nº da amostra		Qtde. Tubitos	Focal							Perifocal	
																								Larvicida (1)			Larvicida (2)			Adulticida	
											A1	A2	B	C	D1	D2	E			Inicial	Final		Im. trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat.	Tipo	Qtde. cargas

Assinatura do Agente		Assinatura do Supervisor		Tipo de Imóvel	R - residencial C - comércio TB - terreno baldio	PE - ponto estratégico O - outro	Pendência	R - recusado F - Fechado

Gráfica da Lia 65 3685-3395

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PF	Outro	Total

TB - Terreno Baldio PE - Ponto Estratégico

Nº Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe-cionados	Recu-perados

Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Nº depósitos						
Elimidados	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões Concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypit									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Com Aedes Aegypti								
Com Aedes Albopictus								

Nº imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
Com Aedes Aegypti						
Com Aedes Albopictus						
Outros						

TB - Terreno Baldio PE - Ponto Estratégico

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúria de pupa	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Data da entrada	Data da conclusão	Labotarório	Laboratorista	Assinatura

Item 31 - 24314

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

CENTRO DE REABILITAÇÃO GERVÁSIO PINTO PEREIRA

Rua Silvio Ometto, 460 - Pq. Eldorado - CEP 78850-000 - Primavera do Leste - Mato Grosso

RELATÓRIO MENSAL

Paciente: _____ Data de nasc.: ____/____/____ CPF: _____

Profissional: _____ Endereço: _____ Área: _____

Nome da Mãe: _____ Naturalidade: _____

Nome do Pai: _____ Código da Patologia (ver tabela) _____

Sexo: M ☐ F ☐ Procedência: Cuiabá ☐ Mato Grosso ☐ Outro Estado ☐

Grau de Instrução

Sem Instrução		Ensino Médio Completo	
Educação Infantil		Ensino Médio Incompleto	
Ensino Fundamental Completo		Técnico / Superior Completo	
Ensino Fundamental Incompleto		Técnico / Superior Incompleto	

Causa da Doença

Doença congênita / Neonatal		Acidente de Trabalho	
Doença Infecciosa		Acidente Doméstico	
Doença Crônica Degenerativa		Lesões Auto-provocadas Voluntariamente	
Ferimento por Arma de Fogo		Afogamento / Submersão Acidental**	
Ferimento por Arma Branca		Outras Causas Externas***	
Acidente de Trânsito		Outras:	

* Tentativa de Suicídio ** Inclusive lesões provocadas por mergulho *** Choques elétricos, radiações, quedas, queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos)

Encaminhado por:

Enc. Serviço Urgência / Emergência		Enc. Ambulatório Especializado	
Encaminhado por Hospital		Ensino Ambulatório Básica ou FSF	
Enc. Hospital com leito Reabilitação		Demanda Espontânea	
Enc. por Outros Serviços de Reabilitação		Outras:	

Tempo da Doença

Até 01 mês		De 06 meses a 01 ano	
De 01 a 03 meses		De 01 a 02 anos	
De 03 a 05 meses		Acima de 02 anos	

Concessão de Órtese:

Sim ☐
Não ☐

Tipo de Ajuda Técnica		Prótese	
Órtese		Meios Auxiliares de Locomoção	

Tempo de Tratamento (até data de entrega do ROA)

Até 30 dias		De 120 a 150 dias	
De 30 a 60 dias		De 150 a 180 dias	
De 60 a 90 dias		Acima de 180 dias	
De 90 a 120 dias			

Alta Para (se for o caso)

Retorno para a escola		Atividades Domiciliares	
Retorno para o Trabalho - Mesma Atividade		Não Corresponde - Não estuda / Não trabalha	
Retorno para o Trabalho - Atividade Adaptada		Sem condições de Informar	
Sem Condições de Atividades Laborais			

Tipo de Atendimento / Atividade

Atendimento Ambulatórial		Palestras - Educação e Saúde	
Atendimento Hospitalar		Detecção Precose (Externas à Instituição) ***	
Atendimento Domiciliar		Reuniões Interdisciplinares**	

***Asilos, escolas, creches... ** PSF /PACS / CAPS...

Tipo de Alta

Sem condições de alta		Independente com ajuda Técnica	
Independente		Encaminhado para Outro Serviço	
Alta por Abandono de Tratamento		Óbito	
Dependente			

Seqüela de Acidente de Trabalho

Amputação MMSS		Lesão Auditiva	
Amputação MMII		Lesão Visual	
Lesão Central		Seqüelas Cardio-respiratórias	
Lesão Periférica MMSS		Lesões Maxilo-faciais	
Lesão Periférica MMII			

Controle de Atendimento

Mês: Janeiro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Fevereiro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29			

Mês: Março

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Abril

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Mês: Maio

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Junho

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Mês: Julho

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Agosto

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Setembro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Mês: Outubro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Mês: Novembro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Mês: Dezembro

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Carimbo e Assinatura do Profissional

Item 32 - 24.349

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
PREFEITURA DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA AMBIENTAL

SUS

Controle Digitação

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

MUNICÍPIO:	5107040 - PRIMAVERA DO LESTE		
CÓDIGO:		LOCALIDADE:	
ZONA:			

Atividade

1 - Li - Levantamento de Índice
2 - Li + T Levantamento de Índice + Tratamento
3 - PE - Ponto Estratégico
4 - T - Tratamento
5 - DF - Delimitação de Foco
6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial

Categ. Localid.	Tipo	Concluído	Ciclo/ano	Semana Epidemiológica	Data início	Data Final
	Sede ( ) Outros( )	Sim ( ) Não( )	/	/	/ /	/ /

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Total quarteirões concluídos

Número de imóveis trabalhados por tipo	
Residência	
Comércio	
TB	
PE	
Outro	
TOTAL	

Número de imóveis	
Trat. Focal	
Trat. Perifocal	
Inspecionados	

Amostras coletadas:

Pendência	
Recusa	
Fechados	
Recuperados	S

Nº de depósitos inspecionados por tipo

A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Total dep. Eliminados

Número de depósitos tratados

Larvicida 1			Larvicida 2			Adulticida	
Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. Trat.	Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. Trat.	Tipo	Qtde. (cargas)
L1							

Agentes por dia trabalhado

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº de depósito com espécime por tipo

Espécie:	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Aedes aegypty								
Aedes albopictus								

Nº de imóveis com espécime por tipo

Espécie:	Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total
Aedes aegypty						
Aedes albopictus						
Outros						

Nº de exemplares

Larvas	Pupas

N.º e seq. Dos quarteirões com *Aedes aegypty*			N.º e seq. Dos quarteirões com *Aedes albopictus*			N.º e seq. Dos quarteirões com *Aedes aegypty + Aedes albopictus*		
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/

Visto do Agente _____

Visto do supervisor _____ Data: _____

Item 33 - 47858

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO: APAC - PARTICULAR OU CONVÊNIO

PARA USO DO SOLICITANTE

Preencher todos os campos corretamente e com letra legível. Pedidos incompletos não serão atendidos/pagos.

Paciente: F ( ) M ( ) D.N.:

Endereço:

Nº Prontuário: Leito: Peso: Ht / Hb:

Centro cirúrgico ( ) PA ( ) Ambulatório ( ) UTI ( )

Indicação da transfusão / Diagnóstico:

Transfusão Prévia? Sim ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Quando:

Reação transfusional prévia: Sim ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Tipo da reação:

Componente utilizado:

	Hemocomponente solicitado	Unid ou vol		Hemocomponente solicitado	Unid ou vol
CH	Concentrado de hemácias		CPF	Conc. Plaquetas Filtradas	
CHF	Conc. Hemácias filtradas		CPA	Conc. Plaquetas Aférese	
CHD	Conc. Hem. Desleucocitada		PFC	Plasma fresco congelado	
CP	Concentrado plaquetas		CRIO	Crioprecipitado	

Utilização de filtros leucócitos: Plaquetas ( ) Hemácias ( ) Quantos ( )

Tipo de transfusão: Progama ( ) Rotina - 24h ( ) Urgência - 3h ( ) Emergência - De imediato ( )

Assinatura / carimbo médico solicitante: Data:

Hora da solicitação:

PARA USO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Recebimento:	Tipagem	Prova compatibilidade	PAI:
Data: Hora:	Receptor: ABO/RH	Neg ( ) Pos ( ) NR ( )	Neg ( ) Pos ( ) NR ( )

Comp	Nº Bolsa	ABO / RH	Resp. Liberação	Inicio	Término	Resp. Instala

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA

Eu Dr (a)_____portador (a) do CRM_____autorizo a liberação de ( ) unidades de concentrado de hemácias e ou ( ) unidades de plasma fresco estando ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o paciente acima referido. Suas condições clínicas não permitem aguardar o tempo necessário para realização das provas de compatibilidade e pesquisa de anticorpos irregulares.

Data ___/___/_____ Hora: ___:_____ Assinatura e carimbo do médico:

Assinatura do Médico Supervisor/Autorizador:

1ª Via : Prontuário 2ª Via. UCT

Item 34 6715

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO: APAC - SUS

0102

PARA USO DO SOLICITANTE

Preencher todos os campos corretamente e com letra legível. Pedidos incompletos não serão atendidos/pagos.

Paciente: F ( ) M ( ) D.N. / /

Endereço:

Nº Prontuário: Leito: Peso: Ht / Hb:

Centro cirúrgico ( ) PA ( ) Ambulatório ( ) UTI ( )

Indicação da transfusão / Diagnóstico:

Transfusão Prévia? Sim ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Quando:

Reação transfusional prévia: Sim ( ) Não ( ) Ignorado ( ) Tipo da reação:

Componente utilizado:

	Hemocomponente solicitado	Unid ou vol		Hemocomponente solicitado	Unid ou vol
CH	Concentrado de hemácias		CPF	Conc. Plaquetas Filtradas	
CHF	Conc. Hemácias filtradas		CPA	Conc. Plaquetas Aférese	
CHD	Conc. Hem. Desleucocitada		PFC	Plasma fresco congelado	
CP	Concentrado plaquetas		CRIO	Crioprecipitado	

Utilização de filtros leucócitos: Plaquetas ( ) Hemácias ( ) Quantos ( )

Tipo de transfusão: Progama ( ) Rotina - 24h ( ) Urgência - 3h ( ) Emergência - De imediato ( )

Assinatura / carimbo médico solicitante: Data:

Hora da solicitação:

PARA USO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Recebimento:	Tipagem	Prova compatibilidade	PAI:
Data: Hora:	Receptor: ABO/RH	Neg ( ) Pos ( ) NR ( )	Neg ( ) Pos ( ) NR ( )

Comp	Nº Bolsa	ABO / RH	Resp. Liberação	Inicio	Término	Resp. Instala

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA

Eu Dr (a)_____portador (a) do CRM_____autorizo a liberação de ( ) unidades de concentrado de hemácias e ou ( ) unidades de plasma fresco estando ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o paciente acima referido. Suas condições clínicas não permitem aguardar o tempo necessário para realização das provas de compatibilidade e pesquisa de anticorpos irregulares.

Data ___/___/_____ Hora: ___:_____ Assinatura e carimbo do médico:

Assinatura do Médico Supervisor/Autorizador:

1ª Via Branca: Prontuário 2ª Via verde: Cobrança 3ª Via Amarela: Arquivar

Item 35
24449

PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

SUS
Sistema Único de Saúde

SOLICITAÇÃO DE RADIODIAGNOSTICO

Paciente:_____ DN:____/____/____ Idade:_____

Unidade de Saúde:_____

Indicação Clínica:_____

CRÂNIO E FACE I
- ☐ ARCOS ZIGOMÁTICOS-MALAR-ESTILÓIDES: AP. OBLÍQUAS
- ☐ CRÂNIO: PA + LATERAL
- ☐ MAXILAR INFERIOR: PA + LATERAL
- ☐ ÓRBITAS - PA + OBLÍQUAS + HIRTZ
- ☐ OSSOS DA FACE - M.N + F.N
- ☐ OSSOS DA FACE - M.N. + LATERAL + HIRTZ
- ☐ SEIOS DA FACE - F.N. + M.N
- ☐ SEIOS DA FACE : F.N. + M.N. + LATERAL
- ☐ SELA TÚRSICA : PA + LATERAL + BRETTON

CRÂNIO E FACE II
- ☐ ADENÓIDES - LATERAL
- ☐ CAVUM LATERAL
- ☐ CAVUM - LATERAL + HIRTZ
- ☐ SEIOS DA FACE : F.N. , M.N. , LATERAL - HIRTZ

CRÂNIO E FACE III
- ☐ ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL
- ☐ CRÂNIO - PA + LAT. + OBLI. OU BRETTON + HIRTZ
- ☐ CRÂNIO - PA + LATERAL + BRETTON
- ☐ MASTÓIDE OU ROCHEDOS BILATERAL

COLUNA VERTEBRAL I
- ☐ COLUNA CERVICAL : AP + LATERAL + T.O OU FLEXÃO
- ☐ COLUNA DORSAL : AP + LATERAL
- ☐ SACRO-COCCIX
- ☐ TRANSICAO D - LOMBAR

COLUNA VERTEBRAL II
- ☐ COLUNA CERVICAL: AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS
- ☐ COLUNA DORSO - LOMBAR PARA ESCOLIOSE
- ☐ COLUNA LOMBO-SACRA

COLUNA VERTEBRAL III
- ☐ COLUNA DORSO - LOMBAR PARA ESCOLIOSE DINÂMICA
- ☐ COLUNA LOMBO SACRA COM OBLÍQUAS

ESQUELETO TORACICO E MEMBROS SUPERIORES I
- ☐ ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR
- ☐ ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL DIREITA
- ☐ ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA
- ☐ ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR
- ☐ BRAÇO DIREITO
- ☐ BRAÇO ESQUERDO
- ☐ CLAVÍCULA DIREITA
- ☐ CLAVÍCULA ESQUERDA
- ☐ COSTELAS - POR HEMITÓRAX
- ☐ ESTERNO
- ☐ OMOPLATA OU OMBRO : TRÊS POSIÇÕES

ESQUELETO TORACICO E MEMBROS SUPERIORES II
- ☐ ANTEBRAÇO DIREITO
- ☐ ANTEBRAÇO ESQUERDO
- ☐ COTOVELO DIREITO
- ☐ COTOVELO ESQUERDO
- ☐ MÃO DIREITA (DUAS INCIDÊNCIAS)
- ☐ MÃO ESQUERDA (DUAS INCIDÊNCIAS)
- ☐ MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA
- ☐ PUNHO : AP + LATERAL + OBLÍQUOS DIREITO
- ☐ PUNHO : AP + LATERAL + OBLÍQUOS ESQUERDO
- ☐ QUIRODACTILOS

BACIA E MEMBRO INFERIORES I
- ☐ ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA
- ☐ ARTICULÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA
- ☐ ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACA
- ☐ BACIA
- ☐ COXA DIREITA
- ☐ COXA ESQUERDA
- ☐ ESCANOMETRIA
- ☐ PERNA DIREITA
- ☐ PERNA ESQUERDA

BACIA E MEMBRO INFERIORES II
- ☐ ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA DIREITA
- ☐ ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA ESQUERDA
- ☐ CALCANEO DIREITO
- ☐ CALCANEO ESQUERDO
- ☐ JOELHO: AP + LATERAL DIREITO
- ☐ JOELHO: AP + LATERAL ESQUERDO
- ☐ JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT. + AXIAL DIREITO
- ☐ JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT. + AXIAL ESQUERDO
- ☐ PE OU PODODACTILOS DIREITO
- ☐ PE OU PODODACTILOS ESQUERDO

BACIA E MEMBROS INFERIORES III
- ☐ JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT.- OBLÍQUAS + 3 AXIAIS DIREITO
- ☐ JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT.- OBLÍQUAS + 3 AXIAIS ESQUERDO

ORGAOS INTERNOS DO TORAX I
- ☐ TÓRAX : APICO - LORDORTICA
- ☐ TÓRAX: P.A

ORGAOS INTERNOS DO TORAX II
- ☐ TÓRAX : PA E PERFIL

ORGAOS INTERNOS DO TORAX III
- ☐ TÓRAX PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL
- ☐ TÓRAX PA + LAT. + OBLÍQUA

APARELHO URINARIO I
- ☐ UROGRAFIA VENOSA C/ BEXIGA PRÉ E PÓS MICÇÃO (DOSE SIMPLES D)

ABDOMEN I
- ☐ ABDOMEN SIMPLES : AP

ABDOMEN II
- ☐ ABDOMEN : AP - LATERAL OU LOCALIZADA

ABDOMEN III
- ☐ ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)

☐ **OUTROS** _____

Data:____/____/____ Médico:_____

Gráfica de Liz 65 36853355

Item 36 - 14671

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Estado de Mato Grosso
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE-MT
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO EM CONSULTA MÉDICA

Declaro para fins de trabalho que _____

_____, esteve em consulta

médica nesta data, no horário das _____ : _____ ás _____ : _____.

CID: _____

Primavera do Leste-MT, _____/ _____/_____

Assinatura do Médico: _____

CRM: _____
OBS: Carimbo e Assinatura do médico

Gráfica Lider 3498-1516 / 79933001111

Item 37 - 35412

FICHA B - TB	PRIMAVERA DO LESTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	SUS	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras informações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
Endereço:			Faz auto – cuidados													
			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
Endereço:			Faz auto – cuidados													
			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
Endereço:			Faz auto – cuidados													
			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	NOME DO ACS	Meses												Outras informações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													

Gráfica Líder 3488-1518 (7794-09/11)

Item 38- 47883

FICHA D	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA.	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	PROFISSIONAL	MÊS

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

		DIAS →																							Total
CONS. MÉDICA	Residentes em outro município																								
	Residentes no Município	< 1																							
		1 - 4																							
		5 - 9																							
		10 - 14																							
		15 - 19																							
		20 - 39																							
		40 - 49																							
		50 - 59																							
		60 e mais																							
	Total geral de consultas																								
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro		Puericultura																							
		Pré-Natal																							
		Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino																							
		DST / AIDS																							
		Diabetes																							
		Hipertensão Arterial																							
		Hanseníase																							
		Tuberculose																							
Solicitação Médica de Exames Complementares		Patologia Clínica																							
		Radiodiagnóstico																							
		Citopatológico Cérvico-Vaginal																							
		Utrassonografia obstétrica																							
		Outros																							
Encaminha-mentos Médicos		Atend. Especializado																							
		Internação Hospitalar																							
		Urgência / Emergência																							
Internação Domiciliar																									

		DIAS →																						Total
PROCEDIMENTOS		Atendimento específico para AT																						
		Visita de Inspeção Sanitária																						
		Atend. Individual Prof. nível superior																						
		Curativos																						
		Inalações																						
		Injeções																						
		Retirada de pontos																						
		Terapia de reidratação oral																						
		Sutura																						
		Atend. Grupo - Educ em saúde																						
		Procedimentos Coletivos I (PC I)																						
		Reuniões																						
		Visita Domiciliar																						
NOTIFICAÇÕES	ACS	< 2 Anos que tiveram diarréia																						
		< 2 Anos que tiveram diarréia e usaram TRO																						
		< 2 anos que tiveram infecção respiratória aguda																						
	MED	Pneumonia EM < 5 anos																						
		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 - 14																						
		Acidente vascular cerebral																						
		Infarto agudo do miocárdio																						
		DHEG (forma grave)																						
	ENF	Doenças hemolitica perinatal																						
		Fratura de colo de fêmur em > 50																						
		Meningite tuberculosa em < 5 anos																						
		Hanseníase incapacidade II e III																						
		Citologia oncotica NIC III carcinoma in situ																						

HOSPITALIZAÇÕES

Data	Nome	Endereço	Sexo	Idade	Causas	Nome do Hospital

ÓBITOS

Data	Nome	Endereço	Sexo	Idade	Causas

Gráfica Líder 3488-1515 (0039/06/10)

Item 39 - 12615

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

Unidade Solicitante: _____

A- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome Paciente: _____

Sexo ( ) M ( ) F Data Nasc.: / /	Telefones:	
Cartão SUS:	CPF:	RG:
Nome Mãe:		
Endereço:		
Município:	UF	CEP:

B- DADOS CLÍNICOS (natureza da lesão, tempo de evolução, sintomas):

_____

_____

_____

_____

_____

C- SINAIS SUGESTIVOS DE LESÃO NERVOSA:

1.Déficit motor (descrever a distribuição e intensidade):

_____

_____

_____

_____

2.Déficit sensitivo (descrever tipo, intensidade, distribuição). Preencher mapa no verso:

_____

_____

_____

_____

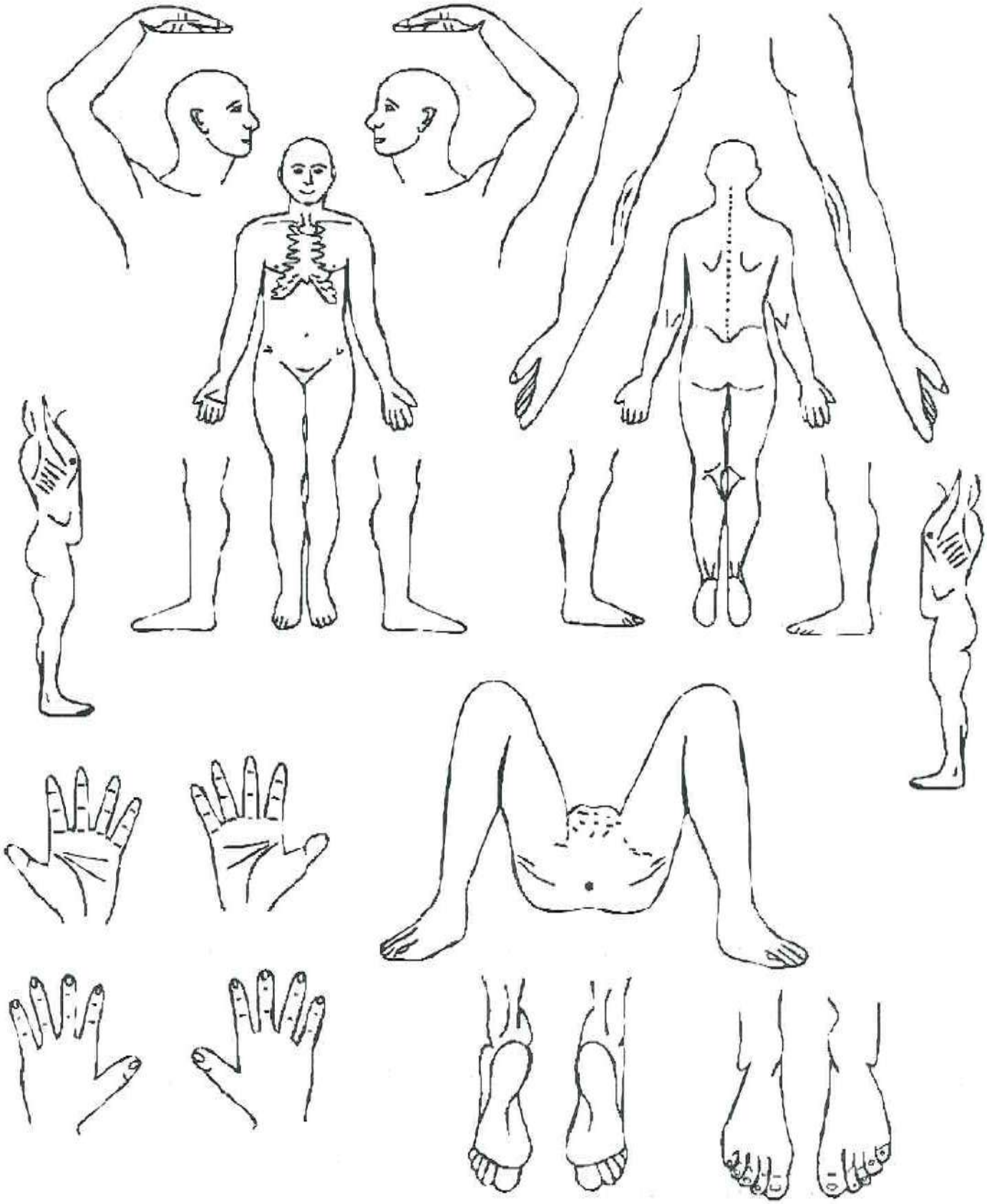
3. Segmentos a serem examinados:

☐ MSD ☐ MSF ☐ MID ☐ MIE ☐ Outros _____

	Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante	*Data da Solicitação:...../...../.....*
Destinado a Central de Vagas	**Assinatura e Carimbo do Médico Regulador**	*Data da Regulação:...../...../.....*
	Nome/Carimbo da Unidade Prestadora	*Data daAutorização:...../...../.....*

Central de Regulação de Vagas
Rua Rio de Janeiro, Nº 601 - Centro
Fone/Faz (66) 3498-8921 (Ramal 205, 206 e 222)
Primavera do Leste - Mato Grosso.

Assinale as alterações sensitivas:



Item 40 - 24292

MS - HIPERDIA

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)	Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento / /	Sexo ☐ M ☐ F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Estado Civil (TV)	Nº Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS

Título de Eleitor	Número	Zona	Série	
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /
CPF	Número	**PIS/PASEP**	Número	

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (*)

Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão / /

ENDEREÇO (*)

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	☐ Em jejum	☐ Pós prandial

Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2			AVC		
Tabagismo			Pé diabético		
Sedentarismo			Amputação por diabetes		
Sobrepeso/ Obesidade			Doença Renal		
Hipertensão Arterial					

TRATAMENTO

Não Medicamentoso: ☐

Medicamentoso:

Tipo	Comprimidos/dia ½	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850 mg							

Unidades/dia

Insulina ☐ ☐ ☐

Outros ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Data da Consulta (*) / /	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)

Legenda:(*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Item 91 - 1586

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SaúdedaFamília

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

LAUDO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

Nome: _____

RG: _____ **DN:** _____ **Idade:** _____ **Sexo: M ( ) F( )**

Número do Registro: _____ **ESF/UBS:** _____

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B – HbsAg

Amostra: Sangue Total
Data da Coleta da Amostra: ___/___/___

TESTE:
Nome do produto: _____
Método: _____
RESULTADO DO TESTE: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite B.
2) A pessoa com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para triagem do HBsAg: verificar o esquema vacinal e avaliar a janela imunológica. Caso não tenha informações sobre vacinação, solicitar o retorno após 60 dias.

Primavera do Leste, ___de _____ de _____.

_____
Assinatura

Folha 42 - 42179

RECEITUÁRIO

SUS
Sistema Único de Saúde

Nome: _____

ATESTADO DE LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para fins de requerer benefício social, que a Sra

_____

_____

está sob meus cuidados profissionais e no 8º (oitavo) mês de gestação, fazendo jus, por tanto, aos 120 (cento e vinte) dias de Licença Maternidade a partir do dia_____conforme preceitua a Legislação Brasileira em vigor.

Primavera do Leste

_____/_____/ 20_____
Data

_____
ASS. DO MÉDICO E CRM

MAIS SAÚDE E MELHOR QUALIDADE DE VIDA.

Gráfica da Luz 65 3695.3355

Item 43 - 10663

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF — NÚMERO

MT

B

Paciente: _____

Endereço: _____

Especialidade Farmacêutica: _____

Quantidade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Fornecedor: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF — NÚMERO

MT

B

____ DE _____ DE ____

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE

Rua Rio de Janeiro, 1234 - Centro
Cep 78.850-000 - Primavera do Leste - MT

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

MEDICAMENTO / SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade nº.: _____ Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO / CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR ____ DATA ____ / ____ / ____

GRÁFICA DE LIZ - CNPJ 07.773.026/0001-11 -10 Bls. 100x1 de 250551 a 251550 - Aut. 0513/2013 - 20/09/2013

Item 44 - 24265

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF — NÚMERO

MT

B-2

Paciente: _____

Endereço: _____

Especialidade Farmacêutica: _____

Quantidade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Fornecedor: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF — NÚMERO

MT

B-2

____ DE _____ DE ____

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE

Rua Rio de Janeiro, 1234 - Centro
Cep 78.850-000 - Primavera do Leste - MT

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

MEDICAMENTO / SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade nº.: _____ Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO / CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR ____ DATA ____ / ____ / ____

GRÁFICA DE LIZ - CNPJ 07.773.026/0001-11 -10 Bls. 100x1 de 61501 a 62500 - Aut. 0513/2013 - 20/09/2013

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Item 15 - 10242

Pronto Atendimento Municipal
Processo de Enfermagem

Data; ___/___/___Hora da admisão;___:___Nome:_____Idade:_____Sexo:____Enfermaria:_____Leito:_____Acompanhante: ( )Sim ( )Não

Unidade de origem:_____UBS ( ) Sem médico no dia; ( ) Sem vaga para consulta; ( )Proveniente de outro município; ( )Com encaminhamento prévio por escrito ou via telefone.( )Não procurou a UBS.

Histórico

Trazido por;_____.
Em uso de colar cervical; ( )Sim ( )Não. Motivo da busca pelo atendimento:_____
_____
_____.
_____

Outras informações:( ) DM ( ) H.A ( ) C.A ( ) Tabagismo ( )Etilismo ( )Gestante ( )Medicações de uso contínuo
( )Alergia à _____.

Exame Físico/Avaliação Neurológica

Score Escala de Glasgow Adulto e Pediátrico

	Resposta Adulto	Resposta Modificada para Lactentes
Nota	**Abertura Ocular**	
4	☐ Espontânea	☐ Espontânea
3	☐ Ao estímulo verbal	☐ Ao estímulo verbal
2	☐ Ao estímulo doloroso	☐ Ao estímulo doloroso
1	☐ Ausente	☐ Ausente
	Melhor resposta motora	
6	☐ Obedece comando	☐Movimentação espontânea
5	☐ Localiza a dor	☐ Localiza a dor (retirada ao toque)
4	☐ Retirada ao estímulo doloroso	☐ Retirada ao estímulo doloroso
3	☐ Flexão ao estímulo doloroso (Decorticação)	☐ Flexão ao estímulo doloroso (Decorticação)
2	☐ Extensão ao estímulo doloroso (Descerebração)	☐ Extensão ao estímulo doloroso (Descerebração)
1	☐ Ausente	☐ Ausente
	Melhor resposta verbal	
5	☐ Orientado	☐ Balbucia
4	☐ Confuso	☐ Choro irritado
3	☐ Palavras inapropriadas	☐ Choro a dor
2	☐ Sons inespecíficos	☐ Gemido à dor
1	☐ Ausente	☐ Ausente
	Total:	**Total:**

Pupilas	Midriase	Miose	Reagente	Não Reagente	Anisocoria
Direita					
Esquerda					

Vias Aéreas

Ventilação	Respiração	Ausculta	Orofaringe
☐ Espontânea ☐Cânula endotraqueal ☐Traqueostomia ☐Mascara de Venturi_____l/min. ☐Cateter Nasal _____l/min.	☐Espontânea ☐Mecânica ☐Tosse Produtiva ☐Tosse seca	D E ( ) ( )Limpo ( ) ( )Roncos ( ) ( )Sibilos ↓ ( ) ( )M.V. ( ) ( ) Vent. ausente	☐Hiperemiadas ☐Placas ☐Sem alteração

OBS:_____

Pele

☐Morna	☐Seca	☐Corada	☐Edema
☐Quente	☐Úmida	☐Hipocorada	☐Escoriações
☐Fria	☐Sudoreica	☐Cianóica	☐Laceração
☐Corte/contuso	☐Perfuração	☐Escara	☐Hematoma

OBS:_____

Coração/Tórax

Monitoração	Pulso	Precordialgia	Lesão torácica
☐Ritmo normal	☐Regular	☐Sim	☐Sim
☐Outro:	☐Irregular	☐Não	☐Não

OBS:_____

Abdome

Palpitação/Percussão	RHA	Sinais/Sintomas
☐Flácido	☐Presente	☐Náuseas
☐Rígido	☐Ausente	☐Vômitos
☐Distendido	☐Aumentado	☐Lesões
☐Globoso	☐Diminuído	☐Dor
☐Gravídico		☐Diarréia

OBS:_____

Genitais/Vias Urinárias

☐ Sangramento	☐ Lesão	☐ Má formação	☐ Outro

OBS:_____

Exames

☐ RX ☐ U.S.G. ☐ Endoscopia
☐ E.C.G. ☐ Laboratoriais ☐ Outros:_____
Comunicado à_____

Classificação da Dor
• Zero (0) = Ausência de Dor • Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade • Quatro a Sete (4 a 7) = Dor de intensidade moderada • Oito a Nove (8 a 9) = Dor de forte intensidade • Dez (10) = Dor de intensidade insuportável

Notificação

( ) Sim ( ) Não
Agravo: _____

Evolução de Enfermagem (Enfermeiro)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Diagnóstico de Enfermagem (Enfermeiro)

☐ Padrão respiratório ineficaz relacionado à_____
_____

☐ Hipertermia relacionado à _____
_____

☐ Mobilidade física prejudicada relacionada à _____
_____

☐ Risco para infecção relacionada à_____
_____

☐ Dor relacionado à_____
_____

☐_____
_____

☐_____
_____

☐_____
_____

☐_____

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: ___/___/___ Nome:_____ Idade:_____ Sexo:____ Enfermaria:____ Leito:___ Acompanhante: ( )Sim ( )Não

Anotações de Enfermagem

(Enfermeiros, Téc. De Enfermagem, Auxiliar De Enfermagem)

Prescrição de Enfermagem

R – Realizar, O – Orientar, E – Estimular, C – Comunicar, A –Anotar

Data da Prescrição				
Cuidados/Horários	M	T	N	Imediato
1. SSVV ___/__horas e comunicar alterações				
2. Higiene Oral com creme dental ou Solução Anti-séptica				
3. Banho ( ) aspersão ( ) leito				
4. Hidratação da pele				
5. Verificar nível de consciência - Glasgow				
6. Mudança de decúbito de ___/____ horas				
7. Proteger proeminências ósseas				
8. Lençóis limpos e esticados				
9. Cabeceira elevada ângulo _____°				
10. Membro(s) _____elevado(s)				
11. Compressa ☐Quente ☐Fria				
12. Curativo com:				
13. Débito/características das eliminações				
14. Dieta				
15. Elevar grades laterais do leito				
16. Debito/característica de dreno e sondas				
17. Ambiente organizado, tranqüilo e seguro para sono e repouso				
18. Cliente/responsável informado do tratamento/evolução				
19. Queixas álgicas				
20. Contenção no leito				
21. hemoglicosteste (HGT) ____/___ horas				
22. Prescriçao médica				

Sinais Vitais

Hora	P.A.	P	T	R	Sat. 02	HGT	Diurese ml	Fezes

Sondas e Dispositivos

☐S.V.D n°_____ Data: ___/___/___ Resp. pela Colocação _____
☐S.N.G n°_____ Data: ___/___/___ Resp. pela Colocação _____
☐S.N.E n°_____ Data: ___/___/___ Resp. pela Colocação _____
☐S.V.A n°_____ Data: ___/___/___ Resp. pela Colocação _____
☐Abocath n°____ Data: ___/___/___ Localização:_____Resp._____
☐Abocath n°____ Data: ___/___/___ Localização:_____Resp._____
☐Abocath n°____ Data: ___/___/___ Localização:_____Resp._____

Atendimento Especializado ☐ Sim ☐ Não

☐ Cardiologia ☐ Otorrino ☐ Bucomaxilo
☐ Ortopedia ☐ Oftalmo outros:_____

Especialista comunicado dia ___/___/____ às _____:_____

Enfermeiro:_____

Stem 46. 35389

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD

Resumo do Reconhecimento geográfico (RG

UF

E. R. S.

SUBLOCAL

MUNICÍPIO

CATEGORIA

Número do Quarteirão	Tipo do Imóvel					Total de Imóvel	Número do Quarteirão	Tipo do Imóvel					Total de Imóvel
	Residencial	Comercial	Terreno Baldio	Ponto Estrat.	Outro			Residencial	Comercial	Terreno Baldio	Ponto Estrat.	Outro	
							Transporte						
Subtotal							TOTAL						

FA - D - 06

NOME

ASSINATURA

DATA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PRIMAVERA DO LESTE

Item 47 - 24318

PRONTUÁRIO MÉDICO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Nome do Paciente:	Acomodação:	Sexo:	Idade:	Data da Internação: __/__/__	Hora
Diagnóstico Provável:	Endereço:			Data da Alta: __/__/__	Hora

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica

Nome do Cliente:	Acomodação:	Sexo:	Idade:	Diagnóstico Provável:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica

(VERSO)

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PRIMAVERA DO LESTE

Item 48-24445 **PRONTUÁRIO MÉDICO – SETOR: OBSERVAÇÃO**

Nome do Paciente:	Acomodação:	Sexo:	Idade:	Data da Internação: ___/___/___	Hora
Diagnóstico Provável:	Endereço:			Data da Alta: ___/___/___	Hora

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica

(FRENTE)

Nome do Cliente:	Acomodação:	Sexo:	Idade:	Diagnóstico Provável:

Data	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	SINAIS VITAIS						ELIMINAÇOES	
		HORARIO	P.A.	PULSO	TEMP.	FR	HGT	Diurese	Evacuações Presente (P) Ausente (P)

(VERSO)

Item, 49 - 24348

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Data:____/____/____ Unidade de Origem: _____

Nome:_____ Data de Nasc.:____/____/____

Endereço:_____

Fone:_____ Município:_____

Médico Solicitante (legível):_____

Especialidade à Encaminhar:_____

Motivo do Encaminhamento:_____

Resumo Clínico: (história, ex. físico, exames lab.) _____

Hipótese Diagnóstica / CID: _____

Tratamento já Realizado:_____

CONTRA REFERÊNCIA (Parecer do Especialista)

Data:____/____/____ Unidade de Origem:_____

Nome:_____

Endereço:_____

Conclusão:_____

Conduta:_____

Nome do Médico (legível):_____ Fone: Méd.:_____ CRM:_____

Todos os campos acima devem ser OBRIGATORIAMENTE preenchidos.

Gráfica da LU 65 3405-2355

RENAST

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - REGIONAL SUL – MT
REGISTRO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO – RAAT

Item 50 - 47.599

CEREST PRIMAVERA DO LESTE

UNIDADE NOTIFICADORA: _____
DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____ MUNICÍPIO: _____ UF: ____

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

NOME: _____
NOME DA MÃE: _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
DN: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: ( ) F ( ) M
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
TELEFONE: _____ MUNIC: _____ UF: ____
OCUPAÇÃO: _____
REGIME DE TRABALHO: ( ) CLT ( ) AUTÔNOMO ( ) SEM REGISTRO ( ) SERV. PÚBLICO

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO

RAMOS DE ATIVIDADE: ( ) PRESTADOR DE SERVIÇOS ( ) INDÚSTRIA ( ) COMÉRCIO ( ) RURAL
NOME DA EMPRESA: _____ TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: ( ) TÍPICO ( ) TRAJETO ( ) DOENÇA OCUPACIONAL
DATA: ____/____/____ HORA: _____ AFASTAMENTO DO TRABALHO: ( ) SIM ( ) NÃO
LOCAL DO ACIDENTE: ( ) VIA PÚBLICA ( ) DOMICÍLIO PRÓPRIO ( ) OUTROS
( ) INSTALAÇÕES DO CONTRATANTE ( ) INSTALAÇÕES DE TERCEIROS

TIPO DE LESÃO

- ☐ CONTUSÃO
- ☐ CORPO ESTRANHO
- ☐ DESMAIO
- ☐ ENTORSE
- ☐ ESCORIAÇÃO
- ☐ FERIMENTO CORTOCONTUSO/ FCC
- ☐ FRATURA NÃO EXPOSTA
- ☐ LESÕES MUSCULARES
- ☐ LUXAÇÃO
- ☐ PERFURAÇÃO
- ☐ QUEIMADURA POR SOLDA
- ☐ QUEIMADURA ☐ 1°GRAU
- ☐ QUEIMADURA ☐ 2°GRAU
- ☐ TONTURA
- ☐ OUTRA. QUAL? _____

PARTE DO CORPO ATINGIDA

- ☐ ABDÔMEN
- ☐ ANTEBRAÇO D
- ☐ ANTEBRAÇO E
- ☐ BRAÇO D
- ☐ BRAÇO E
- ☐ CRÂNIO
- ☐ COLUNA
- ☐ DEDOS DA MÃO D
- ☐ DEDOS DA MÃO E
- ☐ DORSO
- ☐ GENITÁLIA
- ☐ JOELHO
- ☐ MÃO D
- ☐ MÃO E
- ☐ NÁDEGA
- ☐ OLHO
- ☐ ORELHA
- ☐ OMBRO
- ☐ PÉ
- ☐ PERNA
- ☐ OUTRA PARTE DO CORPO. QUAL? _____

AGENTE CAUSADOR DA LESÃO / AGRAVO

- ☐ ASFIXIA
- ☐ AFOGAMENTO
- ☐ ALTAS TEMPERATURAS(VAPOR)
- ☐ ANIMAIS/PLANTAS VENENOSAS
- ☐ EDIFICAÇAÇÕES(PISOS,PASSARELAS, TETO,ANDAIME,ESCADAS,RAMPAS...)
- ☐ ELETRICIDADE
- ☐ EQUIPAMENTO DE GUINDAR
- ☐ ESFORÇO/PESO
- ☐ EXPLOSÃO/INCÊNDIO
- ☐ FERRAMENTAS MANUAIS
- ☐ MÁQUINAS INDUSTRIAIS
- ☐ MÁQUINAS/EQUIP.AGRÍCOLAS
- ☐ MÓVEIS/MOBILIÁRIO
- ☐ PERFUROCORTANTES
- ☐ PRODUTOS QUÍMICOS
- ☐ PROJEÇÃO DE PARTÍCULAS
- ☐ QUEDA DE ALTURA
- ☐ QUEDA DE OBJETOS
- ☐ SOLDA
- ☐ SUPERFÍCIES QUENTES
- ☐ VASOS SOB PRESSÃO (EXTINTOR DE INCÊNDIO, CALDEIRA
- ☐ VEÍCULOS
- ☐ OUTRA. QUAL? _____

EVOLUÇÃO DO CASO: ( ) CASO CONCLUÍDO NA UBS/ESF/PRONTO ATENDIMENTO
( ) ENCAMINHADO À ESPECIALIDADE ( ) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

NOME:

FUNÇÃO | **ASSINATURA:**

Proc. 51 - 44658

BRASIL SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____/ _____/20_____
Data

_____
Ass. CD E CRO

BRASIL SORRIDENTE - A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

Gráfica Microserlos 3456-2266

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. São João, 30 - Centro
Cep 78.850-000
Primavera do Leste - MT
F.: (66) 3498-1727

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

010000

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

item 52 - 39275

___/___/___
Data

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade: Órgão Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Tel.:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico ___/___/___ Data

BULA DOS PRODUTOS DA PARTE INTERNA DO BLOCO

Item 53 - 24386

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF

CNES

Unidade de Saúde

Código do Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome completo da mãe

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1mês)
   - ☐ Sim, mama direita
   - ☐ Sim, mama esquerda
   - ☐ Não

2. Você está grávida ou amamentando?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não
   - ☐ Não sabe

3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não
   - ☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA

Descarga papilar
☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo (tumor)
☐ Sólido ☐ Cístico ☐ Sólido-cístico

Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:

☐ Mama direita	☐ Descarga papilar
☐ Mama esquerda	☐ Punção aspirativa
	☐ Conteúdo cístico

6. Tem tumor residual após punção?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não

7. Tumor sólido puncionado é o tumor residual?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não

Data da Coleta / /

Examinador

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

nº 416

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em: / /

RESULTADO

Localização:

☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

Material recebido - nº de lâminas/ml

Adequabilidade do material

☐ Satisfatório

☐ Insatisfatório por _____

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

☐ Mastite

☐ Abscesso subareolar recorrente

☐ Fibroadenoma

☐ Necrose gordurosa

☐ Condição fibrocística mamária

☐ Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias

☐ Outros (exclusivamente benignos) _____

Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com:

☐ Tumor papilar

☐ Tumor filóide

☐ Outros _____

Padrão citopatológico suspeito para malignidade:

☐ Lesão epitelial proliferativa com atipias

☐ Outros _____

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

☐ Carcinoma ductal

☐ Carcinoma lobular

☐ Outros (exclusivamente malignos) _____

RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO

Padrão citopatológico da amostra

☐ Material acelular

☐ Negativo para malignidade

☐ Padrão citopatológico de malignidade indeterminada

☐ Positivo para malignidade

☐ Consistente com lesão papilar

☐ Consistente com processo inflamatório

Observações:

Data da liberação do resultado

/ /

Médico Responsável pelo resultado

CRM

CNPF(CPF)

Localização

QSL - *Quadrante superior lateral*

QIL - *Quadrante inferior lateral*

UQlat - *União dos quadrantes laterais*

UQsup - *União dos quadrantes superiores*

RAX - *Região retroareolar*

PA - *Prolongamento axilar*

item 24 - 24391

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_____	__	_____	___	__	____

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO

CONSULTA MÉDICA	Residentes fora da área de abrangência		
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
		60 e mais	
		Total	
	Total geral de consultas		
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro		Puericultura	
		Pré-Natal	
		Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino	
		DST/AIDS	
		Diabetes	
		Hipertensão Arterial	
		Hanseníase	
		Tuberculose	
Solicitação médica de exames complementares		Patologia Clínica	
		Radiodiagnóstico	
		Citopalógico cérvico-vaginal	
		Ultrassonografia obstétrica	
		Outros	
Encaminhamentos médicos		Atend. Especializado	
		Internação Hospitalar	
		Urgência/Emergência	
Internação Domiciliar			
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT		
	Visita de Inspeção Sanitária		
	Atend. individual Enfermeiro		
	Atend. individual outros prof. nível superior		
	Curativos		
	Inalações		
	Injeções		
	Retirada de pontos		
	Terapia da Reidratação Oral		
	Sutura		
	Atend. Grupo - Educação em Saúde		
	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
	Reuniões		

MARCADORES

Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarréia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES

Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS / Outros Profissionais	
Total	

Relatório SSA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	MÊS: |_|_|	ANO: |_|_|_|_|

MUNICÍPIO (nome):	MUNICÍPIO (código): |_|_|_|_|_|_|_|	SEGMENTO |_|_|	UNIDADE |_|_|_|_|_|_|_|	ÁREA |_|_|_|

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

	MICROÁREA ⇨	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	Nascidos vivos no mês											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer. com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
C	Aleitamento misto											
R	**De 0 a 11 meses e 29 dias**											
I	Com as vacinas em dia											
A	Pesadas											
N	Desnutridas											
Ç	**De 12 a 23 meses e 29 dias**											
A	Com as vacinas em dia											
S	Pesadas											
	Desnutridas											
	Menores de 2 anos											
	Que tiveram diarréia											
	Que tiveram diarréia e usaram TRO											
	Que tiveram infecção respiratória aguda											
	Cadastradas											
G	Acompanhadas											
E	Com vacina em dia											
S	Fez consulta de pré-natal no mês											
T.	Com pré-natal iniciado no 1ºTRI											
	< 20 anos cadastradas											

MICROÁREA ⇨			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	Diabéticos	cadastrados											
		acompanhados											
	Hipertensos	cadastrados											
		acompanhados											
	Pessoas com Tuberculose	cadastradas											
		acompanhadas											
	Pessoas com Hanseníase	cadastradas											
		acompanhadas											
H	Menores de 5 anos por pneumonia												
O	Menores de 5 anos por desidratação												
S	Por abuso de álcool												
P	Por complicações do Diabetes												
I	Por outras causas												
T.	**Total**												
	Internações em hospital psiquiátrico												
	De menores de 28 dias												
	Por diarréia												
	Por infecção respiratória aguda												
	Por outras causas												
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias												
	Por diarréia												
Ó	Por infecção respiratória												
B	Por outras causas												
I	**De menores de 1 ano**												
T	Por diarréia												
O	Por infecção respiratória												
S	Por outras causas												
	De mulheres de 10 a 49 anos												
	De 10 a 14 anos												
	De 15 a 49 anos												
	Outros óbitos												
	Total de óbitos												
	De adolescentes (10-19 anos) por violência												
Total de famílias acompanhadas													
Visita domiciliar – ACS/Outros profissionais													

Stem 56 - 24261

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de Crescer

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO

Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE ☐ Analfabeto ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
☐ **Sim. Quando fez o último exame?**
ano
☐ **Não** ☐ **Não sabe**

2. **Usa DIU?** ☐ **Sim** ☐ **Não** ☐ **Não sabe**

3. **Está grávida?** ☐ **Sim** ☐ **Não** ☐ **Não sabe**

4. **Usa pílula anticoncepcional?**
☐ **Sim** ☐ **Não** ☐ **Não sabe**

5. **Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?**
☐ **Sim** ☐ **Não** ☐ **Não sabe**

6. **Já fez tratamento radioterapia?**
☐ **Sim** ☐ **Não** ☐ **Não sabe**

7. **Data da última menstruação / regra:**
/ / ☐ **Não sabe / não lembra**

8. **tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?**
(Não considerar a primeira relação na vida)
☐ **Sim**
☐ **Não / Não sabe / Não lembra**

9. **Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?**
(Não considerar o (s) a sangramento (s) na vigência de reposição hormonal
☐ **Sim**
☐ **Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa**

EXAME CLÍNICO

10. **Inspeção do colo**
☐ **Normal**
☐ **Ausente (anomalias congênitas ou retiradas cirurgicamente)**
☐ **Alterado**
☐ **Colo não visualizado**

11. **Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?**
☐ **Sim**
☐ **Não**

Data da Coleta / /

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ 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 dessecamento em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- ☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

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 vaginalis
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus)
- ☐ Outros bacilos
- ☐ Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

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 grau 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 outras especificações

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

Observações Gerais _____

Responsável pelo resultado

Data da liberação / /

CNPF (CPF)

Gráfica Líder 3439-1518 (799/08/11)

SUS-MT Sistema Unico de Saúde de Mato Grosso

"ROA"

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS AMBULATORIAIS

UNIDADE _____

NOME DO PROFISSIONAL _____

MÊS _____

PERÍODO: MANHÃ ☐ TARDE ☐

SUS-MT

DATA	HORÁRIO

Nº	Matrícula	NOME	Idade	Sexo	1ª C	2ª C	Diagnóstico	Endereço

Gráfica de Lu 65 3685-3355

Stan. 58 - 24319

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQÜENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes
EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose
HAN - Hanseníase
MAL - Malária

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar	
Número de cômodos peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado/Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA AGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE AGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto/rede geral	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Se Sim do Plano de Saúde ?			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

Item 59 - 24388

FICHA B - HAN	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO		UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENIASE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes	
			Toma medicação diária														
			Data da última dose supervisionada														
Endereço:			Faz auto – cuidados														
			Data da última consulta														
			Comunicantes examinados														
			Comunicantes que receberam BCG														
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes	
			Toma medicação diária														
			Data da última dose supervisionada														
Endereço:			Faz auto – cuidados														
			Data da última consulta														
			Comunicantes examinados														
			Comunicantes que receberam BCG														
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes	
			Toma medicação diária														
			Data da última dose supervisionada														
Endereço:			Faz auto – cuidados														
			Data da última consulta														
			Comunicantes examinados														
			Comunicantes que receberam BCG														

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras informações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto – cuidados													
Endereço:			Data da última consulta													
			Comunicantes examinados													
			Comunicantes que receberam BCG													

Gráfica de Lis 65 3665.3355

Nem 09 - 24972

FICHA B - DIA	Primavera do Leste	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	SUS Sistema Único de Saúde	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
Endereço:			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													

Item 61 - 24387

FICHA B - GES	PRIMAVERA DO LESTE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	SUS	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Identificação da Gestante	Data da última regra		Data da Vacina	Estado Nutricional: **D** - Desnutrida **N** - Nutrida Mês de gestação	Data da consulta de pré - natal Mês de gestação	Fatores de risco	Resultado da gestação atual	Data da consulta de puerpério

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
																									Manos de 20 anos						
Endereço																															
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
																									Manos de 20 anos						
Endereço																															
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
																									Manos de 20 anos						
Endereço																															
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

Identificação da Gestante	Data da última regra		Data da Vacina	Estado Nutricional: **D** - Desnutrida **N** - Nutrida Mês de gestação	Data da consulta de pré - natal Mês de gestação	Fatores de risco	Resultado da gestação atual	Data da consulta de puerpério

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
Endereço																									Manos de 20 anos						
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
Endereço																									Manos de 20 anos						
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
Endereço																									Manos de 20 anos						
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto / Aborto						
																									36 anos e mais						
Endereço																									Manos de 20 anos						
	OBS:															Data da Visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

Item 62 - 24317

FICHA B - HA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações
			Sim	Não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações
			Sim	Não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome:					Data da visita do ACS													
					Faz dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
Endereço:					Pressão arterial													
					Data da última consulta													

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	PROFISSIONAL	MÊS	ANO

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

		DIAS ⇨																								Total
CONS. MÉDICA	Residentes fora da área de abrangência																									
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1																								
		1 - 4																								
		5 - 9																								
		10 - 14																								
		15 - 19																								
		20 - 39																								
		40 - 49																								
		50 - 59																								
		60 e mais																								
		Total																								
	Total geral de consultas																									
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro		Puericultura																								
		Pré-Natal																								
		Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino																								
		DST/AIDS																								
		Diabetes																								
		Hipertensão Arterial																								
		Hanseníase																								
		Tuberculose																								
Solicitação médica de exames complementares		Patologia Clínica																								
		Radiodiagnóstico																								
		Citopatológico cérvico-vaginal																								
		Ultrassonografia obstétrica																								
		Outros																								
Encaminhamentos médicos		Atend. Especializado																								
		Internação Hospitalar																								
		Urgência/Emergência																								
Internação Domiciliar																										

Stem: 63 - 24303

	DIAS ⇨																								Total
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT																								
	Visita de Inspeção Sanitária																								
	Atend. individual prof. nível superior																								
	Curativos																								
	Inalações																								
	Injeções																								
	Retirada de pontos																								
	Terapia da Reidratação Oral																								
	Sutura																								
	Atend. Grupo - Educação em saúde																								
	Procedimentos Coletivos I (PC I)																								
	Reuniões																								
	Visita domiciliar																								
NOTIFICAÇÕES	A C S — < 2 anos que tiveram diarréia																								
	A C S — < 2 anos que tiveram diarréia e usaram TRO																								
	A C S — < 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda																								
	M E D — Pneumonia em < 5 anos																								
	M E D — Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos																								
	M E D — Acidente Vascular Cerebral																								
	M E D — Infarto Agudo do Miocárdio																								
	M E D — DHEG (forma grave)																								
	E N F — Doença Hemolítica Perinatal																								
	E N F — Fratura de colo de fêmur em >50 anos																								
	E N F — Meningite tuberculosa em < 5 anos																								
	E N F — Hanseníase com incapacidade II e III																								
	E N F — Citologia Oncótica NIC III (carcinoma *in situ*)																								

HOSPITALIZAÇÕES

DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL

ÓBITOS

DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA

Brasa

Jdm 64 - 4020

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
Secretaria Municipal de Saúde
VIGILÂNCIA AMBIENTAL

ERS/VIGAMB/ROO/PNCD - BOLETIM DE SUPERVISÃO DIRETA

MUNICÍPIO:_____ **ÁREA:**_____ **ZONA:**_____ ☐ **VD/LI**

AGENTE:_____ **DATA:**_____ ☐ **PTPE**

Data do trabalho do agente selecionado:_____

1. Aspectos observados em relação ao agente.

Material de Trabalho incluindo EPIs	☐ Completo	☐ Incompleto
Uniforme	☐ Sim	☐ Não
Crachá	☐ Sim	☐ Não
Uso de EPIs adequados	☐ Satisfatório	☐ Insatisfatório
(*)Seqüencia de quarteirões trabalhados.	☐ Segue a norma Técnica	☐ Não segue a norma técnica
(*)Seqüencia de trabalhos nos imóveis dentro de cada quarteirão.	☐ Segue a norma Técnica	☐ Não segue a norma técnica
(*)Contagem de imóveis sorteados para pesquisa larvária.	☐ Segue a norma Técnica (LI 33%)	☐ Não segue a norma técnica (LI - 100%)

2. Aspectos avaliados em relação às visitas supervisionadas.

nº. do quarteirão / nº. do imóvel ou nº. cad. PE						
O RG da sua zona/área esta atualizado? (S/N)						
Informou sobre o orgão em que trabalha? (S/N)						
Deu explicações sobre o motivo da visita? (S/N)						
Solicitou o acompanhamento do responsável? (S/N)						
O responsável pelo imóvel o acompanhou? (S/N)						
Inspeção do imóvel (seqüencia do trabalho) (B-M-R)						
Procedimento para pesquisa larvária (B-M-R)						
Medidas de Controle Mecânico. (Sat./Insat.)						
Realização de tratamento químico. (Compl./Incompl.)						
Diálogo com o responsável pelo imóvel sobre medidas adotadas e/ou a serem providenciadas. (B-M-R)						
Registrou adequadamente os dados no boletim? (S/N)						
Informou sobre o período da próxima visita? (S/N)						
Preencheu corretamente a ficha de visita? (S/N)						

(*) Estes itens não se aplicam a PTPE (PESQUISA E TRATAMENTO DE PONTOS ESTRATÉGICOS)

N.º de imóveis supervisionados:_____ **N.º de visitas com pesquisas larvárias:**_____

Supervisores (nome por extenso): _____

3 - MATERIAL DE CAMPO - Faltam:

( ) Uniforme ( ) Calçado ( ) Relógio ( ) Álcool 70% ( ) Algodão ( ) Bacia Plástica ( ) Bolsa de Lona
( ) Cola ( ) Espelho ( ) Caderneta de Anotações ( ) Duas Pescas Larvas - Protegidas ( ) Flanela
( ) Fita Métrica ( ) Boletins ( ) Larvicida ( ) Lanterna ( ) Lápis, Borracha ( ) Manual de instrução
( ) Colheres sopa e café ( ) Prancheta ( ) Pipeta ( ) Tabela de Abate ( ) Tubitos ( ) Calculadora
( ) Cordão - medir poço ( ) Bandeira

Gráfica Lira 3489 1615 (PRESCRIÇÃO)

Comentários dos itens 1 a 4:

Data ____/_____/_____

SUPERVISORES: _____

_____

_____