Doc, 65- 4021

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Brasão

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

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

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

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

Data do trabalho do agente selecionado:_____

1. Aspectos observados em relação ao agente.

Caligrafia legível	☐ Sim ☐ Não
Preenchimento e somatória	☐ Correto ☐ Incorreto
(*)Seqüência de quarteirões trabalhados.	☐ Segue a norma Técnica ☐ Não segue a norma Técnica
(*)Seqüência de trabalhos nos imóveis a cada quarteirão	☐ Segue a norma Técnica ☐ Não segue a norma técnica
(*) Contagem de imóveis sorteados para LI.	☐ Segue a norma Técnica (LI 33%) ☐ Não segue a norma técnica (LI - 100%)
Repassa listagem de imóveis que exijam providências superiores ao supervisor?	☐ Sim ☐ Não

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 pelo imóvel? (S/N)						
O responsável pelo imóvel o acompanhou? (S/N)						
Inspeção do imóvel (Sat./Insat.)						
Pesquisa Larvária (Sat./Insat.)						
Medidas de Controle Mecânico. (Sat./Insat.)						
Realização de tratamento químico. (Compl./Incompl.)						
O responsável pelo imóvel ficou devidamente orientado sobre como evitar criadouros? (S/N)						
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:_____

Supervisores (nome por extenso): _____

3 - MATERIAL DE CAMPO - Faltam:

( ) Uniforme ( ) Calçado ( ) Relógio ( ) Alcool 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 Líder 3433 1515 (0000)

Comentários dos itens 1 e 2:

Data ____/_____/_____

SUPERVISORES: _____

_____

_____

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA

	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/ RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		

Gráfica Lider 2482 SES 17/09/2010

SUS 20 ANOS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CADERNETA DE VACINAÇÃO

NOME: Sem 66-11894

R.G.:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

ENDEREÇO:

UNIDADE DE SAÚDE:

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.
VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	___/___/___ Lote Cód. Nome Reg. Prof.	

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. Indireto					
Outros					

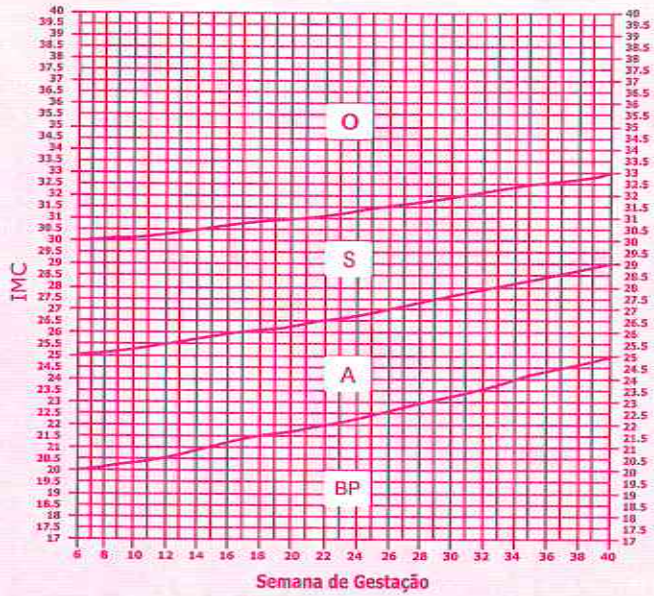
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação

Sulfato ferroso	
Ácido fólico	

Ultra-sonografia

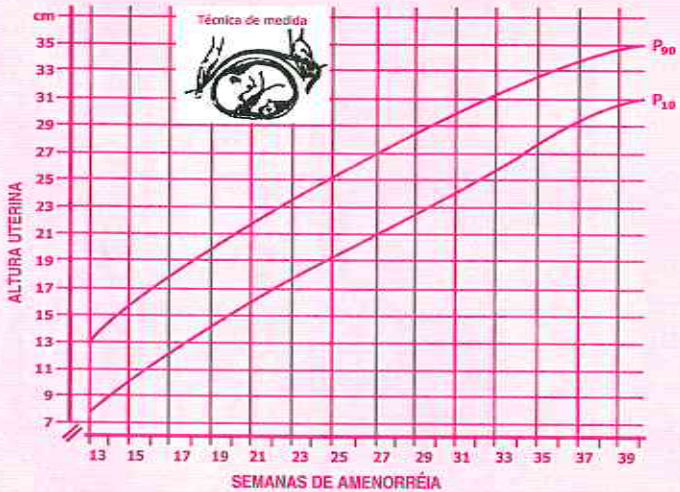
Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP - baixo peso **A** - adequado **S** - sobrepeso **O** - obesidade

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Dim. 67- 35382

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Tel.:

Município:

Cadastro no SIS - pré-natal

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência:_____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

IDADE ANOS

MENOR DE 15 / MAIOR DE 35

Nº DE PRONTUÁRIO

ALFABETIZADA: SIM / NÃO

ESTUDOS: NENHUM / FUNDAMENTAL / MÉDIO / SUPERIOR

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES: GEMELARES / DIABETES / HIPERT.ART. / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS — SIM / NÃO

PESSOAIS: INFECÇÃO URINÁRIA / INFERTILIDADE / CARDIOPATIA / DIABETES / HIPERT. ART. / CIRURG. PÉLV. UTERINA / MÁ FORMAÇÃO / OUTROS — SIM / NÃO

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de): GESTAÇÕES / ABORTOS / PARTOS / NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS / VAGINAIS / CESÁREAS / NASC. VIVOS / NASC. MORTOS / VIVEM / MORRERAM NA 1ª SEMANA / MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS / ANO

AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM

NASCIMENTO COM MAIOR PESO

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR: Kg

ESTATURA

DUM / DPP: DIA / MÊS / ANO

DÚVIDAS: SIM / NÃO

ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO

ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª — MÊS GESTAÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS

GRUPO

Rh: + / -

SENSIB.: SIM / NÃO

TRANSF.: SIM / NÃO — DIA / MÊS / ANO — LOCAL:

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX
SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO

VDRL: + / - — DIA / MÊS

FUMA: SIM / NÃO — Nº DE CIGARROS AO DIA

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										

IG SEMANAS										
PESO (Kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+ a 4 +)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL:

IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42

TAMANHO GETAL CORRESPONDENTE: SIM / NÃO

INÍCIO TP: ESP. / IND.

MEMBRANAS: INT. / ROT. — DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS

CEF. / PELV. / TRAN.

EXP. / CES. / FORC. / OUT. — HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO

NÍVEIS DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO

EPSIOTOMIA: SIM / NÃO

LACERAÇÃO: SIM / NÃO

DEQUIT. EXP.: SIM / NÃO

PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO

MORTE FETAL: NÃO / SIM

MOMENTO: GRAV. / IGNO. / PARTO

ATENDIDA POR:

	MÉDIC.	ENF./	PAR. AUX.	EMPIR.	OUTROS
PARTO					
NEONATO					

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQUILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OCITOC. / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M

VDRL: - / +

APGAR MINUTO: 1º / 5º — 6 OU MENOS

REANIMAÇÃO: SIM / NÃO

PESO AO NASCER: g — MENOS DE 2.500 g

IDADE POR EXAME FÍSICO: SEM. — MENOR DE 37 SEMANAS

PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA: cm.

PER. CEF.: cm.

EX. FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL

EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO

PATOLOGIAS: M. HIALINA / S. ASPIRAT. / OUTROS SDR / APNÉIAS / HEMORRAGIA / INFECÇÃO / NEUROL. / HIPERBILI. / A. CONG. / OUTRA / NENHUMA

RN ALOJ./CONJ.: SIM / NÃO

ALTA DO RN: SADIO / C/ PATOL. / TRANSF. / ÓBITO

IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS

IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS

ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MAX. / MIN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

ORIENT./CONTRACEPÇÃO: CONDOM. / DIU / ORAL / OUTRA / LIG. DA TRO. / RITMO / NENHUM

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

www.graficamicroartes.com. / fone: (66) 3498-2266

Ft. 68
4017

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I

Telefone: (66) 3498.8213

Cartão de Agendamento

Nome:

Endereço.:

Nº Prontuário:

Atividade em Grupo:

2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( )

Horário:

Atenção: Apresentar este cartão para atendimento

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

Item 69 - 35378

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe I"

CARTÃO DE CONTROLE

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO E O CNS

Atenção Básica
Saúde Família

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Nº da Família _____

Nome da Mãe: _____

_____

Dependentes _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3498-1516 (789/08/11)

Item 70 - 35380

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe II"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Primavera do Leste

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3488-1516 (5054/06/10)

Item 71 - 5552

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe III"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Primavera do Leste

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3498-1916 (6054/09/10)

Item 78 - 24215

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe IV"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Primavera do Leste
Cultivando novos dias

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3490-1516 (8051/05/10)

Item 73- 24338

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe V"

CARTÃO DE CONTROLE

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO E O CNS

Atenção Básica
Saúde Família

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Nº da Família _____

Nome da Mãe: _____

_____

Dependentes _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3498-1516 (7899/08/11)

Item 74- 24339

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe VI"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Ficha Clinica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica da Liz - 85 3035-3355

Item 75 - 35379

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe VII"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Primavera do Leste

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3498-1516 (6054/09/10)

Doc. 76- 24371

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe VIII"

CARTÃO DE CONTROLE

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO E O CNS

Atenção Básica
Saúde Família

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Nº da Família _____

Nome da Mãe: _____

_____

Dependentes _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3498-1516 (7899/09/11)

Jan. 97 – 12/98

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe X"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

PREFEITURA MUNICIPAL
Primavera do Leste
Cultivando novos dias

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica de Liz - (65) 3685-3355

Item 78 - 29340

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"Equipe IX"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

Primavera do Leste

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica Líder 3499-1510 (#054/06/10)

Item 79 - 21341

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS

"Bairro Tuiuiú"

CARTÃO DA FAMÍLIA

OBS.: PARA ATENDIMENTO DEVERÁ TRAZER ESTE CARTÃO

Atenção Básica
Saúde Família

PrimaveradoLeste
Cultivando novos ares

Ficha Clínica nº _____

Paciente _____

_____

D.N. _____

_____

_____

_____

_____

Endereço: _____

_____

Gráfica de Liz - (65) 3685-3355

ITEM 80 - 24178

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

RECEPTOR	NOME:			
	HOSPITAL:	TIPO SANGÚINEO: ABO_____Rh_____	P CRUZADA	PESQ. DE ANTIC IRREGULARES
DOADOR	HEMOCOMPONENTE	Nº DOAÇÃO:	VOLUME: ml	
	TIPO SANGUÍNEO: ABO_____Rh_____	TÉCNICO RESPONSÁVEL	DATA	

ESTE PRODUTO SÓ PODERÁ SER UTILIZADO PARA O RECEPTOR ACIMA IDENTIFICADO

LEIA O VERSO

- LER ANTES DE TRANSFUNDIR:

1 - VERIFICAR A PRESCRIÇÃO MÉDICA
2 - HEMOCOMPONENTE SOLICITADO
3 - OS DADOS DO RECEPTOR
4 - TIPO ABO/Rh DA BOLSA

- LEMBRE ! QUALQUER SINAL ADVERSO DURANTE A TRANSFUSÃO PODE SIGNIFICAR REAÇÃO TRANSFUSIONAL

- EM CASO DE ACIDENTE, CONTACTAR IMEDIATAMENTE A UCT ATRAVÉS DO TELEFONE: (66) 3498-1727
ENDEREÇO:

RUA RIO DE JANEIRO, 601
PRIMAVERA DO LESTE - MT

OBSERVAÇÕES: _____

_____

LEIA O VERSO

Item 81 - 35381

SUS - SISTEMEA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRIMAVERA DO LESTE - MT

Cartão Preservativo / Anticoncepcional

Nome:

Data Nascimento:

Endereço:

Nome da Mãe:

RG:

CPF:

Tel.:

Os medicamentos só serão entregues com a apresentação deste cartão.

CONTROLE DE ENFERMAGEM

DATA	QUANTIDADE

DATA	QUANTIDADE

DATA	MEDICAMENTO	QUANT.	MÉDICO

São Direitos Constitucionais da Criança

Ser amamentada.

Ser bem alimentada, vacinada e receber acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.

Contar com bons serviços de saúde, boas creches e pré escolas.

Viver em lugar saudável, ter oportunidade de brincar e aprender.

Receber afeto e viver sem violência.

Ser acompanhada pela mãe nos serviços de saúde.

Todos devem ajudar a garantir esses direitos.

PREFEITURA
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE-MT

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Cartão da Criança

Nome da Criança Stem 82 - 24300

Nome da Mãe

Nome do pai

Endereço

Cidade / Estado | Telefone | CEP

Local de referência

Data de Nascimento | Local

Crescimento (cm) | Peso em (gramas) | Perímetro cefálico (cm)

Apgar 5' | Tipo de parto: Normal | Forceps | Cesária

Observações

Desenvolver-se é crescer, aprender e fazer coisas novas, diferentes.

Seu filho deve começar a mamar logo após no nascimento

A amamentação traz alimento e carinho. Ela já sente e aprende. Gosta que falem e cantem enquanto cuidam dele. Até 4 e 6 meses, o leite do peito é o único alimento necessário.

2 meses

Responde ao sorriso,

Idade:_____

A amamentação protege o bebê e ajuda a desenvolver sua inteligência.
Coloque seu filho em diferentes posições.
Mostre objetos colorido a ele. Leve-o ao Serviço de Saúde para acompanhamento e vacinação.

4 meses

De bruços, levanta a cabeça e ombros

Idade:_____

Continue amamentando. Entre 4 e 6 meses, comece a dar lhe outros alimentos.
Gosta de colocar as mãos e tudo o que pega na boca. Seus brinquedos devem estar limpos.
Coloque seu filho em lugares variados, mas atenção por que ele começa a rolar e pode cair.

6 meses

Vira sem errar o lado do barulho

Idade:_____

Seu filho precisa comer 2 refeições de sal, mas ainda precisa mamar.
Converse com ele, repetindo os sons que ele faz.
Coloque-o no chão para se movimentar melhor.
Olha e pega tudo: cuidado com coisas pequenas para não engasgar.

9 meses

Arrasta-se ou engatinha.

Idade:_____

Brinque com seu filho de fazer caretas, bater palminhas: mostre alegria com o que ele for aprendendo.
Converse com ele. Ensina-lhe o nome das coisas e pessoas.
É muito curioso, não deixe ao seu alcance: remédios, inseticidas, coisas perigosas.

Cada criança tem um jeito próprio de desenvolver-se

1 ano

Fala duas palavras

Idade:_____

Seu filho já come a comida da casa, mas precisa comer mais vezes que um adulto.
Ele brinca de bater encaixar e empilhar objetos.
Vai aprender o nome das partes do corpo.
A vacinação está em dia?

1 ano e 6 meses

Anda sozinho.

Idade:_____

Criança gosta de brincar com água.
Ajude-o a lavar as mãos e escovar os dentes.
Deixe que use a colher e o copo.
Comece aos poucos a tirar a fralda e ensine seu filho a usar o peniquinho. Com paciência.

2 anos

Empilha 5 coisas.

Idade:_____

Seu filho gosta de brincar com coisas variadas e com outras crianças.
Já tem vontade própria, fala muito a palavra não.
Sobe e mexe em tudo: cuidado com o fogo e cabos de panelas.

2 anos e 6 meses

Fala frases curtas.

Idade:_____

Gosta de cantar, batucar, imitar pessoas, animais, carros e brincar de "casinha".
Ensine seu filho a dizer seu próprio nome.
Converse sempre com ele.
Aprende muito pela imitação: o exemplo dos adultos é muito importante.

3 anos

Desenha bolinhas

Idade:_____

Criança precisa de outras crianças e de espaço para brincar, correr e pular.
Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos.
Pode aprender a contar e conhecer cores.
Gosta de rabiscar.

4 anos

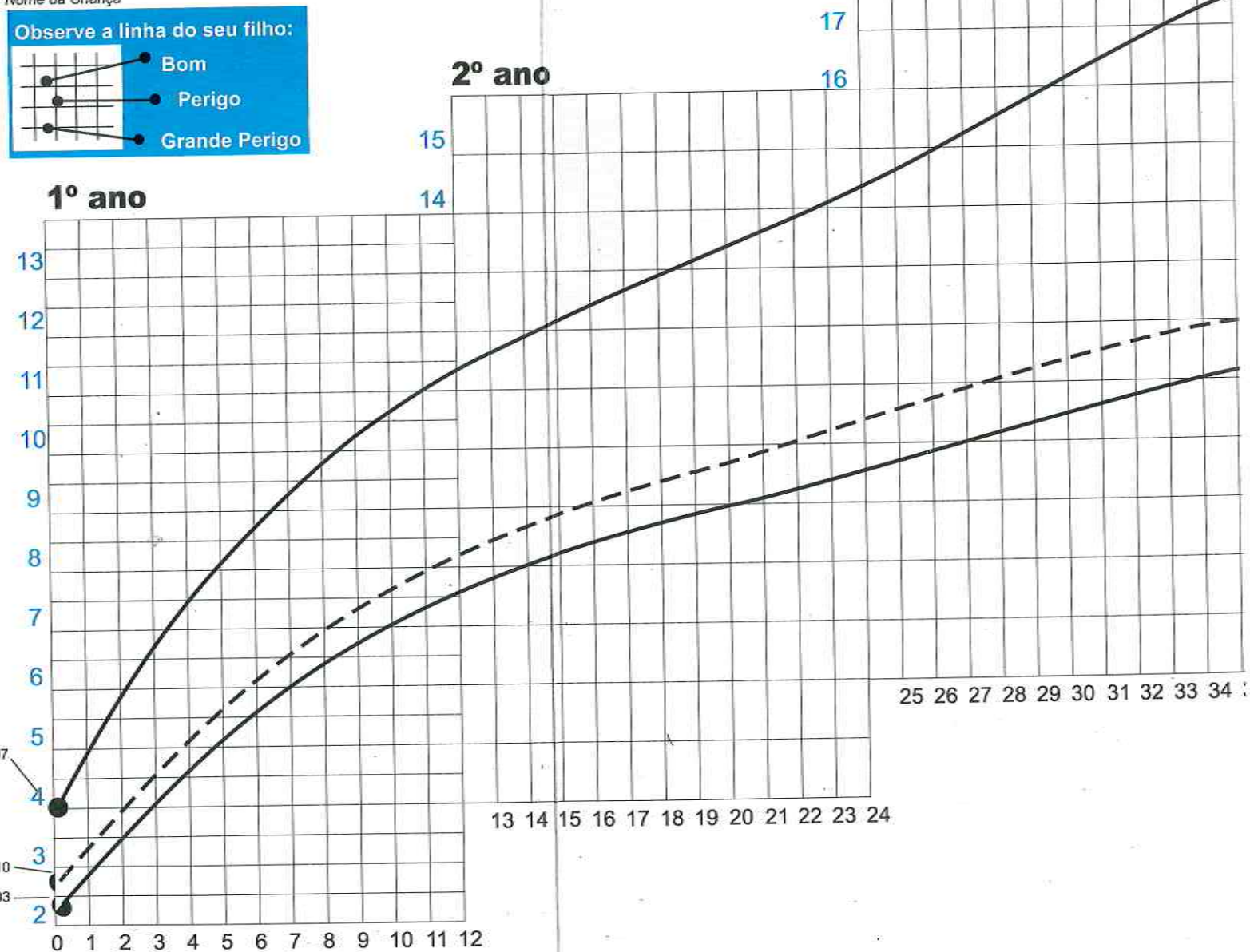
Conta ou inventa pequenas histórias.

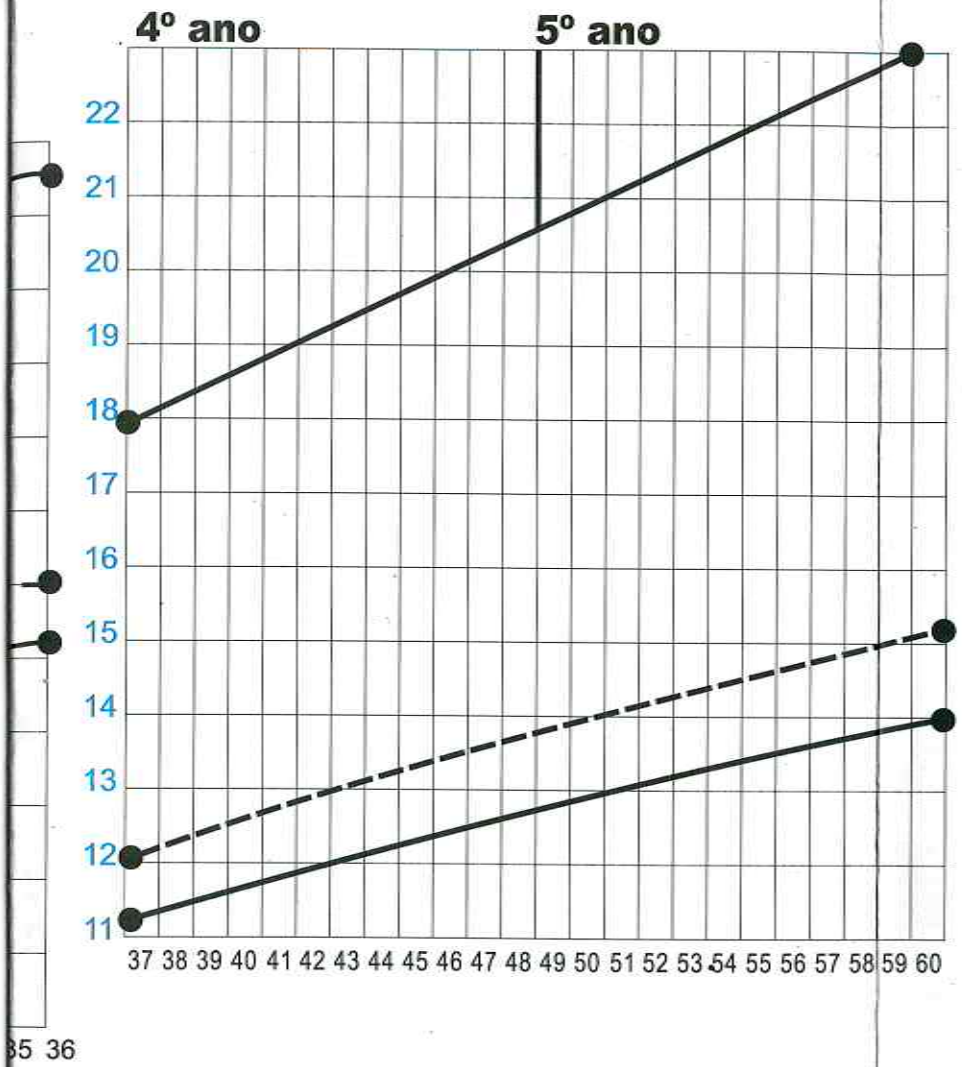
Idade:_____

Gosta de ouvir história, aprender canções, ver livros e revistas.
Tem atração pelo fogo. Cuidado!
Ensine seu filho a ser organizado, a cuidar de si e do lugar onde vive.
Ajude-o para que ele aprenda melhor.

Gráfico Peso-Idade

Nome da Criança





Padrão de referência para peso e idade do NCHS

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

A Início da introdução de outros alimentos	**D** Diarréia	**H** Hospitalização
	P Pneumonia	**O** Outra doença

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA											
	Anti-Pólio	Tetra	Contra Hepatite B	BCG	Contra Sarampo	Contra Febre Amarela	Rotavírus	2º Reforço Tetra	Outras Vacinas		
Data / Rubrica	*Data / Rubrica*	*Data / Rubrica*	*Data / Rubrica*								
1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço								

Documento válido em todo Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido.

São Direitos Constitucionais da Criança

Ser amamentada.

Ser bem alimentada, vacinada e receber acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.

Contar com bons serviços de saúde, boas creches e pré escolas.

Viver em lugar saudável, ter oportunidade de brincar e aprender.

Receber afeto e viver sem violência.

Ser acompanhada pela mãe nos serviços de saúde.

Todos devem ajudar a garantir esses direitos.

Gráfica on Liz 65 3686 3355

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE-MT

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

SUS Sistema Único de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde

Cartão da Criança

Nome da Criança
Item 83 - 24309

Nome da Mãe

Nome do pai

Endereço

Cidade / Estado | Telefone | CEP

Local de referência

Data de Nascimento | Local

Crescimento (cm) | Peso em (gramas) | Perimetro cefálico (cm)

Apgar 5' | Tipo de parto: Normal | Forceps | Cesária

Observações

Desenvolver-se é crescer, aprender e fazer coisas novas, diferentes.

Seu filho deve começar a mamar logo após no nascimento

A amamentação traz alimento e carinho. Ela já sente e aprende. Gosta que falem e cantem enquanto cuidam dele. Até 4 e 6 meses, o leite do peito é o único alimento necessário.

2 meses

Responde ao sorriso,
Idade: _____

A amamentação protege o bebê e ajuda a desenvolver sua inteligência.
Coloque seu filho em diferentes posições.
Mostre objetos colorido a ele. Leve-o ao Serviço de Saúde para acompanhamento e vacinação.

4 meses

De bruços, levanta a cabeça e ombros
Idade: _____

Continue amamentando. Entre 4 e 6 meses, comece a dar lhe outros alimentos.
Gosta de colocar as mãos e tudo o que pega na boca. Seus brinquedos devem estar limpos.
Coloque seu filho em lugares variados, mas atenção por que ele começa a rolar e pode cair.

6 meses

Vira sem errar o lado do barulho
Idade: _____

Seu filho precisa comer 2 refeições de sal, mas ainda precisa mamar.
Converse com ele, repetindo os sons que ele faz.
Coloque-o no chão para se movimentar melhor.
Olha e pega tudo: cuidado com coisas pequenas para não engasgar.

9 meses

Arrasta-se ou engatinha.
Idade: _____

Brinque com seu filho de fazer caretas, bater palminhas: mostre alegria com o que ele for aprendendo.
Converse com ele. Ensina-lhe o nome das coisas e pessoas.
É muito curioso, não deixe ao seu alcance: remédios, inseticidas, coisas perigosas.

Cada criança tem um jeito próprio de desenvolver-se

1 ano

Fala duas palavras
Idade:

Seu filho já come a comida da casa, mas precisa comer mais vezes que um adulto.
Ele brinca de bater encaixar e empilhar objetos.
Vai aprender o nome das partes do corpo.
A vacinação está em dia?

1 ano e 6 meses

Anda sozinho.
Idade: _____

Criança gosta de brincar com água.
Ajude-o a lavar as mãos e escovar os dentes.
Deixe que use a colher e o copo.
Comece aos poucos a tirar a fralda e ensine seu filho a usar o peniquinho. Com paciência.

2 anos

Empilha 5 coisas.
Idade: _____

Seu filho gosta de brincar com coisas variadas e com outras crianças.
Já tem vontade própria, fala muito a palavra não.
Sobe e mexe em tudo: cuidado com o fogo e cabos de panelas.

2 anos e 6 meses

Fala frases curtas.
Idade: _____

Gosta de cantar, batucar, imitar pessoas, animais, carros e brincar de "casinha".
Ensine seu filho a dizer seu próprio nome.
Converse sempre com ele.
Aprende muito pela imitação: o exemplo dos adultos é muito importante.

3 anos

Desenha bolinhas
Idade: _____

Criança precisa de outras crianças e de espaço para brincar, correr e pular.
Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos.
Pode aprender a contar e conhecer cores.
Gosta de rabiscar.

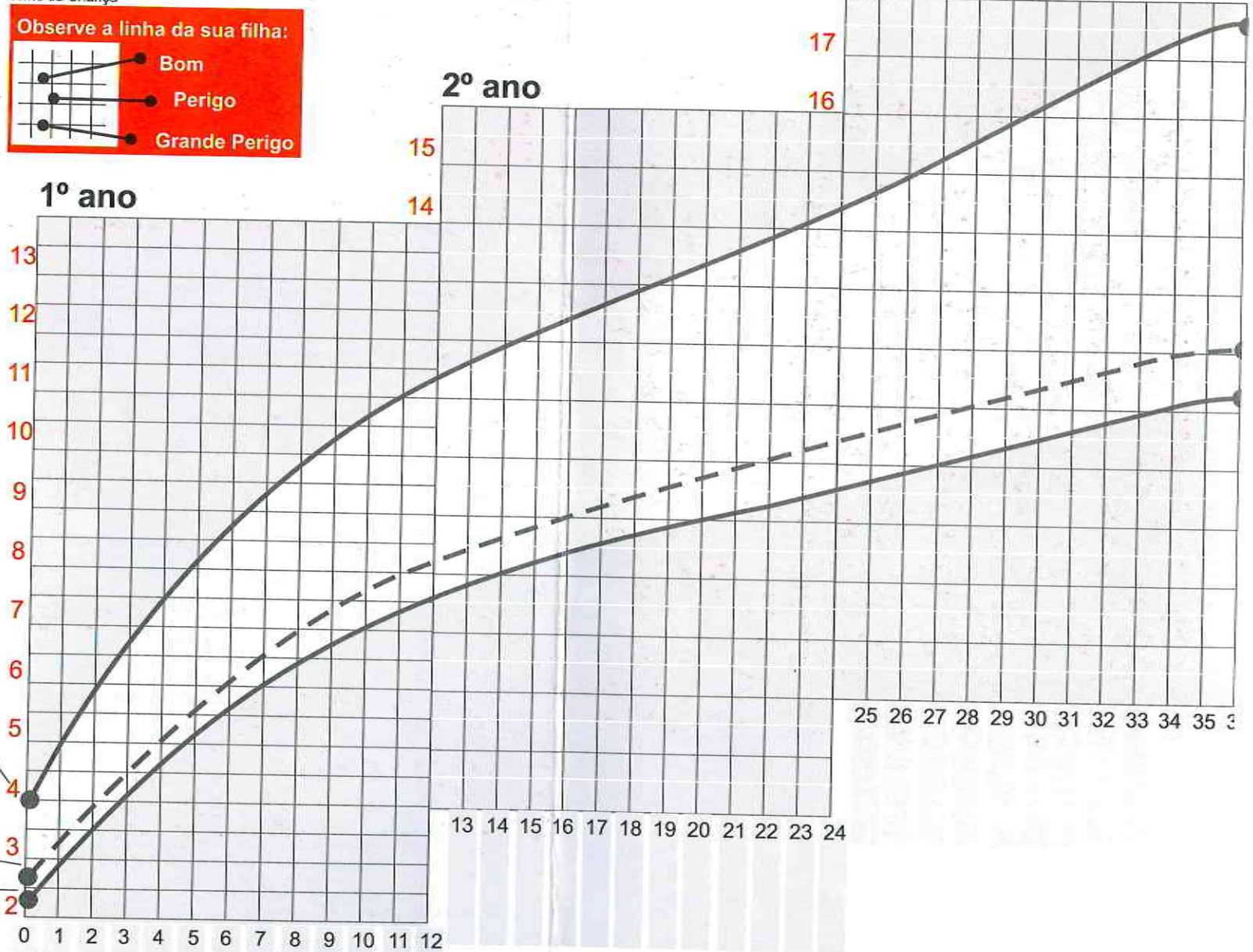
4 anos

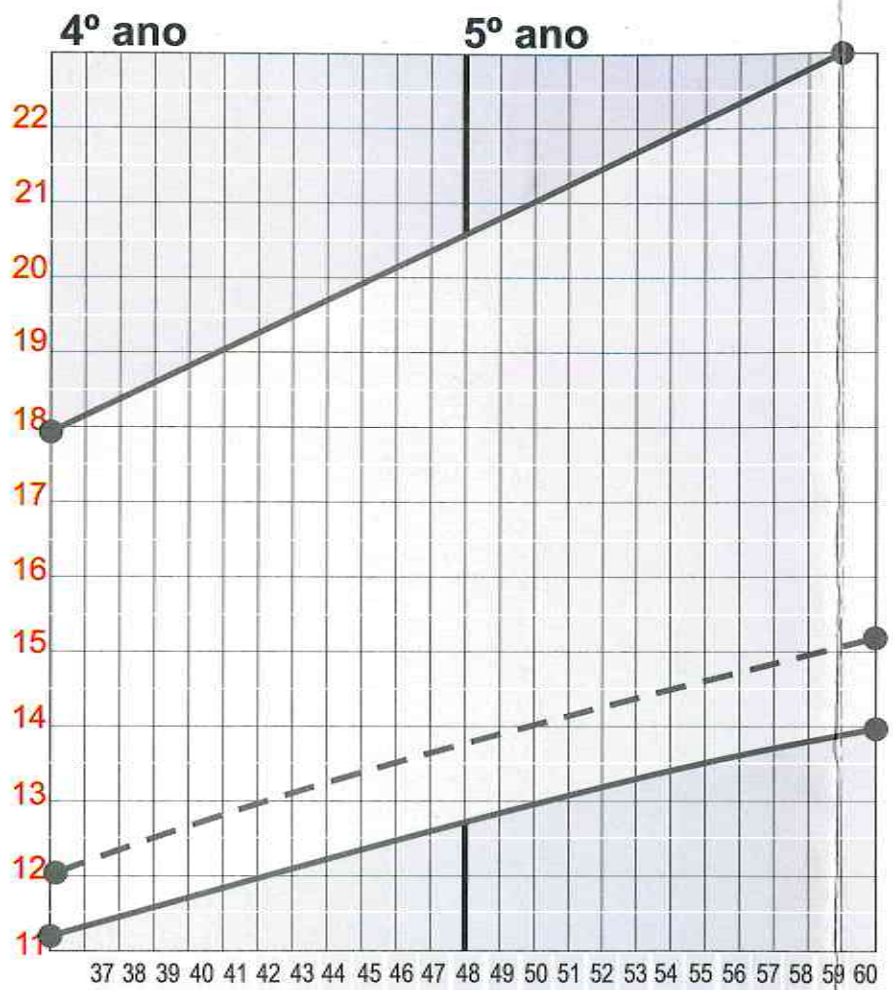
Conta ou inventa pequenas histórias.
Idade: _____

Gosta de ouvir história, aprender canções, ver livros e revistas.
Tem atração pelo fogo. Cuidado!
Ensine seu filho a ser organizado, a cuidar de si e do lugar onde vive.
Ajude-o para que ele aprenda melhor.

Gráfico Peso-Idade

Nome da Criança





Padrão de referência para peso e idade do NCHS

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

A Início da introdução de outros alimentos	**D** Diarréia	**H** Hospitalização
	P Pneumonia	**O** Outra doença

VACINAS OBRIGATÓRIAS NO 1º ANO DE VIDA											
Anti-Pólio	Tetra	Contra Hepatite B	BCG	Contra Sarampo	Contra Febre Amarela	Rotavírus	2º Reforço Tetra	Outras Vacinas			

Item 84 - 24276

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRIMAVERA DO LESTE - MT

Cartão Hipertenso / Diabético

Nome:

Data Nascimento:

Endereço

Nome da Mãe:

RG:

CPF:

Tel.:

Os medicamentos só serão entregues com a apresentação deste cartão.

CONTROLE DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL

DATA	HORA	GLICEMIA

DATA	MEDICAMENTO	QUANT.	MÉDICO

Prefeitura Municipal de Primavera do Leste - MT
Secretaria Municipal de Saúde

item 186
24393

Unidade
Coleta e
Tranfusão

DOE SANGUE, DOE VIDA!

REGISTRO DAS DOAÇÕES REALIZADAS
(NÃO ATESTA OS RESULTADOS DOS EXAMES SOROLÓGICOS)

DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL
DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL
DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL

REGISTRO DAS DOAÇÕES REALIZADAS
(NÃO ATESTA OS RESULTADOS DOS EXAMES SOROLÓGICOS)

DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL
DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL
DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL	DATA: ___/___/___ RESPONSÁVEL

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

O Presidente da Republica: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte

Art. 1º Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou para-estatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.

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

Art. 3º O doador voluntário, que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em igualdade de condições exigidas em Lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade à Patria.

Art. 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 473 O empregado poderá deixar de comparecer a serviço sem prejuízo de salário:

IV Por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada.

LEI Nº 1.362 DE 20 DE JUNHO DE 2013

Institui meia entrada em locais públicos de Cultura, Esporte e Lazer para os Doadores de Sangue no Município de Primavera do Leste-MT O PREFEITO MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE ESTADO DE MATO GROSSO, NO USO DAS ATRIBUIÇÕES QUE LHE SÃO CONFERIDAS POR LEI FAZ SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL APROVOU A ELE SANCIONA A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º - A Lei Municipal nº 1.022 de 23 de novembro de 2007, passa a vigorar acrescida do Artigo 2º-A, a com a seguinte redação:

Artigo 2º-A - Fica instituída no município de Primavera do Leste-MT, meia-entrada constituída de 50% do valor integral da entrada cobrada, para doadores regulares de sangue, em locais públicos de eventos culturais, esportes e lazer, mantidos pelas entidades e pelos órgãos da Administração direta e indireta do município de Primavera do Leste-MT.

§ 1º- A secretaria de saúde do Município de Primavera do Leste-MT, através da Unidade de Coleta emitirá carteira de controle comprovando a regularidade das doações de sangue.

§ 2º- Para efeitos desta Lei, são considerados locais públicos: teatros, museus, cinemas, circos, feiras de exposições, zoológicos, parques, pontos turísticos e estádios de futebol.

§ 3º- Terão prioridade no atendimento os doadores de sangue, onde houver filas, tais como instituições bancárias, lotéricas e em locais similares.

Artigo 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL Em 20 de junho de 2013.

CONDIÇÕES BÁSICAS PARA DOAR SANGUE

Apresentar um documento oficial com foto; Estar bem de saúde; Ter dormido no mínimo 4h na noite anterior a doação; Não estar em jejum; ter mais de 50 kg; ter entre 16 a 67 (11meses e 29 dias)

SEJA UM DOADOR REGULAR

MULHER: doe sangue a cada 3 meses - máximo 3 doações por ano.
HOMEM: doe sangue a cada 2 meses - máximo 4 doações por ano.

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO DE PRIMAVERA DO LESTE

Rua: Rio de Janeiro, 601. Centro-CEP: 78.850-000. FONE: (66) 3498-1727
ramal: 218/219
e-mail: bancodesangue.uct@hotmail.com
Facebook: Banco de Sangue - UCT

CARTEIRA DO DOADOR DE SANGUE

NOME:

DN:

RG:

TIPO SANGUINEO

ASSINATURA

Item 87 - 2476

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE
UNIDADE DE SAÚDE:_____
ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO DE LTA OU LV

Nome:_____

Idade:_____ Peso:_____

Endereço: _____

CNS:_____

Tipo: ( )LTA ( )LV

Prescrição:_____

_____

Médico responsável:_____

ATENÇÃO:

1. De segunda a sexta, realizar tratamento na Unidade de Saúde de sua referência;
2. Nos finais de semana ou feriados, continuar tratamento na UPA; e
3. Não interromper o tratamento.

DOSE	DATA	LOCAL	INTERCORRÊNCIA	ASSINATURA/ CARIMBO
1ª dose				
2ª dose				
3ª dose				
4ª dose				
5ª dose				
6ª dose				
7ª dose				
8ª dose				
9ª dose				
10ª dose				
11ª dose				
12ª dose				
13ª dose				
14ª dose				
15ª dose				
16ª dose				
17ª dose				
18ª dose				
19ª dose				
20ª dose				
21ª dose				
22ª dose				
23ª dose				
24ª dose				
25ª dose				
26ª dose				
27ª dose				
28ª dose				
29ª dose				
30ª dose				

Item 88 - 2487

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE
UNIDADE DE SAÚDE:_____
ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO DE TREPONEMA PALLIDUM

Nome:_____

Idade:_____

Endereço: _____

CNS:_____

( ) gestante

Prescrição:_____

_____

Médico responsável:_____

DOSE	DATA	LOCAL	DOSAGEM	ASSINATURA/ CARIMBO
1ª dose				
2ª dose				
3ª dose				

DOSE	DATA	LOCAL	DOSAGEM	ASSINATURA/ CARIMBO
1ª dose				
2ª dose				
3ª dose				

ATENÇÃO:

1. Procurar a UPA (Av. Coxilha, n°, Poncho Verde), portando prescrição médica e este cartão;
2. Exigir preenchimento deste cartão pelo profissional que o atendeu;
3. Apresentar este cartão durantes as consultas médicas de retorno.

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(3)

CHECAGEM DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DA VIATURA - USA

SAMU 192

VIATURA item 89 - 35399 Data: _____ Lacre: _____

QDE	ITEM	Data:→ __/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
03	Almotolias Povidine Tópico / Álcool							
01	Ambú adulto c/ máscara							
01	Ambú infantil c/ máscara							
01	Aparelho de glicemia capilar							
01	Bloco de fichas de atendimento							
01	Bloco de requisição de materiais							
01	Cadeira de rodas							
01	Caixa de lixo hospitalar							
03	Capas de chuva							
02	Camisa do protetor							
01	Cinto Aranha							
01	Chave p/ troca de cilindro de oxigênio							
02	Cilindro fixo de oxigênio							
01	Circuito de ventilador estéril adulto							
01	Circuito de ventilador estéril pediátrico/neonatal							
01	Colar cervical pediátrico							
03	Colar cervical P							
03	Colar cervical M							
02	Colar cervical G							
03	Cones de sinalização							
01	DEA							
01	Estetoscópio adulto							
01	Estetoscópio pediátrico							
01	Esfigmomanômetro adulto							
01	Esfigmomanômetro pediátrico							
03	Fita de glicemia capilar							
01	Garrafa de álcool 70%							
01	Ked completo em bolsa							
01	Ked completo em bolsa infantil							
01	Lanterna							
05	Lençóis para maca							
01	Maca retrátil com rodas							
15	Máscaras cirúrgicas							
01	Mochila vermelha - Acesso venoso							
01	Mochila verde - Medicamentos							
01	Mochila amarela - Procedimentos							
01	Mochila azul - Vias Aéreas							
01	Monitor desfibrilador cardíaco (com 2 placas)							
03	Óculos de proteção							
01	Oxímetro portátil de pulso							
02	Pilhas grandes (reserva p/ laringoscópio)							
02	Prancha de madeira - ADULTO							
01	Prancha de madeira - INFANTIL							
01	Prancheta							
02	Protetor lateral							
01	Rádio (HT)							
01	Régua de O2 com mangueira e frascos							
02	Saco de lixo							
01	Sonar							
03	Tala de mobilização flexível - P							
03	Tala de mobilização flexível - M							
03	Tala de mobilização flexível - G							
03	Tala de mobilização rígida - P							
03	Tala de mobilização rígida - M							
03	Tala de mobilização rígida - G							
02	Torpedo de Oxigênio 2m²							
01	Torpedo de oxigênio PPU							
01	Tração de Fêmur Adulto							
01	Termômetro Digital							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							

Gráfica Líder 3498-1517 (5789/04/10)

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

SAMU 192

(4)
item 90 - 35398

CHECAGEM DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DA VIATURA - USB

VIATURA _____ Data: _____ Lacre: _____

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
03	Almotolias Povidine Tópico / Álcool							
01	Ambú adulto c/ máscara							
01	Ambú infantil c/ máscara							
01	Aparelho de glicemia capilar							
01	Bloco de fichas de atendimento							
01	Bloco de requisição de materiais							
01	Cadeira de rodas							
01	Caixa de lixo hospitalar							
02	Camisa do protetor							
05	Capas de chuva							
01	Chave p/ troca de cilindro de oxigênio lanterna							
02	Cilindro fixo de oxigênio							
01	Cinto Aranha							
01	Colar cervical pediátrico							
03	Colar cervical P							
03	Colar cervical M							
02	Colar cervical G							
03	Cones de sinalização							
01	DEA							
01	Esetoscópio adulto							
01	Esfigmomanômetro adulto							
05	Fita de glicemia capilar							
01	Garrafa de álcool 70%							
01	Lanterna							
05	Lençóis para maca							
01	Ked completo em bolsa infantil							
01	Ked completo em bolsa							
15	Máscaras cirúrgicas							
[illegible]	Mochila vermelha - Acesso venoso							
01	Mochila verde - Medicamentos							
01	Mochila amarela - Procedimentos							
01	Mochila azul - Vias Aéreas							
01	Maca retrátil com rodas							
01	Monitor Desfibrilador Cardíaco (com 2 placas)							
02	Prancha de madeira - ADULTO							
01	Prancha de madeira - INFANTIL							
01	Prancheta							
02	Protetor lateral							
03	óculos de proteção							
01	Oxímetro portátil de pulso							
01	Rádio (HT)							
01	Régua de O2 com mangueira e frascos							
02	Sacos de lixo							
03	Tala de mobilização flexível - P							
03	Tala de mobilização flexível - M							
03	Tala de mobilização flexível - G							
03	Tala de mobilização rígida - P							
03	Tala de mobilização rígida - M							
03	Tala de mobilização rígida - G							
01	Termômetro digital							
02	Torpedo de Oxigênio 2m²							
01	Torpedo de Oxigênio PPU							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							

Gráfica Líder 3498-1517 (5788/04/10)

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(5)

SAMU 192

Unidade de Suporte Avançado

item 91 - 35404

MOCHILA VERMELHA - ACESSO VENENOSO

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	**ITEM**							
05 unid.	Abocath 14							
05 unid.	Abocath 16							
05 unid.	Abocath 18							
05 unid.	Abocath 20							
05 unid.	Abocath 22							
05 unid.	Abocath 24							
10 unid.	Agulha 25X7							
10 unid.	Agulha 40X12							
06 unid.	Equipo macrogotas							
01 unid.	esparadrapo comum grande							
01 unid.	Garrote							
05 pcts.	Gaze estéril							
01 unid.	Micropore médico							
03 unid.	Máscaras cirúrgicas							
03 unid.	Polifix 2 vias / Torneirinha							
04 unid.	Ringer lactado 500 ml							
05 unid.	Seringa 3 ml.							
05 unid.	Seringa 5 ml.							
05 unid.	Seringa 10 ml.							
05 unid.	Seringa 20 ml.							
01 unid.	SF 0,9% 125 ml (frasco)							
01 unid.	SF 0,9% 250 ml.							
03 unid.	SF 0,9% 500 ml.							
01 unid.	SG 5% 500 ml							
01 unid.	Isocel 500 ml.							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5794/04/10)

10 Bloco

100 K4

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

SAMU 192

(6)

item 92 35405

Unidade de Suporte Avançado

MOCHILA AMARELA - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
06 unid.	Apósito							
20 unid.	Ataduras de crepon 10 cm							
20 unid.	Ataduras de crepon 15 cm							
20 unid.	Ataduras de crepon 20 cm							
02 unid.	Cateter tipo óculos							
04 unid.	Clamps umbilicais							
02 unid.	Cobertor metalizado adulto							
02 pcts.	Compressa estéril							
01 unid.	Esparadrapo comum grande							
02 unid.	Espátula							
10 pcts	Gaze estéril							
01 unid.	Lâmina de bisturi 22							
01 unid.	Lâmina de bisturi 23							
02 pares	Luva estéril 7.0							
02 pares	Luva estéril 7.5							
02 pares	Luva estéril 8.0							
[illegible] pares	Luva estéril 8.5							
02 fras.	SF 0,9% 250 ml.							
01 fras.	SF 0,9% 500 ml.							
01 unid.	SNG 06							
01 unid.	SNG 12							
01 unid.	SNG 16							
01 unid.	SNG 18							
01 unid.	SNG 20							
03 unid.	Sonda de aspiração nº 10							
03 unid.	Sonda de aspiração nº 12							
02 unid.	Soro fisiológico 125 ml							
01 unid.	Tesoura ponta-romba							
01 unid.	Xylocaína géleia							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5795/04/10)

10 Bloco

100 x 1

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(8)

item 93 - 35407

Unidade de Suporte Avançado

MOCHILA AZUL - VIAS AÉREAS

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
02 unid.	Abocath 14							
02 unid.	Abocath 16							
02 unid.	Abocath 18							
01 unid.	Ambú adulto c/ máscara (2 unid.)							
01 unid.	Ambú adulto c/ máscara (1 unid.)							
01 unid.	Ambú Neonatal							
02 unid.	Cabo de laringoscópio adulto							
01 unid.	Cabo de laringoscópio infantil							
01 unid.	Cânula Guedel 0 Infantil							
01 unid.	Cânula Guedel 1 Infantil							
[illegible]nid.	Cânula Guedel 3							
02 unid.	Cânula Guedel 4							
02 unid.	Cânula Guedel 5							
06 unid.	Cadarço p/ TOT							
02 unid.	Catéter nasal de O^2							
02 unid.	Fio guia - esterilizado							
04 pcts	Gaze estéril							
02 unid.	Lâmina de bisturi nº 22							
05 unid.	Lâmina para laringo curva - ADULTO							
01 unid.	Lâmina para laringo reta - ADULTO							
02 unid.	Lâmina para laringo curva - INFANTIL							
02 unid.	Lâmina para laringo reta - INFANTIL							
04 pares	Luva estéril							
01 unid.	Máscara VENTURI							
02 unid.	Pilha média (reserva)							
02 unid.	Pilha AA (reserva)							
02 unid.	Seringa 20 ml							
02 unid.	Sonda de aspiração: 10							
01 unid.	Sonda de aspiração: 12							
[illegible]nid.	Sonda de aspiração: 16							
01 unid.	Tubo orotraqueal 2.0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 2.5 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 3.0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 3.5 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 4.0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 4.5 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 5.5 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 6.0 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 6.5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 7.0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 7.5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 8.0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 8.5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 9.0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 9.5 c/ cuff							
01 unid.	Xilocaína galéia							
01 unid.	Xilocaína 2% SVC spray							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 7.5							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8.0							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8.5							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (7031/01/11)

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

SAMU 192

Unidade de Suporte Avançado

MOCHILA AZUL - VIAS AÉREAS

10 Bloco

100 x 1

QDE	ITEM	Data:→						
02 unid.	Adocaín 14							
02 unid.	Adocaín 16							
02 unid.	Adocaín 18							
01 unid.	Ambú adulto c/ máscara (2 unid.)							
01 unid.	Ambú adulto c/ máscara (1 unid.)							
01 unid.	Ambú Neonatal							
02 unid.	Cabo de laringoscópio adulto							
01 unid.	Cabo de laringoscópio infantil							
01 unid.	Cânula Guedel 0 infantil							
01 unid.	Cânula Guedel 1 infantil							
02 unid.	Cânula Guedel 3							
02 unid.	Cânula Guedel 4							
02 unid.	Cânula Guedel 5							
08 unid.	Cadarço p/ TOT							
02 unid.	Cateter nasal de O2							
02 unid.	Fio guia - estilizado							
04 pcts	Gaze estéril							
02 unid.	Lâmina de bisturi nº 22							
05 unid.	Lâmina para laringo curva - ADULTO							
01 unid.	Lâmina para laringo reta - ADULTO							
02 unid.	Lâmina para laringo curva - INFANTIL							
02 unid.	Lâmina para laringo reta - INFANTIL							
04 pares	Luva estéril							
01 unid.	Máscara VENTURI							
02 unid.	Pilha média (reserva)							
02 unid.	Pilha AA (reserva)							
02 unid.	Seringa 20 ml							
02 unid.	Sonda de aspiração: 10							
02 unid.	Sonda de aspiração: 12							
02 unid.	Sonda de aspiração: 16							
01 unid.	Tubo orotraqueal 2,0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 2,5 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 3,0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 3,5 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 4,0 sem cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 4,5 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 5,5 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 6,0 c/ cuff							
01 unid.	Tubo orotraqueal 6,5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 7,0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 7,5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 8,0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 8,5 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 9,0 c/ cuff							
02 unid.	Tubo orotraqueal 9,5 c/ cuff							
01 unid.	Xilocaína geléia							
01 unid.	Xilocaína 2% SVC spray							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 7,5							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8,0							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8,5							
		RUBRICA DO VERIFICADOR						
		NÚMERO DO LACRE						

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(9)

item 94 - 35408

SAMU 192

Unidade de Suporte Avançado

MOCHILA VERDE - MEDICAMENTOS

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
10 compr.	AAS 100 mg							
03 unid.	Abocath 14							
03 unid.	Abocath 16							
03 unid.	Abocath 18							
03 unid.	Abocath 20							
03 unid.	Abocath 22							
03 unid.	Abocath 24							
20 amp.	Adrenalina							
10 amp.	Água destilada 10 ml							
05 unid.	Agulha 25X7							
05 unid.	Agulha 40X12							
03 amp.	Aminofilina							
05 amp.	Amiodarona							
20 amp.	Atropina							
[illegible] fras.	Atrovent gotas							
01 fras.	Berotec gotas							
01 unid.	Bicarbonato de Sódio							
03 amp.	Buscopan composto							
10 compr.	Captopril 25 mg							
10 compr.	Captopril 50 mg							
01 fras.	Colírio anestésico							
02 fras.	Cortisona succinato sódico (solucortef)							
03 amp.	Dexametasona 4 mg/ml							
05 amp.	Diclofenaco sódico 75 mg							
05 amp.	Dipirona 2 ml							
03 unid.	Equipo macrogotas							
05 amp.	Furosemida							
03 amp.	Gadernal							
05 amp.	Glicose 25%							
05 amp.	Glicose 50%							
10 compr.	Isossorbida (isordil) 10 mg							
05 amp.	Metoclopramida							
03 amp.	Prometazina (fenergam)							
[illegible] unid.	Seringa 3 ml							
03 unid.	Seringa 5 ml							
03 unid.	Seringa 10 ml							
03 unid	Seringa 20 ml							
01 fras.	Solução de NaCl 0,9% 250 ml							
01 fras.	Solução de NaCl 0,9% 500 ml							
01 fras.	Solução de ringer lactato 500 ml							
01 fras.	Solução glicosada 5% 250 ml							
01 fras.	Solução glicosada 5% 500 ml							
02 fras.	Xilocaína 2% s/ vaso							
01 fras.	Xilocaína gel							
02 unid.	Flumazenil							
02 unid.	Manitol							
03 amp.	Dolosal							
05 amp.	Clorpromazina							
05 amp.	Diazepan 10 mg (ampola)							
05 amp.	Fenitoína 5%							
03 amp.	Haloperidol 5 mg							
05 amp.	Midazolan 15 mg							
03 amp.	Morfina 10 mg							
03 amp.	Tramadol 50 mg							
03 fras.	Quelicin							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							

Gráfica Líder 3498-1517 (5792/04/10)

03/000

100 XL

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(7)

SAMU 192

Unidade de Suporte Básico

item 95 - 435406

Viatura:_____ Data:_____ Lacre:_____

MOCHILA AMARELA - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
06 unid.	Apósito							
20 unid.	Ataduras de crepon 10 cm							
20 unid.	Ataduras de crepon 15 cm							
20 unid.	Ataduras de crepon 20 cm							
04 unid.	Clamps Umbiliciais							
02 unid.	Cobertor metalizado adulto							
02 pcts.	Compressa estéril							
01 unid.	Esparadrapo comum grande							
10 unid.	Gaze estéril							
02 pares	Luva estéril 7.0							
02 pares	Luva estéril 7.5							
02 pares	Luva estéril 8.0							
01 fras.	SF 0,9% 500 ml.							
02 fras.	SF 0,9% 250 ml.							
02 fras.	SF 0,9% 125 ml.							
01 unid.	SNG 06							
01 unid.	SNG 12							
[illegible] unid.	SNG 16							
01 unid.	SNG 18							
01 unid.	SNG 20							
01 unid.	Tesoura ponta-romba							
01 unid.	Xilocaina geléia							
02 unid.	Lâmina de bisturi 22							
02 unid.	Lâmina de bisturi 23							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5797/04/10)

10 Bloco.

100 x 2

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

12

item 96 - 35403

Unidade de Suporte Básico

SAMU 192

MOCHILA AZUL - VIAS AÉREAS

Viatura:_____ Data:_____ Lacre:_____

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
02 unid.	Abocatt 14							
02 unid.	Abocatt 16							
[illegible]nid.	Abocatt 18							
01 unid.	Ambú Adulto c/ máscara (2 unid.)							
01 unid.	Ambú Pediátrico c/ máscara (1 unid.)							
01 unid.	Cânula orofaríngea 0 Infantil							
01 unid.	Cânula orofaríngea 1 Infantil							
02 unid.	Cânula orofaríngea 3							
02 unid.	Cânula orofaríngea 4							
02 unid.	Cânula orofaríngea 5							
06 unid.	Cadarço p/ TOT							
02 unid.	Catéter nasal de O^2							
02 unid.	Fio guia - estarilizado							
04 pcts.	Gaze estéril							
02 unid.	Lâmina de bisturi nº 22							
04 pares	Luva estéril							
01 unid.	Máscara VENTURI - Infantil							
[illegible]nid.	Máscara VENTURI - Adulto							
02 unid.	Pilha média (reserva)							
02 unid.	Pilha AA (reserva)							
02 unid.	Seringa 20 ml.							
02 unid.	Sonda de aspiração: 12							
01 unid.	Sonda de aspiração: 14							
01 unid.	Sonda de aspiração: 16							
01 unid.	Xilocaína geléia							
01 unid.	Xilocaína 2% SVC spray							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 7,5							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8,0							
03 unid.	Cânula de traqueostomia 8,5							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5798/04/10)

10 Blocos

100 x 1

item 37 - 35402

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

SAMU 192

Unidade de Suporte Básico

MOCHILA VERDE - MEDICAMENTOS

Viatura:_____ Data:_____ Lacre:_____

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
10 compr.	AAS 100 mg							
03 unid.	Abocath 14							
03 unid.	Abocath 16							
03 unid.	Abocath 18							
[illegible]nid.	Abocath 20							
[illegible]nid.	Abocath 22							
10 amp.	Adrenalina							
10 amp.	Água destilada 10 ml.							
03 amp.	Aminofilina							
10 amp.	Atropina							
01 fras.	Atrovent gotas							
01 fras.	Berotec gotas							
03 amp.	Buscopan composto							
05 compr.	Captopril 25 mg							
02 amp.	Cedilanide							
02 fras.	Cortisona succinato sódico (Solucortef) 500mg							
05 amp.	Diasepan 10 mg							
05 amp.	Diclofenaco sódico 75 mg							
03 amp.	Dimórf 10 mg							
05 amp.	Dipirona 2 ml.							
03 unid.	Equipo macro gotas							
01 unid.	Esparadrapo							
05 amp.	Furosemida							
[illegible]mp.	Glicose 25%							
10 amp.	Glicose 50%							
10 compr.	Isossorbida (isordil) 5 mg							
05 amp.	Metoclopramida							
01 unid.	Micropore							
02 unid.	Narcan							
03 amp.	Prometazina (fenergam)							
03 unid.	Seringa 03 ml.							
03 unid.	Seringa 05 ml.							
03 unid.	Seringa 10 ml.							
03 unid.	Seringa 20 ml.							
01 fr.	Solução de NaCl 0,9% 250 ml.							
01 fr.	Solução de NaCl 0,9% 500 ml.							
01 fr.	Solução de Ringer lactado 500 ml.							
01 fr.	Solução Glicosada 5% 250 ml.							
01 fr.	Solução Glicosada 5% 500 ml.							
01 fr.	Xilocaina gel							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5796/04/10)

10 Bloco

100 x 1

item 98 - 35401

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

(10)

SAMU 192

Unidade de Suporte Básico

Viatura:_____ Data:_____ Lacre:_____

MOCHILA VERMELHA - ACESSO VENENOSO

	Data:→	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
QDE	ITEM							
05 unid.	Abocath 14							
05 unid.	Abocath 16							
[illegible] unid.	Abocath 18							
05 unid.	Abocath 20							
05 unid.	Abocath 22							
05 unid.	Abocath 24							
05 unid.	Agulha 25X7							
05 unid.	Agulha 40X12							
03 unid.	Equipo macrogotas							
01 unid.	Esparadrapo comum grande							
02 unid.	Garrote							
03 pcts.	Gaze estéril							
01 unid.	Micropore médico							
03 unid.	Máscara cirúrgicas							
05 unid.	Polifix 2 vias / Torneirinha							
04 unid.	Ringer lactado 500 ml							
03 unid.	Seringa 3 ml.							
[illegible] unid.	Seringa 5 ml.							
05 unid.	Seringa 10 ml.							
05 unid.	Seringa 20 ml.							
02 unid.	SF 0,9% 125 ml							
01 unid.	SF 0,9% 250 ml.							
03 unid.	SF 0,9% 500 ml.							
01 unid.	SG 5% 500 ml							
	RUBRICA DO VERIFICADOR							
	NÚMERO DO LACRE							

Gráfica Líder 3498-1517 (5791/04/10)

10 Bloco

100 x 1

PRIMAVERA DO LESTE -MT

CEREST Regional Sul/ MT- Primavera do Leste
Av. Campo Grande, 812, Centro.
CEP: 78850-000 , Primavera do Leste– MT
Tel: (66) 3498– 3671
(66) 3498–2479
Email: cerest@pva.mt.gov.br

Item 102 44919

TRABALHO INFANTIL

Notificar contribui para dar um basta

Confecção de cartilha
Formato A5 (15x20cm). Cores: 4 x 4(colorido). Fotolito incluso. Impressão: frente e verso (16 páginas). Papel: couchê

CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA PARA CÃES E GATOS

GOVERNO DE MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO DO ANIMAL

Nome do animal: Mem, 107 47634

Proprietário:

Município:

( ) Cão ( ) Gato

VACINA	DATA VACINA	Nº DO LOTE	REVACINAR

Não deixe seus bichos de estimação soltos nas ruas.

SAMU 192

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇODE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS DIÁRIO

DATA:

	TIPO DE OCORRÊNCIA	LOCAL DA OCORRÊNCIA	CHAMADA 192 - HS	CHEGADA AO LOCAL - HS	CHEGADA À REFERÊNCIA - HS	USA	USB-I	USB-II	IDADE	SEXO	DESTINO FINAL	OBS.:
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												

Gráfica Líder 3498-1518 (10037/01/13)

110 35395

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU 192

CONTROLE DE TROCA DE PLANTÃO

Primavera do Leste-MT, _____ de_____ 20_____

Informo que no dia _____, no período _____, o plantão no (a)

_____ será de responsabilidade do (a) _____

e o plantão do dia _____, período _____ no (a)

_____ será de responsabilidade do (a) _____

SOLICITANTE:_____ **SUBSTITUTO:** _____

Carimbo e assinatura Carimbo e assinatura

_____

Coordenador do SAMU 192

Gráfica de Liz 65 3685.3355

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA MUNIC

Item 42/ 14588 5761
115/116/122/

Só muda o tamanho

Avenida São João, 20 - Cx. Postal 21 - CEP 78.850-00 - Te
Primavera do Leste - Mato
www.primaveradolest

PRIMAVERA DO LESTE
PAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

/ Fax: (66) 3498.3333 / 3498-1727 / 3448-4960
Grosso - Brasil
.mtgov.br

CMS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Campo Grande, 812 – CEP 78850-000 – Tel 08006472479
Primavera do leste – Mato Grosso – Brasil
cmspva@hotmail.com
cms@pva.mt.gov.br

Item 117 - 40251

Neste modelo só muda o tamanho.

Item 118 | 119 | 120 | 121

PREFEITURA MUNICIPAL
Primavera do Leste
Cultivando novos dias

PREFEITURA MUNIC
SECRETARI
PRONTO AT

SETOR DE

Paciente: _____

Exames: _____

Número do Exame: _____