Item 125 - 24247

PARDO

TIMBRADO

500 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE:

124 - 42621

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:_____ml
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

O+ (POS)

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

500 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE:

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:_____ml
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

A+ (POS)

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

100 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE:

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:_____ml
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

AB+ (POS)

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
Sífilis, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

200 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE:

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:_____ml
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

B+ (POS)

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

50 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE:

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

A- (CDE POS)

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

50 unid

UCT UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro
PRIMAVERA DO LESTE

VALIDADE

CONCENTRADO DE HEMÁCIA

Volume:
Armazenar: 4ºC ± 2ºC
Sol. Anticoag.: CPD-A 60 ml

B (CDE N

NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS

Exames NÃO reagentes para: Anti Hbc
HBs Ag, Anti HCV, Anti HIV I / II
VDRL, HTLV I/II, CHAGAS.
Pesq. de Anticorpo Irregular - Neg.
Hemoglobina S - Neg.

COLETA
Data:_____/_____
Hora: Início:_____ Término:_____

Ficha 125 - 14657

e-SUS
Atenção Básica

CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|	/ /

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:	NOME DO LOGRADOURO:*	Nº:*
COMPLEMENTO:	BAIRRO:*	
MUNICÍPIO:*	UF:*	CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) | TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*
◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*
◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
◯ Proprietário ◯ Parceiro(a) / Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a)
◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
◯ ComRevestimento	◯ ComRevestimento	◯ Madeira Aparelhada ◯ Palha
◯ SemRevestimento	◯ SemRevestimento	◯ Material Aproveitado ◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço / Nascente no Domicílio ◯ Cisterna
◯ Carro Pipa ◯ Outro

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
◯ Filtração ◯ Fervura ◯ Cloração ◯ SemTratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para umRio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO
◯ Coletado ◯ Queimado/ Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)?
☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros

Quantos:_____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	⓪¼½①②③④+	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	⓪¼½①②③④+	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	⓪¼½①②③④+	|_|_|	|_|_|_|_|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	⓪¼½①②③④+	|_|_|	|_|_|_|_|	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ◯ Opção de Única Escolha **(Marcar X na opção desejada)**
*** Campo Obrigatório**

Item 126 - 14656

SAÚDE e SUS
ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO INDIVIDUAL

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
_____	◯ Sim ◯ Não	_____	__ ☐ FA

NOME COMPLETO:* _____

NOME SOCIAL _____	**DATA DE NASCIMENTO:*** / /	**SEXO:*** Ⓕ Ⓜ

RAÇA/COR:* ◯ Branca ◯ Preta ◯ Parda ◯ Amarela ◯ Indígena | **Etnia:**** | Nº NIS (PIS/PASEP) _____

NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* _____ ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:* ◯ Brasileira ◯ Naturalizado ◯ Estrangeiro	**PAÍS DE NASCIMENTO:****	**DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	**MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:****	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /	TELEFONE CELULAR ( )	E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

◯ Cônjuge/Companheiro(a) ◯ Filho(a) ◯ Enteado(a) ◯ Neto(a)/Bisneto(a)
◯ Pai/Mãe ◯ Sogro(a) ◯ Irmão/Irmã ◯ Genro/Nora ◯ Outro parente ◯ Não parente

OCUPAÇÃO: _____

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ◯ Sim ◯ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

◯ Creche
◯ Pré-escola (exceto CA)
◯ Classe de Alfabetização - CA
◯ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
◯ Ensino Fundamental 5ª a 8ª series
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - series finais (Supletivo 5ª a 8ª)
◯ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
◯ Ensino Médio Especial
◯ Ensino Médio EJA (Supletivo)
◯ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
◯ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
◯ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

◯ Empregador
◯ Assalariado com carteira de trabalho
◯ Assalariado sem carteira de trabalho
◯ Autônomo com previdência social
◯ Autônomo sem previdência social
◯ Aposentado/Pensionista
◯ Desempregado
◯ Não trabalha
◯ Servidor público/militar
◯ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ◯ Sim ◯ Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ◯ Sim ◯ Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ◯ Sim ◯ Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ◯ Sim ◯ Não	SE SIM, QUAL?	

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Heterossexual ◯ Bissexual ◯ Outra
◯ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Homem transexual ◯ Travesti
◯ Mulher transexual ◯ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL(IS)?
☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO
◯ Mudança de território ◯ Óbito
SE ÓBITO, INDIQUE:
Data do óbito:** / / Número da D.O: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu portador(a) do RG nº gozando de plena consciência dos

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTA GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTA FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ALCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS) **
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

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

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção multipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

Stem, 127 - 4022

SUS

FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome

Como quer ser chamada

Endereço

Cidade

Idade anos <15 anos >35 anos

Estado civil/união: Casada, Solteira, Estável, Outro

Instrução: Nenhuma, Fundamental, Médio, Superior

Peso anterior

Altura cm

Gravidez: Risco habitual, Alto risco

Gravidez planejada: SIM, NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Tipo de gravidez: Única, Gemelar, Tripla ou mais, Ignorada

Hospitalização na gravidez: NÃO, SIM

Dias

Grupo: Sensibilizada; Rh + NÃO; Rh – SIM

Transferida: NÃO, SIM

Local

Data

Antecedentes familiares: NÃO SIM

Diabetes

Hipertensão arterial

Gemelar

Outros

Gestas prévias

Abortos

3 ou + abortos

Ectópica

Bebê <2.500g

Bebê >4.500g

Parto

Pré-eclâmpsia

Eclâmpsia

Gestações

Parto vaginal

Nascidos vivos

Vivem

Morreram na 1ª semana

Cesárea

Nascidos mortos

Morreram depois da 1ª semana

2 cesáreas prévias

NÃO SIM

Final da gestação anterior há 1 ano

Antecedentes clínicos

NÃO SIM

Diabetes

Infecção urinária

Infertilidade

Dific. amament.

Outros

Cardiopatia

Tromboembolismo

Hipertensão arterial

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

Outros

Gestação atual

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros)

Álcool

Outras drogas

Violência doméstica

HIV/Aids

Sífilis

Toxoplasmose

Infecção urinária

Anemia

Inc. istmocervical

Ameaça de parto premat.

Isoimunização Rh

Oligo/polidrâmnio

Rotura premat. de membrana

CIUR

Pós-datismo

Febre

Hipertensão arterial

Pré-eclâmp./eclâmpsia

Cardiopatia

Diabetes gestacional

Uso de insulina

Hemorragia 1º trimestre

Hemorragia 2º trimestre

Hemorragia 3º trimestre

Exantema/rash cutâneo

Exames

	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral Tolerân. Glic.		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemog. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Liquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária

Sulfato ferroso

Ácido fólico

Data	Resultado

Vacina Influenza

Data / /

Vacina dTpa

Data / /

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose / /

2º dose (1 mês após 1º dose) / /

3º dose (6 meses após 1º dose) / /

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC

Homozigoze SS SC

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

2º dose / /

3ª dose / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

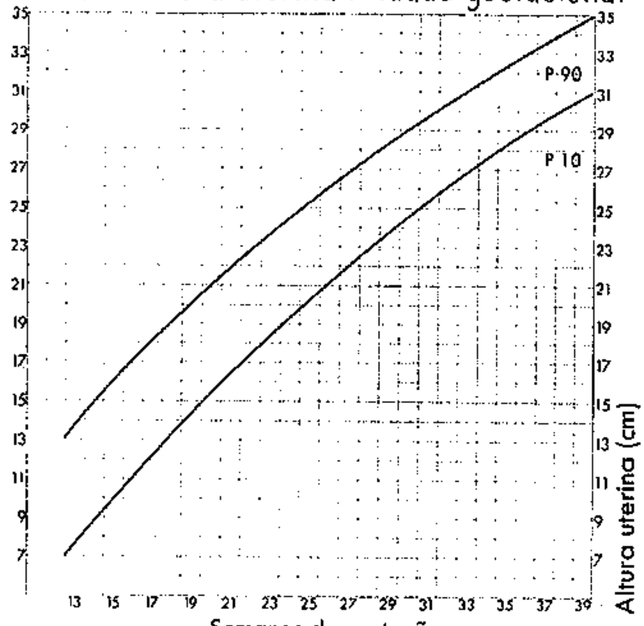
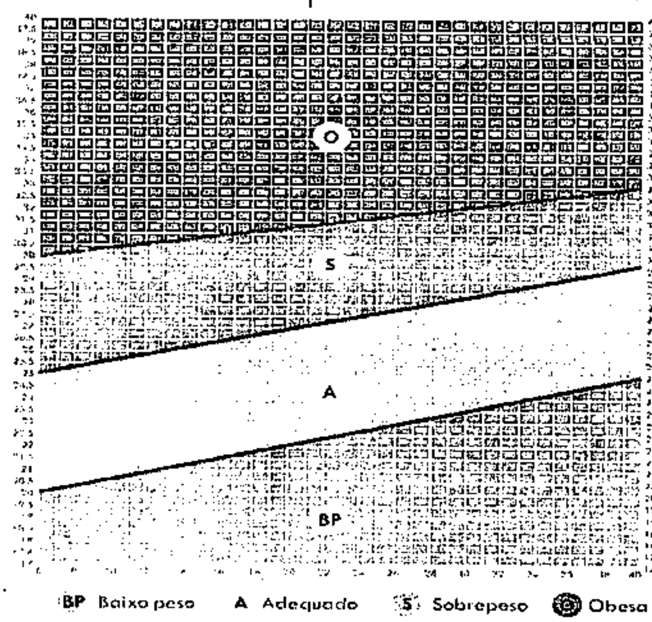


Gráfico de acompanhamento nutricional



Data

Queixa

IG - DUM/USG

Peso (kg) / IMC

Edema

Pressão arterial (mmHG)

Altura uterina (cm)

Apresentação fetal

BCF / Mov. fetal

Toque, se indicado

Exantema (presença ou relato)

Realizou visita à maternidade

SIM NÃO

Data

Participou de atividades educativas

SIM NÃO

Data

Data

Data

Parto e nascimento

Idade gest.
Semanas

Início trab. parto
Espontâneo
Induzido

Terminação
Espontâneo Cesárea
Fórceps Outros

Parto
NÃO SIM
Episiotomia
Laceração
Dequit. espont.
Placenta compl.

Medicação no parto
Anestesia local
Anestesia reg.
Anestesia geral
Analgesia
Tranq.
Ocitocina
Antibiótico
Outra
Nenhum

Recém-nascido

Semanas
Sexo Fem. Masc.
VDLR Neg. Posit.
APGAR 1° min. 5° min.
Reanimação NÃO SIM
Ex. físico imediato Normal Anormal
Peso Menor 2.500g Estatura
Peso/IG Adequado Grande Pequeno
Per. cef. Idade exam. fis. Menor

Alta materna
Sadia
Transf.
Com patol.
Óbito
Gravidez
Parto
Puerpério

Alta recém-nascido
Sadio
Transf.
Com patol.
Óbito:
Fetal
Intraparto
Pós-parto
Dias
Horas

Patologias R.N.
Nenhuma
M. hial.
Apnéias
Infecção
S. asp.
Hemorr.
Neurol.
Hiperb.
A. cong.
Outra SDR

Item, 128 - 2187

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA COMPLEMENTAR

Registro de Emergência em Saúde Pública
Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

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

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

TURNO:* (M) (T) (N)

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO*	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)

DATA DE REALIZAÇÃO / / | RESULTADO: ◯ Presente bilateral ◯ Duvidoso ou ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Passou ◯ Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)

DATA DE REALIZAÇÃO / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

---

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA COMPLEMENTAR

Registro de Emergência em Saúde Pública
Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

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

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

TURNO:* (M) (T) (N)

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO* | CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Presente Bilateral ◯ Duvidoso ou Ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)

DATA DE REALIZAÇÃO / / | RESULTADO: ◯ Passou ◯ Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)

DATA DE REALIZAÇÃO: / / | RESULTADO: ◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)

DATA DE REALIZAÇÃO / / | RESULTADO:

Legenda: ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
***Campo obrigatório**

Stems 129 24434

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

SERVIÇO DE ENFERMAGEM - FICHA DE APRAZAMENTO
PROGRAMA - HANSENÍASE

Unidade de Saúde:_____ Fone:_____

Nome:_____

_____

Endereço:_____

_____

Nº da ficha:_____

Data do início do tratamento:___/___/___

Diagnóstico clínico:_____

Esquema de tratamento:_____

Data da alta:___/___/___

Observações:_____

_____

_____

_____

_____

Gráfica [illegible] - 3488.1516 (0911/13/12)

FREQUÊNCIA MENSAL

Data	Nº Dose	Data	Nº Dose

Enfermeira Responsável: _____

_____

Assinatura e Carinho

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA

FICHa dE aTENdIMENTO INdIVIdUaL

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

CNS dO PROFISSIONaL*	CBO*	CNES*	INE*	daTa*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

5 mg 120
4030

NOME

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS dO Cidadão														
data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Consulta Agendada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Demanda Espontânea: Escuta Inicial/Orientação	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Demanda Espontânea: Consulta no Dia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Demanda Espontânea: Atendimento de Urgência	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
atenção domiciliar	Modalidade AD: 1 2 ou 3 (ver legenda)	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___
Racionalidade em saúde (ver legenda)														
avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)													
Gestante	DUM Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	DUM Ano													
	Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Pré-Condição avaliada*	Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	DPOC	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Hipertensão arterial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Obesidade	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pré-natal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Puericultura	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Puerpério (até 42 dias)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Saúde mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Reabilitação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nº			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/ Condição avaliada*	doenças transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	CIAP-2													
		CIAP-2													
		CID-10													
		CID-10													
Exames solicitados (S) e avaliados (a)	Colesterol total		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Creatinina		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	EAS/EQU		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Eletrocardiograma		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Eletroforese de hemoglobina		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Espirometria		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Exame de escarro		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Glicemia		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	HDL		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Hemoglobina glicada		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Hemograma		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	LDL		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Retinografia/ Fundo de olho com oftalmologista		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia de sífilis (VDRL)		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia para dengue		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Sorologia para HIV		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Teste de gravidez		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Ultrassonografia obstétrica		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Urocultura		S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do olhinho (TRV)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do pezinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP)	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
Ficou em Observação?			SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Nasf/ Polo	Avaliação/ Diagnóstico		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Procedimentos Clínicos/ Terapêutico		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prescrição terapêutica		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retorno p/ cuidado continuado/programado		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento para grupos		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ NASF		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	alta do episódio		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnóstico															

Stem 161 – 1898

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

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

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Paciente com necessidades especiais														
Gestante														
Tipo atendimento*	Consulta agendada													
	Demanda Espontânea – Escuta inicial/Orientação													
	Demanda Espontânea – Consulta no dia													
	Demanda Espontânea – Atendimento de urgência													
Tipo de consulta**	Primeira consulta odontológica programática													
	Consulta de retorno em odontologia													
	Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar													
	Alteração em tecidos moles													
	Dor de dente													
	Fendas ou fissuras labiopalatais													
	Fluorose dentária moderada ou severa													
	Traumatismo dentoalveolar													
	Não identificado													
Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
	Adaptação de prótese dentária													
	Aplicação de cariostático (por dente)													
	Aplicação de selante (por dente)													
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
	Capeamento pulpar													
	Cimentação de prótese dentária													
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
	Drenagem de abscesso													
	Evidenciação de placa bacteriana													
	Exodontia de dente decíduo													
	Exodontia de dente permanente													
	Moldagem ortodôntica p/ construção de prótese dentária													
	Orientação de higiene bucal													

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana													
	Pulpotomia dentária													
	Radiografia periapical/interproximal													
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)													
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)													
	Restauração de dente deciduo													
	Restauração de dente permanente anterior													
	Restauração de dente permanente posterior													
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)													
	Selamento provisório de cavidade dentária													
	Tratamento de alveolite													
	Ulotomia/ulectomia													
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)													
Fornecimento	Escova dental													
	Creme dental													
	Fio dental													
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada													
	Agendamento p/ outros profissionais AB													
	Agendamento p/ Nasf													
	Agendamento p/ grupos													
	Alta do episódio													
	Tratamento concluído													
Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais													
	Cirurgia BMF													
	Endodontia													
	Estomatologia													
	Implantodontia													
	Odontopediatria													
	Ortodontia/Ortopedia													
	Periodontia													
	Prótese dentária													
	Radiologia													
	Outros													

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo obrigatório

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

Item 132 - 2002

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

TURNO:* (M)(T)(N)		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) |_|_|_|_|_|_|_|_|	CNES |_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
OUTRA LOCALIDADE		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº DE PARTICIPANTES* |_|_|_|	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS |_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|

ATIVIDADE (opção única)*	
01	Reunião de equipe
02	Reunião com outras equipes de saúde
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/ outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/ andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				

					Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
2		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
3		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
4		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
5		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
6		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
7		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
8		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
9		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
10		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
11		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
12		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
13		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
14		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
15		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
16		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
17		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
18		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
19		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
20		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
21		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
22		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
23		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
24		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
25		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
26		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
27		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
28		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
29		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
30		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
31		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
32		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
33		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
34		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐

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

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**

*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

Stem 133 - 40416

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

DATA ____/____/____

Paciente: _____

Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F Conv.: _____

PESO	ALTURA	FC	PA	FR	TEMP.

DIAGNÓSTICO	CIRURGIA

Anestesia/Cirurgia prévia: (dados relevantes)

Alergias: (agentes e reação)

Medicações: (tempo de uso)

CARDIO-CIRCULATÓRIO

( )HAS ( )Valvulopatia
( )Angina ( )Arritimia
( )Coronariopatia ( )Angioplastia
( )Ins. Cardíaca ( )IAM
( )Outro:_____
Ex. Físico:_____

RESPIRATÓRIO

( )Dependência O_2 ( )Asma
( )Apnéia do Sono ( )Tuberculose
( )Expectoração ( )DPOC
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

GASTROINTESTINAL

( )Refluxo ( )Icterícia
( )Úlcera ( )Obst. Intestinal
( )Gastrite ( )Vômito
( )Hérnia de Hiato ( )Diarréia
( )Cirrose ( )HDA/HDB
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

NEUROLÓGICO

( )Convulsões ( )Cefaléia
( )Lesão Medular ( )AVC
( )Fraqueza ( )PIC
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

GRAVIDEZ

Idade Gestacional:_____
Amamentação:_____

RENAL

( )Doença Renal Crônica ( )Ins. Renal
( )Litíase ( ) Diálise
( )Outro:_____
Ec. Físico:_____

HEMATOLÓGICO

( )Transf. Prévia ( )Plaquetopenia
( )Anemia ( )Hemorragia
( )Outro:_____

MÚSCULO - ESQUELÉTICO

( )Dor Lombar ( )Artrite
( )Músculo - Distrofia
( )Outro:_____
Ex. Físico:_____

ENDÓCRINO

( )Diabetes ( )Pat. Tireóide
( )Outro:_____

INFECCIOSO

( )HIV ( )Hepatite
( )Outro:_____

HÁBITOS SOCIAIS

( )Tabaco:_____
( )Álcool:_____
( )Drogas:_____

EXAMES

ECG:_____
ECC:_____
Rx:_____
Outro:_____
Outro:_____

Hb	Ht	Plaq	Na	K
Ca	**Mg**	**Glic**	**AP**	**TTPA**

VIA AÉREA

Hist. Via aérea difícil: ( )Sim ( )Não
MALLAMPATI: ( )I ( )II ( )III ( )IV
Dist. Esterno-Mento:_____
Dentição/Prognatismo:_____

AVALIAÇÃO

P : ( )I ( )II ( )III ( )IV ( )V ( )E
Proposta Anestésica:_____
_____
Obs.:_____
_____
Anestesiologista:
_____
_____

OUTROS

_____
_____
_____
_____

FICHA DE AVALIAÇÃO
PRÉ-ANESTÉSICA

DATA

_____/_____/_____

Paciente: _____

Nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F Conv.: _____

PESO	ALTURA	FC	PA	FR	TEMP.

DIAGNÓSTICO	CIRURGIA

Anestesia/Cirurgia prévia: (dados relevantes)

Alergias: (agentes e reação)

Medicações: (tempo de uso)

CARDIO-CIRCULATÓRIO

( )HAS ( )Valvulopatia
( )Angina ( )Arritimia
( )Coronariopatia ( )Angioplastia
( )Ins. Cardíaca ( )IAM
( )Outro:_____
Ex. Físico:_____

RESPIRATÓRIO

( )Dependência O_2 ( )Asma
( )Apnéia do Sono ( )Tuberculose
( )Expectoração ( )DPOC
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

GASTROINTESTINAL

( )Refluxo ( )Icterícia
( )Úlcera ( )Obst. Intestinal
( )Gastrite ( )Vômito
( )Hérnia de Hiato ( )Diarréia
( )Cirrose ( )HDA/HDB
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

NEUROLÓGICO

( )Convulsões ( )Cefaléia
( )Lesão Medular ( )AVC
( )Fraqueza ( )PIC
( )Outro:_____
Ex. Fisico:_____

GRAVIDEZ

Idade Gestacional:_____
Amamentação:_____

RENAL

( )Doença Renal Crônica ( )Ins. Renal
( )Litíase ( ) Diálise
( )Outro:_____
Ec. Físico:_____

HEMATOLÓGICO

( )Transf. Prévia ( )Plaquetopenia
( )Anemia ( )Hemorragia
( )Outro:_____

MÚSCULO - ESQUELÉTICO

( )Dor Lombar ( )Artrite
( )Músculo - Distrofia
( )Outro:_____
Ex. Físico:_____

ENDÓCRINO

( )Diabetes ( )Pat. Tireóide
( )Outro:_____

INFECCIOSO

( )HIV ( )Hepatite
( )Outro:_____

HÁBITOS SOCIAIS

( )Tabaco:_____
( )Álcool:_____
( )Drogas:_____

EXAMES

ECG:_____
ECC:_____
Rx:_____
Outro:_____
Outro:_____

Hb	Ht	Plaq	Na	K
Ca	**Mg**	**Glic**	**AP**	**TTPA**

VIA AÉREA

Hist. Via aérea difícil: ( )Sim ( )Não
MALLAMPATI: ( )I ( )II ( )III ( )IV
Dist. Esterno-Mento:_____
Dentição/Prognatismo:_____

AVALIAÇÃO

P : ( )I ( )II ( )III ( )IV ( )V ( )E
Proposta Anestésica:_____
Obs.:_____
Anestesiologista:_____

OUTROS

FICHA DE AVALIAÇÃO

PRÉ-ANESTÉSICA

DATA

Logo tipo de Gestão nova Item 134 – 146559

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD

Boletim do Reconhecimento

RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	
E.R.S.	
MUNICÍPIO	
LOCALIDADE	

S.M.S.	
SUBLOCAL	

CATEGORIA		QUART. Nº	

Rua ou Logradouro	Número	Lado	Tipo do Imóvel

Rua ou Logradouro	Número	Lado	Tipo do Imóvel

FAD - 05

Fechamento					
Residencial	R		Ponto Estratégico	PE	
Comercial	C		Outros	O	
Terreno Baldio	TB		Total Geral		

NOME	
ASSINATURA	

DATA	

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL N: Stem 125

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento | 2 Código do IBGE | 3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde | 5 Código CNES | 6 Nº área | 7 Nº microárea

8 Nome do profissional | CBO | 9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante | 11 N.º inscrição social - NIS

DADOS PESSOAIS

12 Nome da gestante | 13 Data nascimento ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante | 15 Idade: ____/____/____ ◯ menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz) | 17 Nº NIS

18 Município de residencia: | 19 UF: | 19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida): | 21 Bairro:

22 Nº | 23 Complemento | 24 Ponto de referência | 25 CEP

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado ☐ | Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira ☐ | Reside no Brasil: 1 - sim / 2 –não ☐

26 Telefone fixo | 27 Celular | 28 E-mail:

29 Escolaridade ☐
[0]
[1]
[2]
[3]
[4]
[5]
[6]
[7]
[8] [9] [10]

30 Estado civil/união ☐
[0] Convive com companheiro e filho(s)
[2] Convive com companheiro com laços conjugais e com filho(s)
[3] Convive com companheiro, com filho(s) e outros familiares
[4]
[5]
[6]

31 Raça/cor (por autodeclaração): ☐
[1] branca
[2] preta
[3] amarela
[4] parda
[5] indígena
[9] ignorado

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divorcio ☐ | 34 Livro: | 35 Folha: | 36 Termo | 37 Data de emissão:

38 Identidade: | 39 Data de emissão: | 40 Órgão Emissor | 41 UF: | 42 Carteira de trabalho: | 43 Série | 44 UF: | 45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

ACOLHIMENTO

Consulta do: ☐ [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

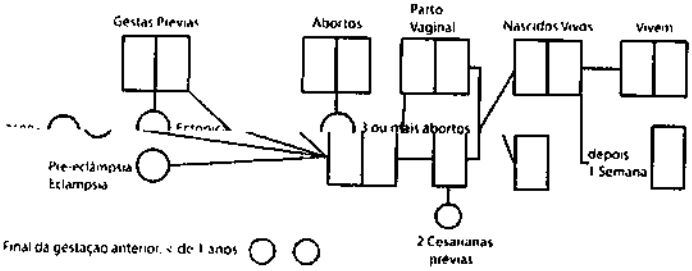
NÃO SIM

46 DUM ____/____/____ | 47 DPP ____/____/____ | 48 Altura/cm | 49 Peso/gramas | 50 Precisa de auxílio deslocamento ◯ ◯

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. | 52 Tipo de gravidez: ◯ Única ◯ Gemelar ◯ Tripla ou mais ◯ Ignorada | 53 Gravidez Planejada ◯ ◯ | 54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



Final da gestação anterior < de 1 anos ◯ ◯

ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	◯	◯	Tromboembolismo	◯	◯
Eclâmpsia	◯	◯	Hipertensão	◯	◯
Cardiopatia	◯	◯	Outros, qual:		

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL:

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ___/___/____

GESTAÇÃO ATUAL

57

	NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM
Trabalho de parto prematuro	○	○	Rotura prematura de membranas	○	○	Diabetes Gestacional	○	○	Hemorragia 1° Trim.	○	○
Isomunização RH	○	○	Incontinência Istmo-Cervical	○	○	Se, sim : Insulina	○	○	Hemorragia 2° Trim.	○	○
Infecção urinária	○	○	HIV/AIDS	○	○	Pré-Eclâmpsia	○	○	Hemorragia 3° Trim.	○	○
Oligo/polidrâmnio	○	○	Cigarros	○	○	Eclâmpsia	○	○	Hipertensão em uso de medicamento	○	○
Alcool	○	○	Drogas	○	○	Violência doméstica	○	○	Pós-Datismo	○	○
Cardiopatia	○	○	CIUR	○	○						

SITUAÇÃO VACINAL

58 Situação da vacina antitetânica
[1] Não vacinada
[2] Imunizada a menos de 5 anos
[3] Imunizada a mais e 5 anos
[4] Vacinação incompleta
[9] Ignorado

INFORMA DOSE:
1ª ___/___/___;
2ª ___/___/___;
3ª ___/___/___;
Reforço ___/___/___.

59 Hepatite B
[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado

INFORMA DOSE:
1ª ___/___/___;
2ª ___/___/___;
3ª ___/___/___.

60 INFLUENZA
[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado
DOSE ÚNICA: __/__/__

dTPA Coqueluche
[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado
DOSE ÚNICA: __/__/____

61 Unidade de referência pré- natal de alto risco: _____ Código CNES: ____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa [1] - SIM - DATA:___/___/____ [2] - NÃO

64 Realizou visita à maternidade : [1] - SIM - Data:___/___/____ [2] - NÃO

TESTES RÁPIDOS

		NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
65	Gravidez	○	○	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___
67	HIV	○	○	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___
66	Sífilis	○	○	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___
68	Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	○	○	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___	Data: ___/___/___ Hora: ___:___:___

EX. DE ROTINA

		NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
69	Tipagem Sanguinea e Fator RH negativo	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
71	Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
73	Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
75	Urina , Alteração?	○	○	Data: ___/___/___ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___
77	Anti-HIV Positivo?	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
79	Ultrassom Obstétrico			Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
70	Hemoglobina HB<11g/dl	○	○	Data: ___/___/___ Anemia Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___
72	VDRL+	○	○	Data: ___/___/___ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___
74	Toxoplamose	○	○		
	IgG Positivo?	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
	IgM Positivo ?	○	○		
76	Urocultura Positiva?	○	○	Data: ___/___/___ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___

78 Outros informar: _____

EX. ADICIONAIS

		NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
80	Coombs Indireto positivo	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
82	Parasitologia de Fezes+	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
83	TOT alterado	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
81	Eletroforese de Hemoglobina	○	○	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___

XAMES ESPECIAIS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
84 Contagem de Plaquetas	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
86 Dosagem de Uréia	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
90 Cardiotocografia	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
85 Dosagem de Ácido Úrico	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
87 Dosagem de Creatinina	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
89 Eletrocardiograma	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
91		

93 Responsável pela digitação:

Data da digitação: __/__/__

Ítem 136 - 2059

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE

SISPRENATAL N.

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

Data do Atendimento ___/___/___

FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA

ESTABELECIMENTO

01 Município do Atendimento

02 Código IBGE

03 Sigla da UF

04 Nome da Unidade de Saúde

05 Código CNES

06 Número da Área

07 Número da Micro-Área

DADOS PESSOAIS

08 Nome do Profissional

09 CNS Profissional

10 Data do Parto

11 IG (Sem / Dias)

12 Tipo de Parto ( )Vaginal ( )Cesáreo ( ) Fórceps

13 Nome da Puérpera

14 Data Nascimento

15 Nome da Mãe da Puérpera

16 Nº do Cartão Nacional de Saúde - CNS Puérpera

DADOS DO PARTO

17 Local da Ocorrência( ) 1 - Centro de Parto Normal | 2 - Domicílio | 3 - Hospital | 4 - Maternidade | 5 - Outro Estabelecimento | 6 - Outros

18 Estabelecimento do Parto (CNES)

19 Teve a Presença de Acompanhante de Sua Livre Escolha Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto? ( ) 1 - Sim 2 - Não

20 Foi Atendida na Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera? ( ) 1 - Sim 2 - Não

Responsável pela Digitação

Data da Digitação

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

Stem 137 - 24384

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Descentralizada de Reabilitação
Fone : (66)3498 7802

Cartão de Frequência

- Nome:
- ~~Endereço~~ Especialidade :
- Profissional :
- Nº Prontuário:

Atividade em Grupo:
2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( )

Horário

Atenção: Apresentar este cartão para atendimento

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

DATA	HORÁRIO	ATENDIMENTO

Ficha 138 - 2022

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA e-SUS

FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

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

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

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

Procedimentos consolidados

Total no período			
	Aferição de PA	___	
	Aferição de temperatura	___	
	Curativo simples	___	
	Coleta de material para exame laboratorial	___	
	Glicemia capilar	___	
	Medição de altura	___	
	Medição de peso	___	

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

Local do Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

Prefeitura Municipal de Primavera do Leste

Centro de Especialidades Odontológicas

Bertho Radin

item 139 - 24216

PRONTUÁRIO Nº_____ DATA:____/____/____

Nome: _____ CPF:_____ RG:_____

Endereço:_____

Bairro:_____ Telefone:_____

Data de Nasc.____/____/____. Sexo: ( )F ( )M Nat:_____

Filiação: Mãe:_____

Pai:_____

Saúde Geral:

( ) P.A. / mmHg
( ) Diabetes
( ) Febre Reumática
( ) D. Sanguíneas
( ) D. Respiratórias
( ) D. Neurológicas
( ) D. Infectocontagiosas
( ) D. Gastro-intestinal
( ) D. Cardíacas
( ) D. Renais
( ) Alergias

Já realizou Cirurgias? ( )S ( ) N _____

Já esteve hospitalizado? ( )S ( ) N _____

Já fez anestesia local? ( )S ( ) N _____

Possui algum hábito deletério?

Alguém da família tem alguma doença de caráter hereditário?

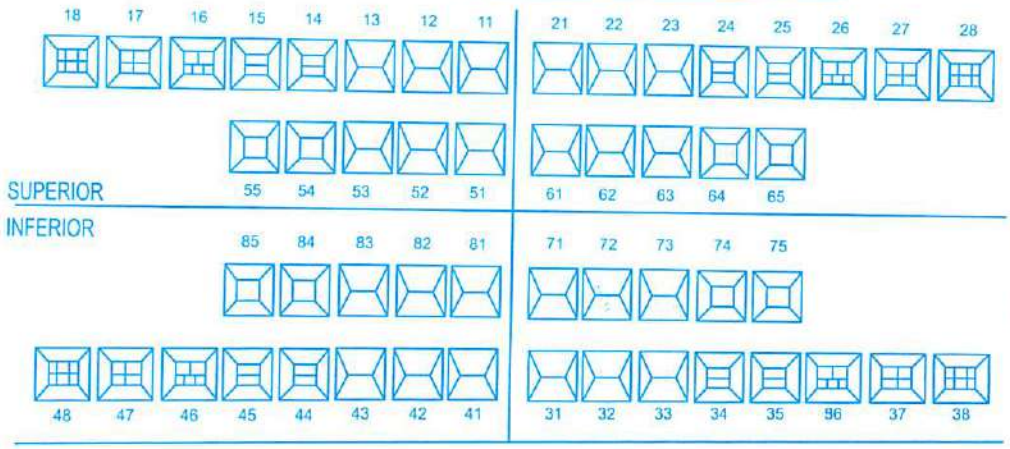
Consentimento Esclarecido: Estou ciente do tratamento a ser realizado.

Assumo ser verdade as informações acima e autorizo a realização do tratamento proposto

_____

Ass. Paciente ou Responsável

Data:____/____/____



HIGIENE BUCAL

Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.:_____

RX.:_____

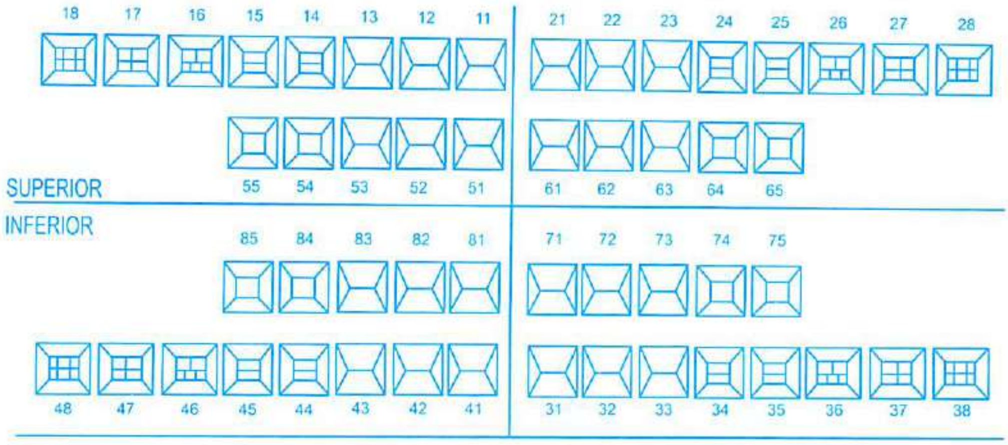
TECIDO MOLE:_____ OCLUSÃO:_____

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

OBS.:

Data: ____/____/____



HIGIENE BUCAL

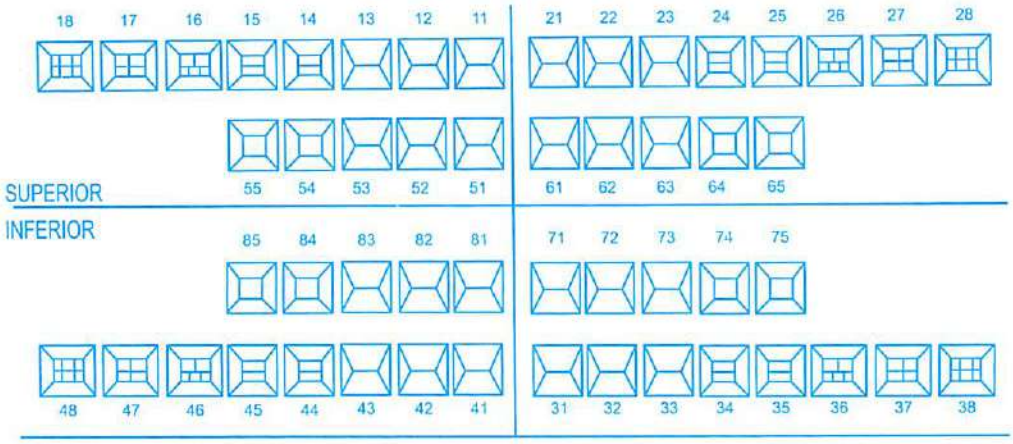
Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.: ______________________________
RX.: ______________________________
TECIDO MOLE: ______________ OCLUSÃO: ______________

Data	Dente	Procedimento	PAC.	THD	CD

Gráfica de Liz 65 3685-3355

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

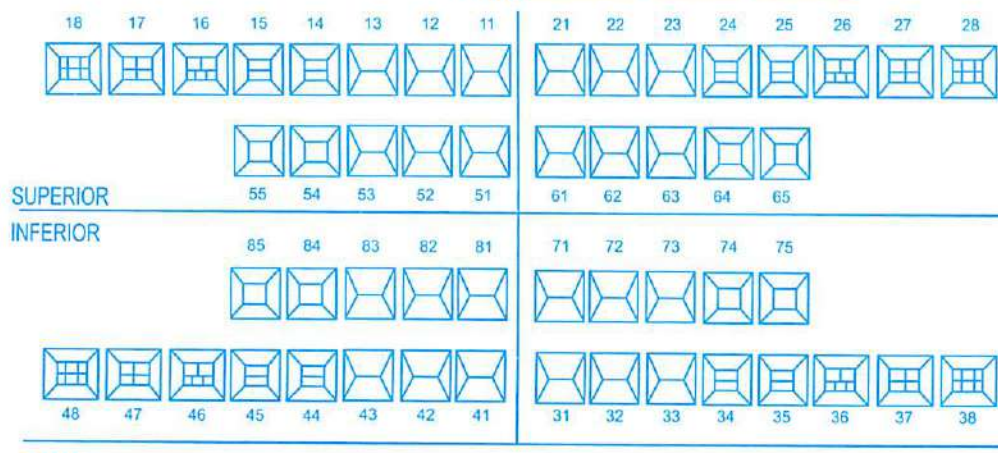
Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.: _____

RX.: _____

TECIDO MOLE: _____ OCLUSÃO: _____

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

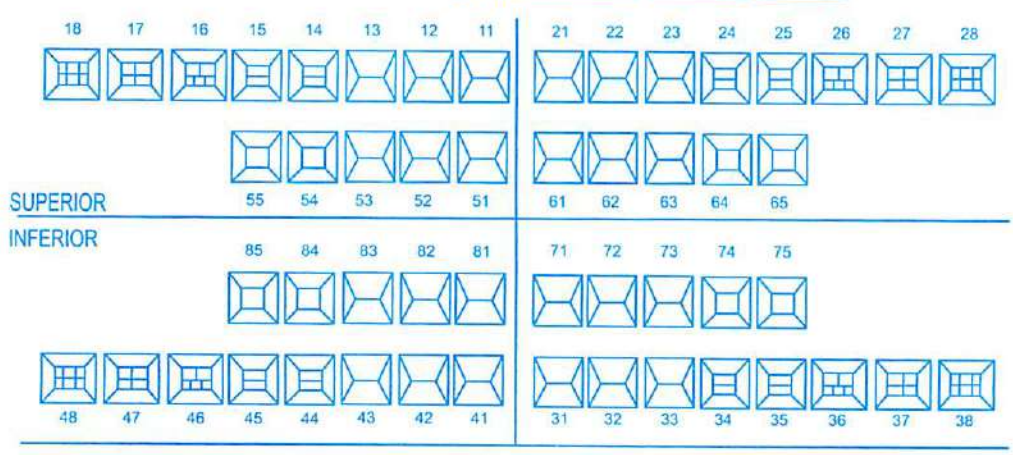
Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.: _____

RX.: _____

TECIDO MOLE: _____ OCLUSÃO: _____

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.: _____

RX.: _____

TECIDO MOLE: _____ OCLUSÃO: _____

Item 140 - 24201

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

PREFEITURA MUNICIPAL SETOR S.M.S. Mun.: _____

SUB LOC. _____ CAT.: _____ Rua: _____

Nº Quarteirão: _____ Nº da casa: _____ Apto.: _____

Data	Programa	Trabalho Realizado	Executado por	Hora

Gráfica da Liz 65 3885-3355

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

PRESIDENCIA MUNICIPAL ..... SECTOR S.M.S. M.M. .....

SUB LOC. ..... CAT. ..... Rua: .....

Nº Cuartelão: ..... Nº de casa: ..... Apto.: .....

Data	Programa	Trabalho Realizado	Executado por	Hora

Item 191 - 1795

PREFEITURA DE PRIMAVERA DO LESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO IV
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA ACONSELHAMENTO EM LAQUEADURA TUBÁRIA / VASECTOMIA

Nome da Unidade de Origem:_____
Endereço:_____ N.º:_____
Bairro:_____ CEP:_____
Município:_____ UF:_____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:_____
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
Estado Civil: Solteira/o ☐ Casada/o ☐ Viúva/o ☐ Divorciada/o ☐ União Estável ☐
CPF:_____ RG:_____
Grau de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior
Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Nome do Cônjuge:_____
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____
Endereço Residencial:_____ N.º:_____
Bairro:_____ CEP:_____
Cidade: _____ UF: _____

Procedimento Solicitado: ☐ Laqueadura Tubária ☐ Vasectomia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

N.º de partos normais: _____
N.º de abortos: _____
N.º de filhos vivos: _____

N.º de partos cesarianos:_____
N.º de nati-mortos:_____
Data do último parto:_____

Condições clínicas que contra indicam uma Gravidez:
_____
_____

Observações: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Profissional (Enfermeiro ou Médico): _____ Conselho: _____

Assinatura: _____ Data:___/____/____

Item 142 - 124465

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE
PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

BRASIL SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉ

PRONTUÁRIO Nº_____ **DATA:**_____/_____/_____

Nome:_____ CPF:_____ RG:_____

Endereço:_____

Bairro:_____ Telefone:_____

Data de Nasc._____/_____/_____. Sexo: ( )F ( )M Nat:_____

Filiação: Mãe:_____

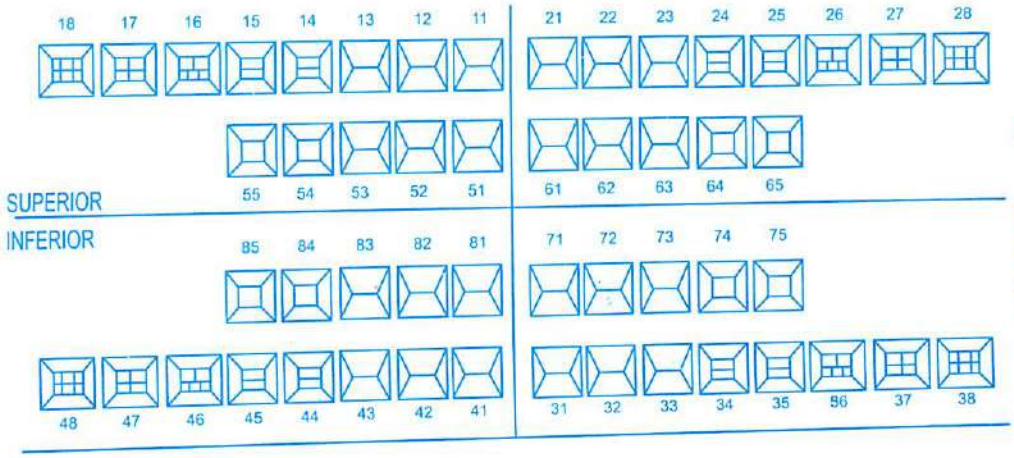
Pai:_____

Saúde Geral:

( ) P.A. / mmHg ( ) D. Respiratórias ( ) D. Cardíacas
( ) Diabetes ( ) D. Neurológicas ( ) D. Renais
( ) Febre Reumática ( ) D. Infectocontagiosas ( ) Alergias
( ) D. Sanguíneas ( ) D. Gastro-intestinal
Já realizou Cirurgias? ( )S ( ) N_____
Já esteve hospitalizado? ( )S ( ) N_____
Já fez anestesia local? ( )S ( ) N_____
Possui algum hábito deletério?
Alguém da família tem alguma doença de caráter hereditário?
Consentimento Esclarecido: Estou ciente do tratamento a ser realizado.
Assumo ser verdade as informações acima e autorizo a realização do tratamento proposto

_____
Ass. Paciente ou Responsável

Data:_____/_____/_____



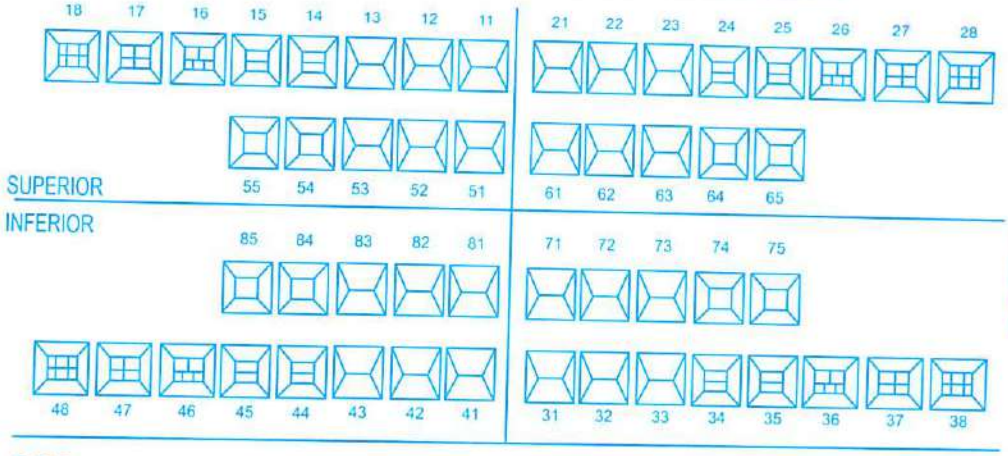
HIGIENE BUCAL

Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.:_____
RX.:_____
TECIDO MOLE:_____ OCLUSÃO:_____

OBS.:

Data: ____/____/____



HIGIENE BUCAL

Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

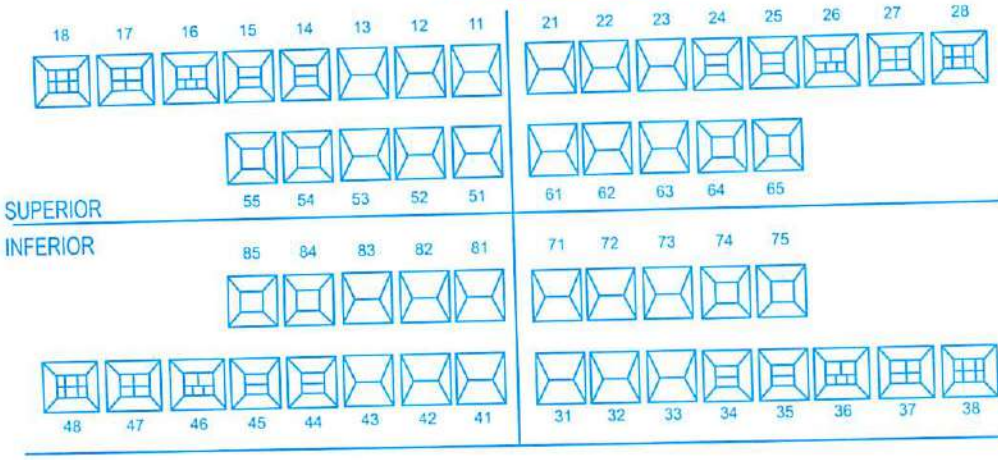
OBS.: ____

RX.: ____

TECIDO MOLE: ____________________ OCLUSÃO: ________________

Data	Dente	Procedimento	PAC.	THD	CD

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

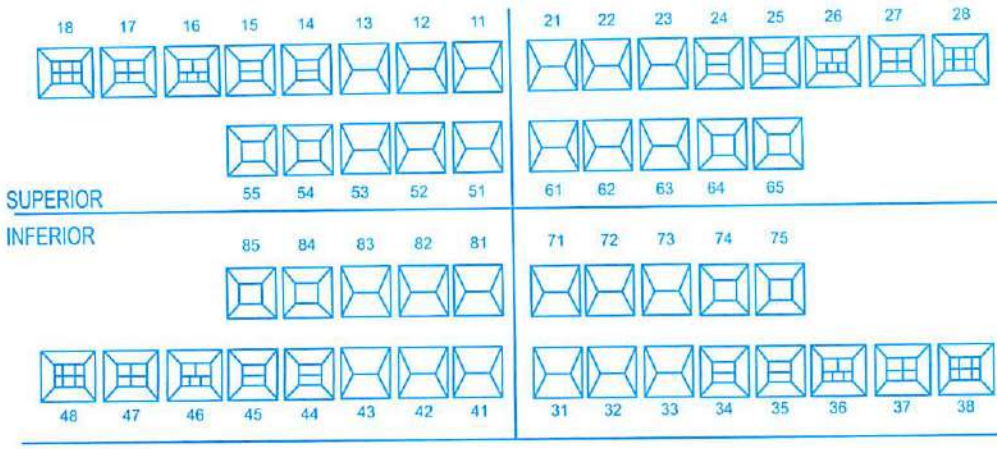
Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.:_____

RX.:_____

TECIDO MOLE:_____ OCLUSÃO:_____

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

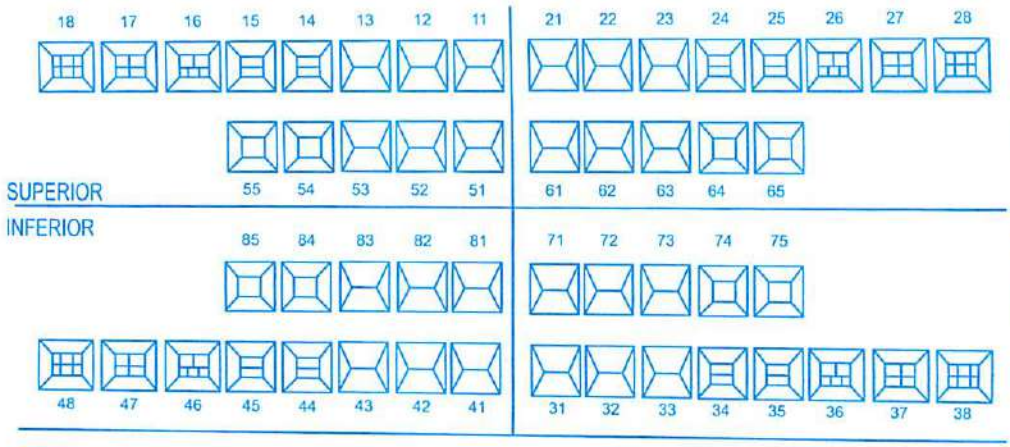
Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.:_____

RX.:_____

TECIDO MOLE:_____ OCLUSÃO:_____

Data:_____/_____/_____



HIGIENE BUCAL

Boa ( )
Regular ( )
Ruim ( )

OBS.:_____

RX.:_____

TECIDO MOLE:_____ OCLUSÃO:_____

14 = 2

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR	DATA / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
_____	____ - __	_____	_____	/ /

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

1/3 - 14662

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com DPOC/enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com outras doenças crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sintomáticos respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Domiciliados/Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condições de vulnerabilidade social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Saúde mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	controle ambiental/ vetorial	Ação educativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Imóvel com foco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ação mecânica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tratamento focal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Egresso de internação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Orientação/prevenção		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antropometria	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Desfecho*	Visita realizada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Visita recusada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Ausente	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

FICHA DE ASSINATURA

ACS: _____

MA: _____

MÊS/ANO: _____

ASSINATURA DO USUÁRIO																								
NOME USUÁRIO OU ENDEREÇO																								
DATA																								
NUMERO FAMÍLIA																								

Informativo Item 149 - 47886

O PORTADOR DE CRISTO

CATEDRAL PARÓQUIA SÃO CRISTÓVÃO

DIOCESE DE PRIMAVERA DO LESTE-PARANATINGA

IMPAR • Informativo Mensal Paroquial • Edição 35 • Julho / 2017 • Primavera do Leste - MT

Palavra do Pároco

Estimado(a) Leitor(a)!
A Paz de Cristo!

Que alegria podermos chegar ao mês de julho para celebrarmos a festa de nosso padroeiro São Cristóvão. Cristóvão (em grego: Άγιος Χριστόφορος, em latim: Christophorus) significa "condutor de Cristo". Nasceu em Caná, na Palestina. Foi morto durante o reinado de Décio, imperador romano, no ano de 251. A dedicação de nossa Paróquia a São Cristóvão aconteceu no dia 26 de abril de 1981. Foi uma escolha feita pela comunidade primaverense da época, na sua maioria composta por motoristas. A bula de criação da Paróquia é de 20 de julho de 1983. Então, se temos São Cristóvão como nosso padroeiro, precisamos pedir sua intercessão diante de Deus, por isso, convido cada cristão a rezar todos os dias desse mês a seguinte oração "ó glorioso mártir são Cristóvão, alma generosa, que caminhastes como gigante nos caminhos da virtude, até o extremo de confessar o vosso batismo, misturando o vosso sangue ao precioso sangue de Jesus Cristo, Divino Redentor nosso; confiados na eficácia de vossa intercessão, nós vos rogamos, nos livreis de todos os perigos e acidentes nas viagens que empreendemos durante esta vida, e, sobretudo na última jornada para a casa de nossa eternidade. São Cristóvão rogai por nós". Deus nos abençoe. Amém.

Obrigado, abraços, Pe. Divino.

Dízimo

O DIZIMISTA É EVANGELIZADOR?

Sim. Pelo Dízimo, os fiéis ajudam a Igreja a cumprir sua missão de evangelizar. Por isso, quem contribui com o Dízimo é também evangelizador. Mesmo que não possa ou não saiba anunciar a Palavra de Deus, mesmo que não possa sair de sua casa e de sua terra para ir pelo bairro e pelo mundo a anunciar o Evangelho, o dizimista é um evangelizador, porque estará sustentando a obra evangelizadora dos agentes de pastoral, dos catequistas, dos ministros, dos animadores de grupos de reflexão. "Quem ajuda a pregação tem merecimentos de pregador". Quem contribui para que a paróquia possa desenvolver um bom trabalho de evangelização e catequese, tem merecimentos de missionário, "Ide por todo o mundo e pregai o Evangelho a toda a criatura" (Mc16,15).

Evangelizar é a primeira missão da Igreja. Ordenados ou não, se somos parte dessa Igreja, membros do corpo místico cuja cabeça é Cristo, então essa missão é de todos nós, herdada no batismo e individualmente assumida na crisma. Joaquim Accioly – MEAC

- **Venha sentir esta alegria, aceite o convite e pratique a experiência de ser dizimista.**
- **Participe da Pastoral do Dízimo!**

COMUNICADOS

Pastoral Batismo

Preparação de Pais e Padrinhos para o Sacramento do Batismo: 08/07/2017 - 2º Sábado, às 13h30.

Batismos:

09/07/17 – 2º Domingo, às 08h / Sagrada Família.
16/07/17 – 3º Domingo, às 18h / Divino Espírito Santo.
23/07/17 – 4º Domingo, às 07h / N. S. de Caravaggio.
23/07/17 – 4º Domingo, às 08h / Catedral São Cristóvão.

PASTORAL FAMILIAR BRASIL

XV CONGRESSO NACIONAL DA PASTOAL FAMILIAR, 08 A 10/09/17.
Tema: "Família, uma luz para a vida em Sociedade" (Papa Francisco)
Lema: " Vós sois a Luz do Mundo" *(Mt 5,14)*
Local: Centro de Eventos do Pantanal - Cuiabá MT

HORÁRIOS DE MISSAS

CATEDRAL SÃO CRISTÓVÃO
Segunda a sábado, 06h.
Sábado, 19h.
Domingo, 08h, 17h e 19h.

COMUNIDADE N. S. DE CARAVAGGIO
Quinta feira, 19h.
Domingo, 07h e 19h.

COMUNIDADE SAGRADA FAMÍLIA
Domingo, 08h e 18h.

COMUNIDADE DIVINO E. SANTO
Domingo, 18h.

COMUNIDADE SÃO SEBASTIÃO
Sábado, 19h.

(Obs: outros horários de missas na agenda paroquial, pag. 04)

HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS DA SECRETARIA PAROQUIAL:

De Segunda a Sexta-feira, **07h às 11h e 13h às 17h.**
Sábado, **07h às 11h.**
Telefone para contato: **66 3498-1177**

Sugestões:

AGENDA PAROQUIAL

JULHO/2017

01 – Sábado: Reunião do Conselho de Pastoral da Comunidade Imaculada Conceição, às 14h.
02 – Domingo: São Pedro e São Paulo. Coleta do Óbulo de São Pedro em todas as missas.
03 – Segunda-feira: Reunião do Conselho de Administração e Economia da Paróquia no Auditório Pe. Guiomar, às 19h30.
04 – Terça-feira: Missa Confraria dos Antonianos, às 19h.
05 – Quarta-feira: Missa Hospital São Lucas, às 15h30.
Leitura Orante da Bíblia naCatedral São Cristóvão, às 19h.
Missa Comunidade São Gabriel/Ass. São Gabriel, às 19h.
06 – Quinta-feira: Missa CONVIVER, às 14h.
Reunião do Conselho de Pastoral da Comunidade N. S. de Caravaggio, às 19h30.
07 – Sexta-feira: Missa Catedral São Cristóvão, às 16h.
Reunião do Conselho de Pastoral da Comunidade Sagrada Família, às 20h.
08 – Sábado: Reunião do Conselho de Pastoral da Comunidade Divino Espírito Santo, às 16h.
09 – Domingo: Aniversário de 01 ano de inauguração da Igreja da Sagrada Família, às 08h.
Acolhida dos Coroinhas na Catedral São Cristóvão, às 19h.
11 – Terça-feira: Missa Comunidade São Roque/Vila União, às 19h.
14 – Sexta-feira: Ofício Divino, às 06h e visitas no Setor São Camilo de Lelis da Comunidade N. S. de Caravaggio.
Missa na Comunidade Nossa Senhora da Salete/Faz. N. S. da Salete, às 19h.
15 – Sábado: Reunião do Conselho de Pastoral da Comunidade São Sebastião, às 17h30.
16 – Domingo: Acolhida dos Coroinhas na Comunidade Sagrada Família, às 08h.
17 – Segunda-feira: Reunião do Conselho de Administração e Economia da Paróquia no Auditório Pe. Guiomar, às 19h30.
19 – Quarta-feira: Missa Hospital das Nações, às 15h30.
Leitura Orante da Bíblia na Catedral São Cristóvão, às 19h.
Missa Comunidade Santa Inês/Faz. Luciana, às 19h.
20 – Quinta-feira: Missa APAE, às 15h30.
Missa Comunidade Rainha da Paz/Faz. São Caetano, às 19h.
20 a 29: 37ª Novena de São Cristóvão nos postos de combustíveis, às 19h30.
30 – Domingo: 37ª Festa de São Cristóvão.

ANIVERSÁRIO

A Paróquia São Cristóvão deseja a Pe. Divino e Leci Antônio, um **FELIZ ANIVERSÁRIO.**

INICIAÇÃO À VIDA CRISTÃ

Missão, primeiro anúncio, catecumenato, Iniciação à Vida Cristã são conceitos e práticas que se começam a fazer parte de nossa vida comunitária e pastoral.

Estamos diante de uma verdadeira mudança de época, diante dos desafios de um novo paradigma; não se trata, como dá a entender o recente Diretório Nacional de Catequese, de fazer algumas alterações, renovar superficialmente nossas tradicionais práticas catequéticas, dar uma envernizada... trata-se de mudanças radicais; precisamos mexer na própria estrutura da tradicional "preparação para os sacramentos" e encarar os desafios de um novo modelo evangelizador-catequético. Trata-se de uma conversão pastoral, como o Documento de Aparecida 375 nos pede de "abandonar as ultrapassadas estruturas que já não favoreçam a transmissão da fé".

Não se trata só de iniciação cristã, como tradicionalmente se diz, mas sim de "iniciação à vida cristã", expressão que procura traduzir a comunicação de uma fé que não se reduz à intimidade com Jesus Cristo, mas que tenha reflexos e influências vitais na própria existência, levando à participação da comunidade, que no seu conjunto, deve dar Testemunho do Evangelho.

O esquema fundamental do texto, entre tantas possibilidades, tomou como ponto de partida o insistente pedido do Documento de Aparecida: "impõe-se a tarefa que não se pode renunciar de oferecer uma modalidade de iniciação cristã, que além de marcar **o quê**, dê também elementos para **o quem**, o **como** e o **onde** se realizam. Dessa forma, assumiremos o desafio de uma nova evangelização, à qual temos sido reiteradamente convocados" (nº 287). Acrescentando-se mais dois elementos (**por quê? e para quem?**), nosso texto ficou estruturado com esses **5 capítulos**:

I – Iniciação à vida cristã: **por quê?** - Motivações
II – Iniciação à vida cristã: **o que é?** – Natureza
III – Iniciação à vida cristã: **como?** - Metodologia
IV – Iniciação à vida cristã: **para quem?** – Destinatários - Interlocutores
V – Iniciação à vida cristã: **com quem? onde?** – Agentes e Lugares.

Celebração com Entrega do Creio / Comunidade Sagrada Família – 28/05/17.

Celebração com Entrega do Terço e do Creio / Catedral – 28/05/17.

Entrega da Cruz para os Adultos / Catedral São Cristóvão – 04/06/17.

Entrega do Terço e da Cruz, para os catequisando da 1 e 2 Eucaristia / Comunidade N. S. de Caravaggio – 04/06/17.

Item 145 - 2370

Ministério da Saúde

PN-DST\AIDS

ATENÇÃO BÁSICA

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO PARA TESTE RÁPIDO

Nº Requisição

Dados Orientação

1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento

2 Data Atendimento

3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)
[1] Individual [2] Coletiva [3] Nenhuma [4] Individual e Coletiva

4 Orientador(es)/Profissional

5 1ª Atendimento no CTA
[1] Sim [2] Não

6 Vai Fazer Coleta
[1] Sim [2] Não

7 1ª Amostra
[1] Sim [2] Não

8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)

9 Teste Nominal
[1] Sim [2] Não

10 Mostra Nome Etiqueta
[1] Sim [2] Não

Dados do Usuário

11 Nº do Prontuário/Protocolo

12 Nome do Usuário ou Senha

13 Sexo
[1] Masc. [2] Fem.

14 Gestante
[1] Sim [2] Não

15 Idade Gestacional (Meses)

16 Data Nascimento

17 Estado Civil (Situação conjugal)
[1] Casado/Amigado [2] Solteiro(a) [3] Separado [4] Viúvo [99] Não infor.

18 Raça/Cor
[1] Branca [2] Preta [3] Amarela [4] Parda [5] Indígena [99] Ignorado

19 Escolaridade (anos estudos concluídos)
[1] Nenhuma [2] De 1 a 3 [3] De 4 a 7 [4] De 8 a 11 [5] De 12 a mais [99]-Ignorado

20 Ocupação

21 Número do Cartão SUS

22 Nome da mãe

Autorização p/ Contato

23 Permite Contato *
[1] Sim [2] Não

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

Assinatura do Usuário

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

Dados de Residência

25 Logradouro (rua, avenida...)

26 Complemento (apto, casa ...)

27 Número

28 Município

29 Bairro

30 UF

31 CEP

32 (DDD) Telefone

33 Zona
[1] Urbana [2] Rural

34 País (se residente fora do Brasil)

Dados da Requisição

Dados Complementares

35 Motivo da Procura
[1] Exposição a situação de risco
[2] Encaminhado por serviço de saúde
[3] Encaminhado por banco de sangue
[4] Encaminhado por clínicas de recuperação
[5] Sintomas relacionados a AIDS
[6] Admissão em emprego/Forças Armadas
[7] Conhecimento de status sorológico
[8] Exame pré-natal
[9] Conferir resultado anterior
[10] Janela imunológica
[11] Suspeita de DST
[12] Prevenção
[13] Exame pré-nupcial
[14] Testagem para hepatite
[15] Contato domicil. p/ hepatites
[16] Oficina em escola
[97] Outros:
[99] Não Informado

36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)
[1] Material de divulgação
[2] Amigos/Usuários do serviço
[3] Jornais/Rádio/Televisão
[4] Banco de sangue
[5] Serviço/Profissional de Saúde
[6] Serviços de informação telef.
[7] ONG
[8] Internet
[9] Campanha
[10] Escola
[97] Outros:
[99] Não informado

37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)
[1] Nenhum
[2] Repeti Exame/Inconclusivo
[3] Repetir Ex./Janela imunológica
[4] Repetir Exame /2ª amostra
[5] Assistência Psicossocial
[6] Tratamento de DST
[7] Orientações Gerais
[8] Realizar ex. HIV
[9] Realizar Ex. Sífilis
[10] Realizar hepatite B
[11] Realizar hepatite C
[12] Realizar hepatite D
[13] Realizar todos os Exames
[97] Outros

38 Local Encaminhamento

Notas da Orientação

39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:

Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Continuação da Requisição -Página 2

Antecedentes Epidemiologicos

40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses
[1] Sim [2] Não

41 Apresentou DST nos últimos 12 meses
[1] Sim [2] Não

42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou
[1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado
[2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica

43 Usou Drogas nos últimos 12 meses
[1] Sim [2] Não

44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Freqüências
[1] Alcool_____ [3] Cocaina Aspirada_____ [5] Crack_____ [7] Anfetaminas_____
[2] Maconha_____ [4] Cocaina Injetavel_____ [6] Heroina_____ [8] Outras_____

Legendas p/ freqüência de uso de drogas:
1- Nunca usou
2- Já usou, mas não usa mais
3- Usa vez em quando
4- Usa freqüentemente

45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses
[1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado

46 Tipo de Parceirias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses
[1] Homens_____ [4]Travestis/Transexuais_____ [99] Não informado
[2] Mulheres_____ [98] Não se aplica

47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta)
[1] Relação Sexual [3] Compart. seingas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biologico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado
[2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros

Informações de Uso de Preservativos

48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses
[1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes
[2] Não usou [98] Não se aplica
[3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado

49 Uso do Preservativo na Ultima Relação com Parceiro Fixo
[1] Sim [4] Sim, mas rompeu
[2] Não [98] Não se aplica
[3] Não lembra [99] Não informado

50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo

[1]Não gosta	[6]Confia no parceiro	[11]Negociou não usar	[17]Disfunção sexual
[2]Não acredita na eficácia	[7]Sob efeito de drogas/álcool	[12]Não tinha informação	[18]Violência sexual
[3]Não sabe usar	[8]Não consegue negociar	[13]Não tem condições de comprar	[19] Alergia ao Produto
[4]Parceiro(a) não aceita	[9]Achou que o outro não tinha HIV	[14]Não deu tempo/tesão	[97]Outros
[5]Não dispunha no momento	[10]Acha que não vai pegar	[15]Desejo de ter filho	[98]Não se aplica
		[16]Tamanho do preservativo pq/gd	[99]Não informado

51 Risco do Parceiro Fixo
[1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado
[2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica

52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses
[1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes
[2] Não usou [98] Não se aplica
[3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado

53 Uso do Preservativo na Ultima Relação c/ Parceiro Eventual
[1] Sim [4] Sim, mas rompeu
[2] Não [98] Não se aplica
[3] Não lembra [99] Não informado

54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual

[1]Não gosta	[6]Confia no parceiro	[11]Negociou não usar	[17]Disfunção sexual
[2]Não acredita na eficácia	[7]Sob efeito de drogas/álcool	[12]Não tinha informação	[18]Violência sexual
[3]Não sabe usar	[8]Não consegue negociar	[13]Não tem condições de comprar	[19] Alergia ao Produto
[4]Parceiro(a) não aceita	[9]Achou que o outro não tinha HIV	[14]Não deu tempo/tesão	[97]Outros
[5]Não dispunha no momento	[10]Acha que não vai pegar	[15]Desejo de ter filho	[98]Não se aplica
		[16]Tamanho do preservativo pq/gd	[99]Não informado

Recorte

55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta)

[1] População em geral	[4] Profissional do sexo	[7] Usuário de outras drogas	[12] Travesti/Transexual
[2] População confinada	[5] Homem que faz sexo com homem	[8] Pessoa vivendo com HIV/aids	[13] Pessoa em exclusão social
[3] Caminhoneiro	[6] Usuário de drogas injetáveis	[9] Portador de DST	[14] Portador Hepetite B/C/D
		[10] Hemofílico e politransfundido	[15] Estudante
		[11] Profissional de saúde	[97] Outros:

Encaminhamentos Pós-Teste

56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções)

[1] Nenhum	[7] Tratamento para hepatites
[2] Repetir exame HIV/Inconclusivo	[8] Tratamento para HIV
[3] Repetir/Janela imunológica	[9] Repetir ex. Hepatite/incon.
[4] Repetir exame/2ª amostra	[10] Tratamento de Sífilis
[5] Assistência psicossocial	[11] Vacina Hepatite B
[6] Tratamento de DST	[97] Outros:

57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste

58 Orientador da Entrega

59 Materias / Preser. fornecidos:

Resultado Laboratorial

Dados de Resultado

60 Data da Entrega | | | | | |

61 HIV
Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido
Resultado Triagem
Resultado Final

62 Hepatite
C Anti-HCV
D Anti-HDV
B
HBsAg
Anti-HBc total
ANTI-HBs

63 Sífilis
VDRL
Titulação:
[ ] Doença Ativa
[ ] Cicatriz Sorológ.

64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados

Legendas de Resultados:
1-Não Reagente 4-Ignorado
2-Reagente 5-Discordante
3-Indeterminado 6-Não realizado

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

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de crescer

TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO
ENCAMINHAMENTO PARA TRANSPORTE

Estamos encaminhando o(a) Senhor(a) _____

_____ anos , para consulta no _____

dia _____/_____/_____ às _____ horas.

Informamos que o mesmo deverá ir _____ acompanhante.

Dia _____/_____/_____ às _____ horas.

O descumprimento do horário de embarque acima estipulado acarretará na perda do tratamento ou consulta.

_____ T.F.D.

_____ Paciente

Primavera do Leste, _____ de _____ de _____

Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - 3498.1727 - Cep 78850-000 - Primavera do Leste - MT
e-mail: centralderegulacao@pva.mt.gov.br

Gráfica Ucer: 3498.1815 (5438/08/2010)

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

RÓTULO SORO

Item 197-35385

NOME: _____

QUARTO: _____ LEITO: _____

SORO: _____

MEDICAÇÃO: _____

_____

_____

Nº GOTAS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DATA: ____/____/____

FUNCIONÁRIO: _____

Item 146

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

RÓTULO SORO

NOME: _____

QUARTO: _____ LEITO: _____

SORO: _____

MEDICAÇÃO: _____

_____

_____

Nº GOTAS: _____

INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DATA: ____/____/____

FUNCIONÁRIO: _____

Fls. 149 - 40325

UCT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
UCT - Primavera do Leste
Rua Rio de Janeiro, 601 - Centro - Fone/FAX 3498 1727

PREFEITURA MUNICIPAL
PrimaveradoLeste
Cultivando novos dias

INFORMAÇÕES PARA RESULTADOS COM ANTI-HBC POSITIVO

O que é Anti-HBc?

É um anticorpo produzido pelo organismo contra o vírus da Hepatite B, este vírus é transmitido através do sangue (uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue) através de relações sexuais desprotegidas, uso de agulhas contaminadas (tatuagem) e o vírus também pode passar da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou amamentação.

O que significa o Anti HBc positivo para sua saúde?

É possível que após entrar em contato com o vírus da Hepatite B ele tenha desaparecido espontaneamente do seu sangue sem nenhum tratamento específico, e às vezes, sem causar nenhum problema de saúde. Porém, o ideal seria realizar exames diagnósticos complementares como: Anti - HBc, Anti - HBs e HBsAg.

Você pode voltar a doar sangue?

Não, a lei brasileira proíbe definitivamente que qualquer pessoa que tenha Anti - HBc positivo doe sangue.

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

Item LSD

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAPA DE ENVIO PARA 2° AMOSTRA

PREFEITURA DE
PRIMAVERA DO LESTE

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Data da doação:____/____/____ **DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA:** / /

	Nome:			EXAME SOROLÓGICO:
	Sexo: ☐ M ☐ F	Data de Nasc.____/____/____	Identidade:____	Auto Exclusão ( )

Item 150 - 40236

Gráfica Da Liz (65) 3685-3355

Data do envio ao MT - HEMOCENTRO ____/____/____

Funcionário responsável pela emissão _____.

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

Item 152

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAPA DAS AMOSTRAS DE ROTINA (DOAÇÕES)

PREFEITURA DE
PRIMAVERA DO LESTE

Item 151 - 40338

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Data da doação: ____/____/____ **DATA DA COLETA:** ____/____/

	Nome:			
	Sexo: ☐M ☐F	Data de Nasc. ____/____/____	Identidade: _____	Auto Exclusão ( )

Gráfica Líder 3498-1516 (10173/02/13)

Data do envio ao MT - HEMOCENTRO ____/____/____ Funcionário responsável pela emissão _____.

Item 152- 1854

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:

Município:
Responsável:
Rotina ☐

Unidade de Saúde/local:

Campanha ☐

Dia/Mês/Ano:

100.000 UI
crianças de 6 a 11 meses*

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança recebera 1 dose de 100.000 UI

Total - 100.000 UI:
Saldo - 100.000UI:

200.000 UI
crianças de 12 a 59 meses**

1ª dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

**de 12 a 59 meses, a criança recebera 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 6 meses)

Total - 200.000 UI: (1ª dose)
Saldo - 200.000UI:

2ª dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

Total - 200.000 UI: (2ª dose)

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo
registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)

Números de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de frasco
100.000 UI	200.000 UI						

Stern 153 2067

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

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

CNS DO CIDADÃO: _____

Nome do Cidadão:*

Data de nascimento:* / / **Sexo:*** ◯ Feminino ◯ Masculino **Local de Atendimento:*** __

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Mingau	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Água/chá	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Leite de vaca	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fórmula infantil	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Suco de fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fruta	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? ◯ 1 vezes ◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais		◯ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? ◯ 1 vezes ◯ 2 vezes	◯ 3 vezes ou mais		◯ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: ◯ Em pedaços ◯ Amassada ◯ Passada na peneira ◯ Liquidificada ◯ Só o caldo			◯ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Outro leite que não o leite do peito	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Mingau com leite	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Iogurte	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Fígado	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Feijão	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Hamburguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? ☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia			
	Ontem, você consumiu:			
	Feijão	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Hamburguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	◯ Sim	◯ Não	◯ Não Sabe

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

***Campo obrigatório**

****Todas as questões do bloco devem ser respondidas**

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

Ano 156 - 1727

O que devo fazer após a doação?

- ♥ Manter o curativo no local por 4 horas;
- ♥ Ingerir bastante líquido nas primeiras 6 horas;
- ♥ Não ingerir bebida alcoólica nas primeiras 12 horas;
- ♥ Evitar esforços físicos exagerados em 12 horas;
- ♥ Evitar dobrar e carregar peso no braço que foi puncionado;
- ♥ Não fumar por, no mínimo, 1 hora;
- ♥ Alimentar-se bem;
- ♥ Interromper atividades de riscos nas próximas 12 horas, como pilotar avião ou helicoptero, conduzir ônibus ou caminhão de grande porte, subir andaime e praticar para-quedismo ou mergulho.
- ♥ Procurar a UCT/Primavera em caso de qualquer intercorrência (naúseas e vômitos, dor, vermelhidão, ou hematoma e mal estar).

UCT

SUS Sistema Único de Saúde

SAÚDE

Primavera do Leste

End: Rua Rio de Janeiro 601, Centro
Telefone: 3498-1727
Facebook: Banco de Sangue

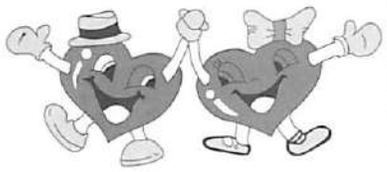
Obrigado por Doar Sangue!

Nós tomamos todos os cuidados para evitar que sua doação ponha em risco sua saúde ou das pessoas que irão receber seu sangue.

O sangue que você doou será utilizado para assegurar um direito primordial: o direito à Vida. Sua atitude é a esperança de muitas pessoas que precisam de sangue para continuar vivendo. Como não há substituto para o sangue humano, o doador torna-se ainda mais especial. É preciso que você continue a doar sangue regularmente pois a cada doação você salva até quatro vidas (as pacientes que necessitam de Hemácias, Plasma, Plaquetas e Crioprecipitado). Esse deve ser um motivo de alegria para quem doa sangue e um incentivo para que esse gesto grandioso, venha tornar-se um hábito constante em sua vida.

Item 157 - 42623

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO



Obs.: Esta planilha deverá ser arquivada por 20 anos juntamente com a autorização de procedimento de alta complexidade (APAC)

UNIDADE DE COLETA DE TRANSFUSÃO DE PRIMAVERA DO LESTE - MT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA DE
PRIMAVERA DO LESTE

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

PLANILHA DE REGISTRO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS:

☐ Conc. de Hemácias ☐ Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos

Paciente

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Hora da liberação _____:_____h

Data de Transfusão: _____/_____/20____ Registro:_____ Hospital:_____

TIPAGEM SANGUINEA

anti-A	anti-B	anti-A B	anti-D	CTL	CDE	Dfraco	HA	HB	ABO/Rh

RETIPAGEM DA (S) BOLSA (S)

anti-A	anti-B	anti-A B	anti-D	CTL	ABO/Rh	Número da (s) Bolsa (s)

Coombs Direto (TAD)		
	Monoespecífico	
	Poliespecífico	

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAI)

SALINA			ALBUMINA			PEG		
	I	II		I	II		I	II
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

PROVA CRUZADA

Bolse Nº								
SALINA			ALBUMINA			PEG		
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

Bolse Nº								
SALINA			ALBUMINA			PEG		
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

Bolse Nº								
SALINA			ALBUMINA			PEG		
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

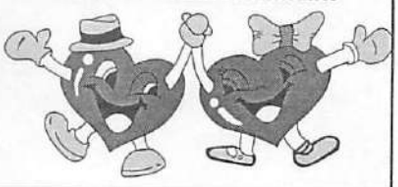
Bolse Nº								
SALINA			ALBUMINA			PEG		
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

Ass. Resp. Téc/Carimbo

Legenda: Neg. - Negativo
Pos. - Positivo

Item 158 - 42620

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO



Obs.: Esta planilha deverá ser arquivada por 20 anos juntamente com a autorização de procedimento de alta complexidade (APAC)

UNIDADE DE COLETA DE TRANSFUSÃO DE PRIMAVERA DO LESTE - MT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

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

PLANILHA DE REGISTRO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS:

- ☐ Crioprecipitado
- ☐ Plaquetaférese
- ☐ Plaquetas randômicas
- ☐ Plasma Fresco Congelado

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____ Hora da liberação: ____:____ h.

Data da Transfusão: ____/____/20__ Registro: _____ Hospital: _____

TIPAGEM SANGUINEA

anti-A	anti-B	anti-AB	anti-D	CTL	CDE	Dfraco	H A	H B	ABO/Rh

Coombs Direto (TAD)	Monoespecífico	
	Poliespecífico	

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAI)

SALINA			ALBUMINA			PEG		
	I	II		I	II		I	II
Imediata			Imediata			AGH		
TA 15 minutos			Térmica 37°C					
			AGH					

Quantidade de unidades utilizadas: _____

	N° da Bolsa
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Ass. Resp. Téc./Carimbo

Legenda: Neg. Negativo
Pos - Positivo

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Tempo de Crescer

16

item 159-35397

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU

Preenchimento com letras legíveis conforme a P. L. 3310/08

SAMU 192

REGISTRO DE ATENDIMENTO UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO

MUNICÍPIO:	DATA:	HORA ACIONADO:	HORA NO LOCAL	HORA NA REFERÊNCIA	NÚMERO OCORRÊNCIA: 02151
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:					BAIRRO:

NATUREZA DO CHAMADO

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO: _____
( ) FAF _____ ( ) FAB _____
( ) AGRESSÃO ( ) QUEDA _____
( ) QUEIMADURA ( ) QUASE AFOGAMENTO ( ) DESAB/SOTERRAMENTO
( ) LESÕES TÉRMICAS ( ) ELETROCUSSÃO ( ) PSIQUIÁTRICO
( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO ( ) GINECO/OBSTÉTRICO ( ) OUTROS _____

OBS.:

ANTECEDENTES
( ) ALCOOLISMO ( ) ALERGIA ( ) AIDS ( ) CONVULSÕES ( ) DIABETES ( ) DOENÇA CARDÍACA ( ) DOENÇA RENAL ( ) DROGADIÇÃO ( ) AVC ( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL ( ) DOENÇA MENTAL
( ) DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA ( ) PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ( ) OUTROS _____ ( ) CIRURGIAS REALIZADAS _____
( ) INTERNAMENTOS ANTERIORES _____ ( ) MEDICAMENTO

NOME DA VÍTIMA:	IDADE:	IDADE: ( ) M ( ) F	CARTÃO SAÚDE:

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO E EXAME CLÍNICO

PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS / CONDIÇÕES QUE A VÍTIMA FOI ENCONTRADA _____

( ) DIFICULDADE RESPIRATÓRIA ( ) CIANOSE ( ) SANGRAMENTO _____ ( ) PALIDEZ ( ) INCONSCIENTE / DESMAIO ( ) FEBRE ( ) AGITAÇÃO / AGRESSIVIDADE ( ) CONVULSÃO
( ) DOR LOCAL _____ ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) ALERGIA ( ) AUSÊNCIA DE PULSO ( ) OUTROS _____

INÍCIO DOS SINTOMAS ( ) MENOS DE 1 HORA ( ) 1 A 3 HORAS ( ) MAIS DE 4 HORAS ( ) MAIS DE 24 HORAS ( ) NÃO SABE

DADOS VITAIS	PA	PULSO	FR	SAT 02	T	ESCALA COMA	ESCALA TRAUMA

VIAS AÉREAS
( ) LIVRE ( ) OBSTRUÇÃO PARCIAL ( ) TOTAL
( ) CORPO ESTRANHO ( ) BRONCO ASPIRAÇÃO
( ) EDEMA DE GLOTE ( ) OBS _____

RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO
( ) ESPONTÂNEA
( ) PARADA RESPIRAÓRIA
( ) ASSISTIDA
( ) RITMO IRREGULAR

AUSCULTA
( ) NORMAL ( ) RONCOS / SIBILOS ( ) ESTERTORES
( ) DIMINUIÇÃO MV ( ) AUSÊNCIA MV
EXPANSIBILIDADE
( ) NORMAL ( ) SUPERFICIAL ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR

ACHADOS
( ) HEMOPTISE ( ) HÁLITO ETÍLICO
( ) EXPECTORAÇÃO MUCOSA/PURULENTA
( ) ENFISEMA SUBCUTÂNEO ( ) CREPITAÇÃO
( ) OUTROS _____

CIRCULAÇÃO
PELE - ( ) NORMAL ( ) PALIDEZ ( ) CIANOSE ( ) QUENTE ( ) FRIA ( ) ÚMIDA ( ) SECA
( ) OUTRO _____
EDEMA - ( ) AUSENTE ( ) PALPEBRAL ( ) M INFERIORES ( ) ANASARCA
PERFUSÃO - ( ) NORMAL ( ) RETARDADA

PULSO - ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FINO ( ) CHEIO ( ) AUSENTE
AUSCULTA - ( ) NORMAL ( ) HIPOFONESE ( ) ATRITO PERICÁRDIO ( ) ARRITMIA
( ) SOPRO _____
ECG - ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO
( ) AGITAÇÃO ( ) SONOLÊNCIA ( ) COMA ( ) CONFUSÃO ( ) CONVULSÃO ( ) OTORRAGIA ( ) D ( ) E ( ) SINAL BATTLE ( ) D ( ) E RIGIDEZ DE NUCA ( ) AFASIA ( ) OUTROS _____
PARALISIA _____ PARESIA _____ ANESTESIA _____ PARESTESIA _____ ARREFLEXIA _____
PUPILAS - MIOSE ( ) D ( ) E MIDRIASE ( ) D ( ) E ( ) NÃO REAGENTE A LUZ

SEGMENTOS
PESCOÇO - ( ) NORMAL ( ) TURGÊNCIA JUGULAR ( ) DESVIO TRAQUÉIA ( ) OUTRO _____
UROGENITAL - ( ) HEMATÚRIA ( ) ANÚRIA ( ) GIORDANO ( ) D ( ) E ( ) OUTRO _____
ABDOMEN - ( ) NORMAL ( ) DOLOROSO/DEFESA ( ) IRRITAÇÃO PERITONEAL ( ) HEPATOMEGALIA
( ) ESPLENOMEGALIA ( ) ASCITE ( ) DISTENÇÃO ( ) OUTROS _____

GINECO/OBSTÉTRICO
( ) TRABALHO DE PARTO ____ SEMANAS
( ) NORMAL
( ) ABORTAMENTO
( ) HEMORRAGIA VAGINAL
( ) OUTRO _____

( ) PARTO EM ANDAMENTO
( ) PARTO EN BREVE
( ) PARTO EMINENTE
( ) PARTO ÚNICO
( ) GEMELAR
( ) LÍQUIDO MECONIAL

RH
( ) VIVO
( ) MORTO
( ) DEQUIT PLACENTA
APGAR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

( ) DESOBS. VIAS AÉREAS ( ) CÂNULA OROFARINGEA ( ) ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL ( ) CRICOTIREOIDOSTOMIA ( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA AMBU ( ) RESPIRADOR ( ) INALAÇÃO 02 ( ) _____ 1/MN
( ) TORACOCENTESE COM AGULHA ( ) D ( ) E ( ) DRENAGEM TORÁCICA ( ) D ( ) E ( ) MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ( ) DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO
( ) CONTROLE HEMORRAGIA ( ) CURATIVO ( ) PUNÇÃO VENOSA SUPERFICIAL _____ ( ) PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA _____
( ) SONDA GÁSTRICA ( ) SONDA VESICAL ( ) SEDAÇÃO ( ) IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ( ) COLAR CERVICAL ( ) TALAS/TRAÇÃO ( ) OUTROS _____

CONDUTA

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

ENCAMINHAMENTO

( ) LIBERADO APÓS ATENDIMENTO
( ) RECUSA ATENDIMENTO
( ) TRANSPORTE
( ) ÓBITO ( ) NO LOCAL
( ) DURANTE ATENDIMENTO
( ) DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE
( ) DECUBITO DORSAL
( ) DECUBITO LATERAL
( ) DECUBITO VENTRAL
( ) SENTADO
( ) TRENDELEMBURG
( ) ELEVAÇÃO DE CABEÇA

HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE
_____
_____
ASSINATURA _____

RECUSA
Eu, _____ RG _____ ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SAMU.
ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE	ASSINATURA	CRM/COREN	CÓDIGO
MÉDICO			
ENFERMEIRO			
MOTORISTA			

ESCALA DE COMA

ABERTURA OCULAR		RESP. VERBAL		RESP. MOTORA	
4	ESPONTÂNEA	5	ORIENTADO	6	OBEDECE COMANDO
3	A VOZ	4	CONFUSO	5	APROPRIADA A DOR
2	A DOR	3	DESCONEXO	4	RETIRADA A DOR
1	AUSENTE	2	INCOMPREENSÍVEL	3	FLEXÃO ANORMAL
		1	AUSENTE	2	EXTENSÃO ANORMAL
				1	AUSENTE

ESCALA DE TRAUMA

RESPIRAÇÃO		PA MÁXIMA		ESCALA COMA	
4	10 A 29	4	+89	4	13 - 15
3	+29	3	76 A 89	3	9 - 12
2	6 A 10	2	50 A 75	2	6 - 8
1	1 A 5	1	1 A 49	1	4 - 5
0	0	0	0	0	0

ESCORE DE MALINAS

ESCORE	0	1	2
GESTA	I	II	III OU MAIS
DURAÇÃO DO TRABALHO	< 3H	3 A 5H	> 6H
DURAÇÃO DA CONTRAÇÃO	< 1M	1 M	> 1M
INTERVALO DA CONTRAÇÃO	> 5M	3 A 5 M	< 3M
BOLSA ROTA	NÃO	< 1H	> 1H

3 OU MENOS = PARTO EM ANDAMENTO
4 A 6 = PARTO EM BREVE
7 A 10 = PARTO IMINENTE

APGAR

ESCORE	0	1	2
FC	0	< 100	> 100
ESFORÇO RESPIRAT.	AUSENTE	IRREGULAR	CHORO FORTE
RETIVIDADE	AUSENTE	ESFORÇO DE TOSSE	TOSSE
TÔNUS MUSCULAR	HIPOTOMIA	ALGUMA FLEXÃO	NORMAL
COLORAÇÃO DA PELE	PALIDEZ INTENSA OU CIANOSE	CIANOSE DE EXTREMIDADES	CORADO

OBSERVAÇÕES:

Tempo de Crescer

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU

Preenchimento com letras legíveis conforme a P. L. 3310/08

SAMU 192

REGISTRO DE ATENDIMENTO UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO

MUNICÍPIO:	DATA:	HORA ACIONADO:	HORA NO LOCAL	HORA NA REFERÊNCIA	NÚMERO OCORRÊNCIA: 02151

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: | BAIRRO:

NATUREZA DO CHAMADO

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO: _____
( ) FAF _____ ( ) FAB _____
( ) AGRESSÃO ( ) QUEDA _____
( ) QUEIMADURA ( ) QUASE AFOGAMENTO ( ) DESAB/SOTERRAMENTO
( ) LESÕES TÉRMICAS ( ) ELETROCUSSÃO ( ) PSIQUIÁTRICO
( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO ( ) GINECO/OBSTÉTRICO ( ) OUTROS _____

OBS.:

ANTECEDENTES
( ) ALCOOLISMO ( ) ALERGIA ( ) AIDS ( ) CONVULSÕES ( ) DIABETES ( ) DOENÇA CARDÍACA ( ) DOENÇA RENAL ( ) DROGADIÇÃO ( ) AVC ( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL ( ) DOENÇA MENTAL
( ) DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA ( ) PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ( ) OUTROS _____ ( ) CIRURGIAS REALIZADAS _____
( ) INTERNAMENTOS ANTERIORES _____ ( ) MEDICAMENTO

NOME DA VÍTIMA:	IDADE:	IDADE: ( ) M ( ) F	CARTÃO SAÚDE:

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO E EXAME CLÍNICO

PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS / CONDIÇÕES QUE A VÍTIMA FOI ENCONTRADA _____

( ) DIFICULDADE RESPIRATÓRIA ( ) CIANOSE ( ) SANGRAMENTO _____ ( ) PALIDEZ ( ) INCONSCIENTE / DESMAIO ( ) FEBRE ( ) AGITAÇÃO / AGRESSIVIDADE ( ) CONVULSÃO
( ) DOR: LOCAL _____ ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) ALERGIA ( ) AUSÊNCIA DE PULSO ( ) OUTROS _____

INÍCIO DOS SINTOMAS ( ) MENOS DE 1 HORA ( ) 1 A 3 HORAS ( ) MAIS DE 4 HORAS ( ) MAIS DE 24 HORAS ( ) NÃO SABE

DADOS VITAIS	PA	PULSO	FR	SAT 02	T	ESCALA COMA	ESCALA TRAUMA

VIAS AÉREAS
( ) LIVRE ( ) OBSTRUÇÃO PARCIAL ( ) TOTAL
( ) CORPO ESTRANHO ( ) BRONCO ASPIRAÇÃO
( ) EDEMA DE GLOTE ( ) OBS _____

RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO
( ) ESPONTÂNEA
( ) PARADA RESPIRAÓRIA
( ) ASSISTIDA
( ) RITMO IRREGULAR

AUSCULTA
( ) NORMAL ( ) RONCOS / SIBILOS ( ) ESTERTORES
( ) DIMINUIÇÃO MV ( ) AUSÊNCIA MV
EXPANSIBILIDADE
( ) NORMAL ( ) SUPERFICIAL ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR

ACHADOS
( ) HEMOPTISE ( ) HÁLITO ETÍLICO
( ) EXPECTORAÇÃO MUCOSA/PURULENTA
( ) ENFISEMA SUBCUTÂNEO ( ) CREPITAÇÃO
( ) OUTROS _____

CIRCULAÇÃO
PELE - ( ) NORMAL ( ) PALIDEZ ( ) CIANOSE ( ) QUENTE ( ) FRIA ( ) ÚMIDA ( ) SECA
( ) OUTRO _____
EDEMA - ( ) AUSENTE ( ) PALPEBRAL ( ) M INFERIORES ( ) ANASARCA
PERFUSÃO - ( ) NORMAL ( ) RETARDADA

PULSO - ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) FINO ( ) CHEIO ( ) AUSENTE
AUSCULTA - ( ) NORMAL ( ) HIPOFONESE ( ) ATRITO PERICÁRDIO ( ) ARRITMIA
( ) SOPRO _____
ECG - ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO
( ) AGITAÇÃO ( ) SONOLÊNCIA ( ) COMA ( ) CONFUSÃO ( ) CONVULSÃO ( ) OTORRAGIA ( ) D ( ) E ( ) SINAL BATTLE ( ) D ( ) E RIGIDEZ DE NUCA ( ) AFASIA ( ) OUTROS _____
PARALISIA _____ PARESIA _____ ANESTESIA _____ PARESTESIA _____ ARREFLEXIA _____
PUPILAS - MIOSE ( ) D ( ) E MIDRIASE ( ) D ( ) E ( ) NÃO REAGENTE A LUZ

SEGMENTOS
PESCOÇO - ( ) NORMAL ( ) TURGÊNCIA JUGULAR ( ) DESVIO TRAQUÉIA ( ) OUTRO _____
UROGENITAL - ( ) HEMATÚRIA ( ) ANÚRIA ( ) GIORDANO ( ) D ( ) E ( ) OUTRO _____
ABDOMEN - ( ) NORMAL ( ) DOLOROSO/DEFESA ( ) IRRITAÇÃO PERITONEAL ( ) HEPATOMEGALIA
( ) ESPLENOMEGALIA ( ) ASCITE ( ) DISTENÇÃO ( ) OUTROS _____

GINECO/OBSTÉTRICO
( ) TRABALHO DE PARTO ____ SEMANAS
( ) NORMAL
( ) ABORTAMENTO
( ) HEMORRAGIA VAGINAL
( ) OUTRO _____

( ) PARTO EM ANDAMENTO
( ) PARTO EM BREVE
( ) PARTO EMINENTE
( ) PARTO ÚNICO
( ) GEMELAR
( ) LÍQUIDO MECONIAL

RH
( ) VIVO
( ) MORTO
( ) DEQUIT PLACENTA
APGAR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

( ) DESOBS. VIAS AÉREAS ( ) CÂNULA OROFARINGEA ( ) ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL ( ) CRICOTIREOIDOSTOMIA ( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA AMBU ( ) RESPIRADOR ( ) INALAÇÃO 02 ( ) _____ 1/MN
( ) TORACOCENTESE COM AGULHA ( ) D ( ) E ( ) DRENAGEM TORÁCICA ( ) D ( ) E ( ) MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ( ) DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO
( ) CONTROLE HEMORRAGIA ( ) CURATIVO ( ) PUNÇÃO VENOSA SUPERFICIAL _____ ( ) PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA _____
( ) SONDA GÁSTRICA ( ) SONDA VESICAL ( ) SEDAÇÃO ( ) IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ( ) COLAR CERVICAL ( ) TALAS/TRAÇÃO ( ) OUTROS _____

CONDUTA

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

ENCAMINHAMENTO

( ) LIBERADO APÓS ATENDIMENTO
( ) RECUSA ATENDIMENTO
( ) TRANSPORTE
( ) ÓBITO ( ) NO LOCAL
( ) DURANTE ATENDIMENTO
( ) DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE
( ) DECUBITO DORSAL
( ) DECUBITO LATERAL
( ) DECUBITO VENTRAL
( ) SENTADO
( ) TRENDELEMBURG
( ) ELEVAÇÃO DE CABEÇA

HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE
ASSINATURA _____

RECUSA
Eu, _____ RG _____ ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SAMU.
ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE	ASSINATURA	CRM/COREN	CÓDIGO
MÉDICO			
ENFERMEIRO			
MOTORISTA			

ESCALA DE COMA

ABERTURA OCULAR		RESP. VERBAL		RESP. MOTORA	
4	ESPONTÂNEA	5	ORIENTADO	6	OBEDECE COMANDO
3	A VOZ	4	CONFUSO	5	APROPRIADA A DOR
2	A DOR	3	DESCONEXO	4	RETIRADA A DOR
1	AUSENTE	2	INCOMPREENSÍVEL	3	FLEXÃO ANORMAL
		1	AUSENTE	2	EXTENSÃO ANORMAL
				1	AUSENTE

ESCALA DE TRAUMA

RESPIRAÇÃO		PA MÁXIMA		ESCALA COMA	
4	10 A 29	4	+89	4	13 - 15
3	+29	3	76 A 89	3	9 - 12
2	6 A 10	2	50 A 75	2	6 - 8
1	1 A 5	1	1 A 49	1	4 - 5
0	0	0	0	0	0

ESCORE DE MALINAS

ESCORE	0	1	2
GESTA	1	II	III OU MAIS
DURAÇÃO DO TRABALHO	< 3H	3 A 5H	> 6H
DURAÇÃO DA CONTRAÇÃO	< 1M	1 M	> 1M
INTERVALO DA CONTRAÇÃO	> 5M	3 A 5 M	< 3M
BOLSA ROTA	NÃO	< 1H	> 1H

3 OU MENOS = PARTO EM ANDAMENTO
4 A 6 = PARTO EM BREVE
7 A 10 = PARTO IMINENTE

APGAR

ESCORE	0	1	2
FC	0	< 100	> 100
ESFORÇO RESPIRAT.	AUSENTE	IRREGULAR	CHORO FORTE
RETIVIDADE	AUSENTE	ESFORÇO DE TOSSE	TOSSE
TÔNUS MUSCULAR	HIPOTOMIA	ALGUMA FLEXÃO	NORMAL
COLORAÇÃO DA PELE	PALIDEZ INTENSA OU CIANOSE	CIANOSE DE EXTREMIDADES	CORADO

OBSERVAÇÕES:

20 Bloco

50 x 2 x 1

Pré - parto

Gráfica Líder 3496-1615 (8493/01/12)

Item 160 - 8184 243353

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

SUS Sistema Único de Secretaria de Estado de Saúde

Controle Digitação

REGISTRO DIÁRIO DE APLICAÇÕES A ULTRA BAIXO VOLUME
Bloqueio de caso

Município			
Código e Nome da Localidade		Semana epidem.:	

Parâmetros Técnicos					
Inseticida					
Formulação e Concentração Produto Comercial:		Dose de Ingrediente Ativo		Vazão (ml/min)	
Identificação Equipamento					

Endereço do Paciente:						
Data do Comunicado		Número notif. (SINAN)		N°. Quart. do Caso		
N°. dos Quart. Programados:	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/

Atividade de Campo

	Número do Quarteirão Trabalhado	Número de Imóveis Tratados	Tempo de Aplicação (min.)	Local (P-peri I-intra)	Consumo (L)	
					Calda	Combustível
01	/					
02	/					
03	/					
04	/					
05	/					
06	/					
07	/					
08	/					
09	/					
10	/					
11	/					
12	/					
13	/					
14	/					

Operador 1		**Operador 2**	

10 bloco com 100 folhas.

Item [redacted] 16 40395

PREFEITURA DE
PRIMAVERA DO LESTE

UCT
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO

SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

REGULAMENTO DE DOAÇÃO DE SANGUE

Obrigado por ter vindo doar sangue hoje. Sua doação pode salvar a vida de alguém. O serviço de sangue está comprometido em prover sangue seguro e produtos do sangue aqueles que precisam.

Existem algumas pessoas na comunidade que não devem doar sangue, já que podem transmitir infecções para as pessoas que receberem seu sangue. Então, antes de doar o sangue, você deverá passar por uma triagem clínica onde responderá algumas perguntas para garantir segurança para as pessoas receberem seu sangue, tais perguntas são parte vital do esforço para eliminar as doenças transmissíveis pelo sangue.

Mesmo achando que existam muitas perguntas, elas são realmente importantes, e você precisa responder a cada uma delas de forma honesta e sincera. Responder a essas perguntas honestamente é importante, pois a sua sinceridade e consciência são essenciais para a segurança de quem irá receber seu sangue. Nós nos comprometemos em manter suas respostas e qualquer coisa que nos diga durante a entrevista como confidencial. Caso você não possa doar sangue hoje, nós agradecemos sua vinda e apreciamos sua vontade de tornar-se um doador de sangue ou de doar mais uma vez o seu sangue.

O serviço de sangue tem compromisso com sua segurança e bem estar.

SAMU - 192 PRIMAVERA DO LESTE
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA - APH
CONTROLE E ESTATÍSTICA
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

(1)

Item 162 - 35396

OCORRÊNCIA Nº:	DATA:	SAÍDA BASE:	CHEG. OCOR.:
NOME DA VÍTIMA:			CHEG. BASE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA (RUA, AV, RODOVIA):			COMPLEMENTO:
BAIRRO:		Nº:	FONE:
MUNICÍPIO:	IDADE:	SEXO: ( ) M ( ) F	COR: ( ) BRANCO ( ) NEGRO ( ) AMARELO ( ) PARDO

VIAS AÉREAS:

( ) EDEMA DE GIOTE
( ) OBSTRUÇÃO PARCIAL
( ) CORPO ESTRANHO
( ) BRANCO ASPIRAÇÃO
( ) LIVRE ( ) TOTAL
OBS.: _____

RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO

( ) ESPONTÂNEA
( ) PARADA RESPIRATÓRIA
( ) ASSISTIDA
( ) RITMO IRREGULAR
( ) OUTROS: _____
_____

( ) DIF. RESPIRATÓRIA ( ) CIANOSE ( ) SANGRAMENTO
( ) PALIDEZ ( ) INCONSCIENTE / DESMAIO ( ) FEBRE
( ) AGITAÇÃO / AGRESSIVIDADE ( ) CONVULSÃO
( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) ALERGIA
( ) AUSÊNCIA DE PULSO ( ) DOR/LOCAL: _____
OUTROS: _____

CIRCULAÇÃO:

PELE: ( ) NORMAL ( ) PALIDEZ ( ) CIANOSE ( ) QUENTE ( ) FRIA ( ) FRIA ( ) ÚMIDA ( ) SECA. OUTROS_____

EDEMA: ( ) AUSENTE ( ) PALPEBRAL ( ) MII ( ) ANASARCA

PERFUSÃO: ( ) NORMAL ( ) RETARDADA

PULSO: ( ) REGULAR ( ) FINO ( ) IRREGULAR ( ) AUSENTE ( ) CHEIO. OBS.: _____

ESCALA DE COMA:

ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA	
[4] ESPONTÂNEA [3] A VOZ [2] A DOR [1] AUSENTE	[5] ORIENTADO [4] CONFUSO [3] DESCONEXO [2] INCOMPREENSÍVEL [1] AUSENTE	[6] OBEDECE COMANDO [5] RESPONDE A DOR [3] RETIRADA A DOR [3] FLEXÃO ANORMAL [2] EXTENSÃO ANORMAL [1] AUSENTE	**TOTAL** ( )

EXAME NEUROLÓGICO

( ) AGITAÇÃO ( ) SONOLÊNCIA ( ) COMA ( ) CONFUSÃO ( ) CONVULSÃO ( ) OTORRAGIA ( ) D ( ) E ( ) HEMAT. ORBITAL ( ) D ( ) E ( ) RIGIDEZ DE NUCA ( ) AFASIA ( ) OUTROS _____ PARALISA _____ ANESTÉSICO _____ PARESTESIA _____ ARREFLEXIA _____ ***PUPILAS - MIOSE*** ( ) D ( ) ***E MIDRÍASE:*** ( ) D ( ) E ( ) NÃO REAGENTE A LUZ

SEGMENTOS:

PESCOÇO: ( ) NORMAL ( ) TURGÊNCIA JUGUEAR ( ) DESVIO TRAQUÉIA ( ) OUTRO: _____

URINAL: ( ) HEMATÚRIA ( ) ANÚRIA ( ) GIORDANO ( ) D ( ) E ( ) OUTROS: _____

ABDÔMEN: ( ) PLANO ( ) DOLOROSO / DEFESA ( ) FLÁCIDO ( ) GLOBOSO ( ) ABERTO ( ) DISTENDIDO. OUTROS: _____

GINECO / OBSTÉTRICA:

( ) TRABALHO DE PARTO _____ SEMANA
( ) NORMAL ( ) ABORTAMENTO
( ) HEMORRAGIA VAGINAL
( ) OUTROS: _____
( ) BCF: _____

( ) PARTO EM ANDAMENTO
( ) PARTO EMINENTE

RN: ( ) VIVO ( ) MORTO

ENCAMINHAMENTO:

HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE: _____

ASSINATURA: _____

RECUSA
EU, _____ RG _____ ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SAMU.
ASSINATURA: _____

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

SINAIS VITAIS: PA: _____ P: _____ FR: _____ SP02: _____ T: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:	ASSINATURA	COREN	CÓDIGO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM / AUXILIAR DE ENFERMAGEM:			
CONDUTOR:			
OUTROS:			

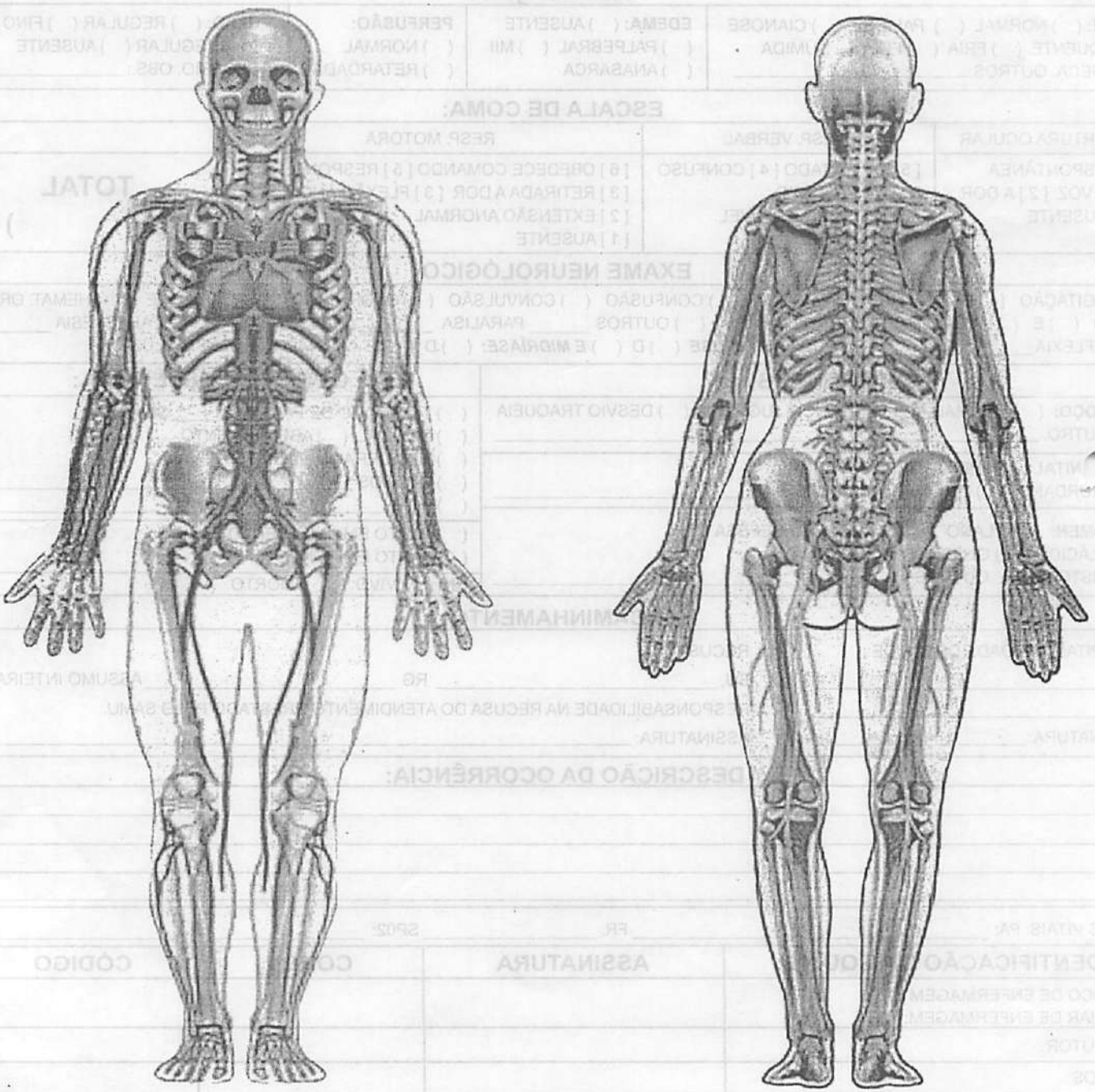
Gráfica Líder 3498-1516 (5786/04/10)

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

PRIMAVERA DO LESTE - MT

SAMU 192

REGISTRE NO ESQUEMA ABAIXO O LOCAL E TIPO DE LESÃO



SAMU - 192 PRIMAVERA DO LESTE
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA - APH
CONTROLE E ESTATÍSTICA
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

PRIMAVERA DO LESTE
PREFEITURA
Nasce um novo tempo

OCORRÊNCIA Nº:	DATA:	SAÍDA BASE:	CHEG. OCOR.:
NOME DA VÍTIMA:			CHEG. BASE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA (RUA, AV, RODOVIA):			COMPLEMENTO:
BAIRRO:		Nº:	FONE:
MUNICÍPIO:	IDADE:	SEXO: ( ) M ( ) F	COR: ( ) BRANCO ( ) NEGRO ( ) AMARELO ( ) PARDO

VIAS AÉREAS:

( ) EDEMA DE GIOTE
( ) OBSTRUÇÃO PARCIAL
( ) CORPO ESTRANHO
( ) BRANCO ASPIRAÇÃO
( ) LIVRE ( ) TOTAL
OBS.: _____

RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO

( ) ESPONTÂNEA
( ) PARADA RESPIRATÓRIA
( ) ASSISTIDA
( ) RITMO IRREGULAR
( ) OUTROS: _____

( ) DIF. RESPIRATÓRIA ( ) CIANOSE ( ) SANGRAMENTO
( ) PALIDEZ ( ) INCONSCIENTE / DESMAIO ( ) FEBRE
( ) AGITAÇÃO / AGRESSIVIDADE ( ) CONVULSÃO
( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) ALERGIA
( ) AUSÊNCIA DE PULSO ( ) DOR/LOCAL: _____
OUTROS: _____

CIRCULAÇÃO:

PELE: ( ) NORMAL ( ) PALIDEZ ( ) CIANOSE ( ) QUENTE ( ) FRIA ( ) FRIA ( ) ÚMIDA ( ) SECA. OUTROS _____

EDEMA: ( ) AUSENTE ( ) PALPEBRAL ( ) MII ( ) ANASARCA

PERFUSÃO: ( ) NORMAL ( ) RETARDADA

PULSO: ( ) REGULAR ( ) FINO ( ) IRREGULAR ( ) AUSENTE ( ) CHEIO. OBS.: _____

ESCALA DE COMA:

ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA	
[4] ESPONTÂNEA [3] A VOZ [2] A DOR [1] AUSENTE	[5] ORIENTADO [4] CONFUSO [3] DESCONEXO [2] INCOMPREENSÍVEL [1] AUSENTE	[6] OBEDECE COMANDO [5] RESPONDE A DOR [3] RETIRADA A DOR [3] FLEXÃO ANORMAL [2] EXTENSÃO ANORMAL [1] AUSENTE	**TOTAL** ( )

EXAME NEUROLÓGICO

( ) AGITAÇÃO ( ) SONOLÊNCIA ( ) COMA ( ) CONFUSÃO ( ) CONVULSÃO ( ) OTORRAGIA ( ) D ( ) E ( ) HEMAT. ORBITAL ( ) D ( ) E ( ) RIGIDEZ DE NUCA ( ) AFASIA ( ) OUTROS _____ PARALISA _____ ANESTÉSICO _____ PARESTESIA _____ ARREFLEXIA _____. ***PUPILAS - MIOSE*** ( ) D ( ) ***E MIDRÍASE:*** ( ) D ( ) E ( ) NÃO REAGENTE A LUZ

SEGMENTOS:

PESCOÇO: ( ) NORMAL ( ) TURGÊNCIA JUGUEAR ( ) DESVIO TRAQUÉIA ( ) OUTRO: _____

URO-GENITAL: ( ) HEMATÚRIA ( ) ANÚRIA ( ) GIORDANO ( ) D ( ) E ( ) OUTROS: _____

ABDÔMEN: ( ) PLANO ( ) DOLOROSO / DEFESA ( ) FLÁCIDO ( ) GLOBOSO ( ) ABERTO ( ) DISTENDIDO. OUTROS: _____

GINECO / OBSTÉTRICA:

( ) TRABALHO DE PARTO _____ SEMANA
( ) NORMAL ( ) ABORTAMENTO
( ) HEMORRAGIA VAGINAL
( ) OUTROS: _____
( ) BCF: _____

( ) PARTO EM ANDAMENTO
( ) PARTO EMINENTE

RN: ( ) VIVO ( ) MORTO

ENCAMINHAMENTO:

HOSPITAL / UNIDADE DE SAÚDE: _____

ASSINATURA: _____

RECUSA
EU, _____ RG _____ ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SAMU.
ASSINATURA: _____

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

SINAIS VITAIS: PA: _____ P: _____ FR: _____ SP02: _____ T: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:	ASSINATURA	COREN	CÓDIGO
TÉCNICO DE ENFERMAGEM / AUXILIAR DE ENFERMAGEM:			
CONDUTOR:			
OUTROS:			

Gráfica Líder 3498-1516 (5786/04/10)

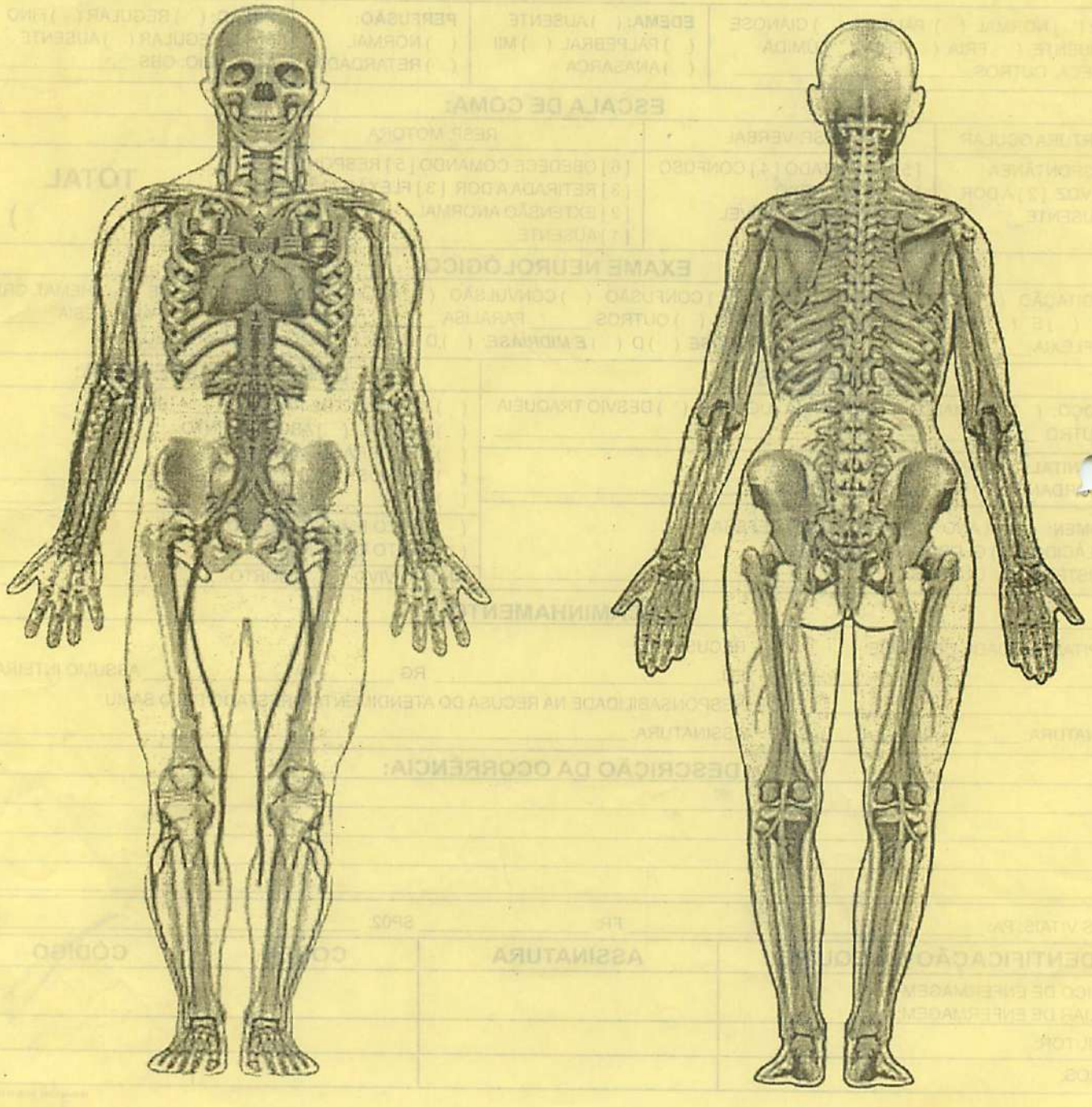
Numeração
40 50

40 Bloco
50x2

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
PRIMAVERA DO LESTE - MT

SAMU 192

REGISTRE NO ESQUEMA ABAIXO O LOCAL E TIPO DE LESÃO



PARTICIPE

As reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde ocorrem mensalmente:

- Quando: toda terceira sexta-feira de cada mês.
- Local: auditório da secretaria Municipal de Saúde.
- Horário: a partir das 15h.

Acesse e fique por dentro:

Blog do CMS:
cmspva.blogspot.com

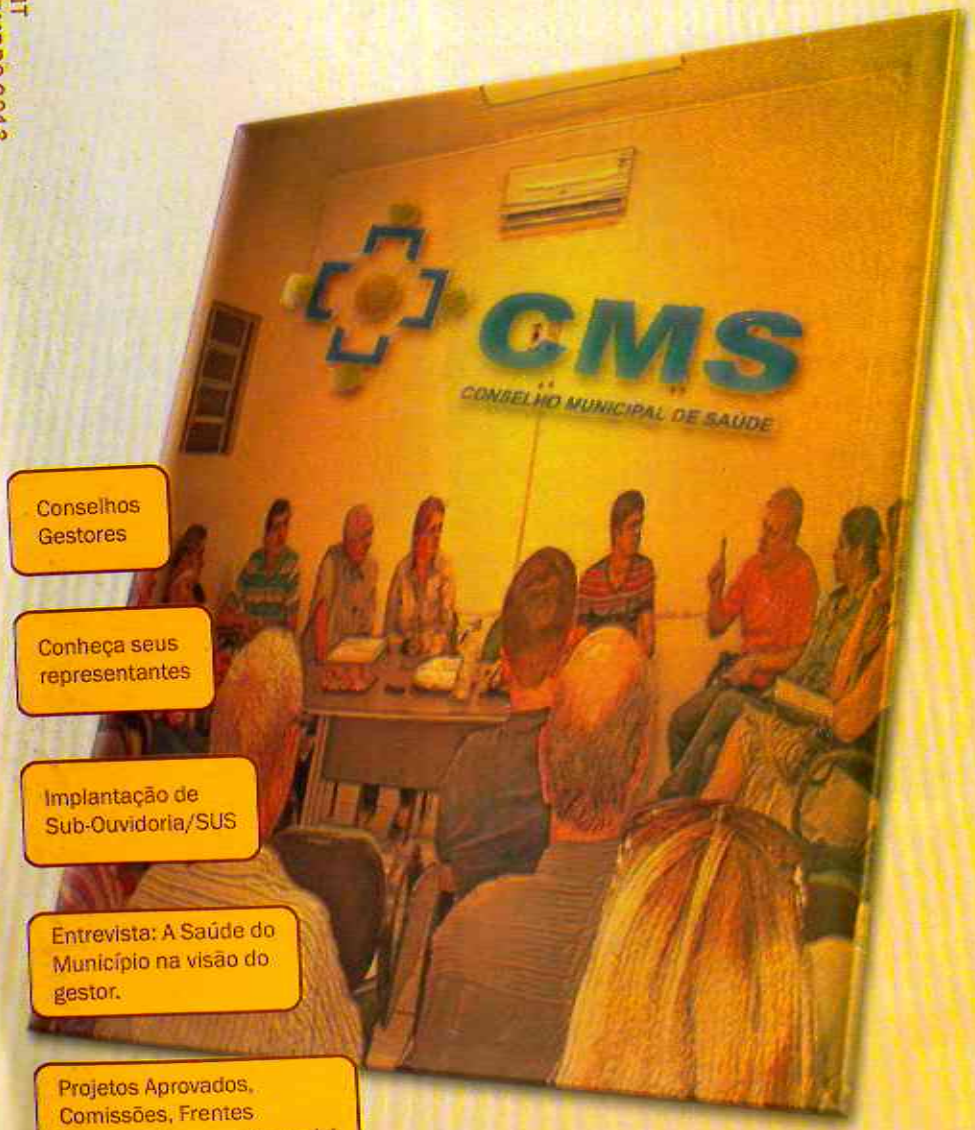
Facebook:
https://www.facebook.com/cmspvamt?fref=ts

Skype:
cmspva

PRIMAVERA DO LESTE, MT
ANO 2, NÚMERO 2 - SETEMBRO 2013

CMS EM REVISTA

A REVISTA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE de Primavera do Leste - MT



Conselhos Gestores

Conheça seus representantes

Implantação de Sub-Ouvidoria/SUS

Entrevista: A Saúde do Município na visão do gestor.

Projetos Aprovados, Comissões, Frentes Participativas e muito mais!

Proc. 164 - 47871

TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE
(a ser preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando o paciente tiver idade inferior a 21 anos).

GRAVIDEZ PROIBIDA!
Riscos de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto

1. Informei à paciente que o produto:
Isotretinoína | Tretinoína | Acitretína
Têm altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez, já nasceram mais de 250 bebês com graves deformações na face, orelhas, coração ou sistema nervoso devido ao uso destas substâncias.

2. Se o remédio prescrito é a isotretinoína, informei que a única indicação aprovada para esta substância é "acne nódulocística ou conglobata, não responsiva a outros tratamentos", ou seja, pode ser utilizado apenas na forma mais grave de acne que deixa cicatrizes profundas na pele e não melhora com outros tratamentos. Não deve ser usado em formas mais simples de acne, devido aos sérios riscos acima mencionados.

3. Expliquei que, como estes remédios ficam no corpo durante algum tempo após o tratamento, e podem causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar os seguintes períodos antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com:
Isotretinoína ou **Tretinoína:** Esperar 2 meses
Acitretina: Esperar 3 anos

4. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual):
Data do teste_____Resultado_____

5. Recomendei aguardar o início da próxima menstruação para começar o tratamento.

6. Certifiquei-me que ela está utilizando um método para evitar a gravidez altamente eficaz (recomenda-se abstinência total, dispositivo intra-uterino-DIU - com cobre, anticoncepcional injetável, ou, no caso de mulheres que já tem filhos, são maiores de 30 anos e não desejam engravidar mais, laqueadura tubária).
Método anticoncepcional em uso_____data de início:_____

7. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8 . Informei à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Comunicarei imediatamente ao fabricante a ocorrência que qualquer efeito colateral grave ou não esperado, bem como a ocorrência de gravidez exposta durante o tratamento ou em prazos inferiores aos previstos no item 3, após tratamento.

A Ser Preenchido Pelo Paciente:

Eu,_____,

Carteira de Identidade número_____Órgão expedidor _____

residente na rua _____, Cidade_____, Estado_____,

e telefone para contato_____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro ter entendido as orientações prestadas, e (no caso de ser paciente do sexo feminino) de poder cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento.

Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura_____

(Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:) Nome_____,

Assinatura_____R.G. do Responsável_____

Data e Assinatura do Médico_____**CRM**_____

(3 vias) 1ª paciente / 2ª médico/3ª farmácia (A Ser Repassada ao Fabricante).

Stem 165- 1779

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SaúdedaFamília

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECISO PARA REALIZAR TESTE PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Autorizo a coleta de uma amostra de sangue para a realização de teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV. Informo que estou ciente que:

- A coleta da amostra pode ser desconfortável e causar alguma dor;
- Este teste será feito em caráter sigiloso e que o resultado me será entregue por um profissional treinado para esta atividade;
- Poderá haver necessidade de coletar mais uma amostra para a realização de testes adicionais necessários para a conclusão do meu diagnóstico.

Nome do usuário:_____

Assinatura:_____

Nome Responsável:_____

Assinatura do responsável:_____

Nome do profissional que prestou o atendimento:_____

_____

Local e Data:_____

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

1ª Via - Médico
2ª Via - Farmácia Drogaria
3ª Via - Paciente

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A):

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no conselho de Medicina do Estado sob o número_____, sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente:_____

_____ , do sexo M F , com idade de anos completos, com diagnostico de _____ , para quem estou indicando o medicamento a base de sibutramina

Informei ao paciente que: 1. O medicamento contendo a substância: **a.** foi submetido a um estudo realizado após a aprovação do produto, com 10.744 (dez mil, setecentos e quarenta e quatro) pacientes com sobrepeso ou obesos, com 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais, com alto risco cardiovascular, tratados com sibutramina e observou-se um aumento de 16% (dezesseis por cento) no risco de infarto miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal, parada cardíaca ou morte cardiovascular comparados com os pacientes que não usaram o medicamento; e **b.** Portanto, a utilização do medicamento esta restrita às indicações e eficácia descrita no item 2, e respeitando-se rigorosamente as contraindicações descritas no item 3 e as precauções descritas no item 4. **2.** As indicações e eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas as seguintes restrições: **a.** A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos 5% (cinco por cetno) a 10% (dez por cento) do peso corporal inicial acompanhado da diminuição de parâmetros metabólicos considerados fatores de risco da obesidade; e **b.** o medicamentos deve ser utilizado como terapia adjuvante, como parte de um progama de gerenciamento de peso para pacientes obesos com índice de massa corpórea (IMC) > ou = a 30 Kg/m2 (maior ou igual a trinta quilogramas por metro quadrado), num prazo máximo de 2 (dois) anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física competível com as condições do usuário. **3.** O uso da sibutramina esta contra indicados em pacientes: **a.** Com índice de massa corpórea (IMC) menos que 30 Kg/m2 (trinta quilogramas por metro quadrado); **b.** com histórico de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos outro fator de risco (i.e, hipertensão controlada por medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria); **c.** Com histórico de doença arterial coronariana (angina, história de infarto miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório); **d.** Hipertensão controlada inadequadamente > 145/90 mmHg (maior que cento e quarenta e cinco por noventa milímetros de mercúrio); **e.** Com idade acima de 65 (sessenta e cinco) anos, crianças e adolescentes; **f.** Com histórico ou presença de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia; ou **g.** Em uso de outros medicamentos de ação central para redução de peso ou tratamento de transtornos psiquiátricos. **4.** As precauções com o uso dos medicamentos à base de sibutramina exigem que: **a.** Ocorra a descontinuidade do tratamento em pacientes que não responderem à perda de peso após 4 (quatro) semanas de tratamento com dose diária máxima de 15mg/dia (quinze miligramas por dia), considerando-se que essa perda deve ser de pelo menos, 2kg (dois quilogramas), durante estas 4 (quatro) primeiras semanas, e **b.** haja a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca durante todo o tratamento, pois o uso da sibutramina tem como efeito colateral o aumento de forma relevante, da pressão arterial e da frequência cardíaca, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento. **5.** O uso da sibutramina no Brasil está em período de monitoramento do seu perfil de segurança, conforme RDC/ANVISA No-XX/2011. **6.** O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica o uso do medicamento. **7.** É responsabilidade de o médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. **8.** Para viabilizar a facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRM:_____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

A SER PREENCHIDO PELO (A) PACIENTE

Eu,_____

Carteira de identidade Nº _____ , residente na rua:_____

_____

Cidade:_____ Estado: ☐☐

Tel.( ) _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer.

Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo pra ninguém.

_____ Data:____/____/_____

Assinatura do (a) paciente

A SER PREENCHIDO PELA FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO:

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado sob número_____, sendo o responsável técnico e acompanhamento do (a) paciente:_____

Farmácia:_____ , situada no endereço:

_____

Sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo sibutramina para o (a) paciente:_____

_____

Informei ao paciente que: 1. Deve informar a farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e **2** é responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. **3.** Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRF:_____

Assinatura e carimbo do (a) farmacêutico (a)

Item 16 - 47812

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

1ª Via - Médico
2ª Via - Farmácia Drogaria
3ª Via - Paciente

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A):

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no conselho de Medicina do Estado sob o número _____, sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente:_____

_____ , do sexo M F , com idade de anos completos, com diagnostico de _____ , para quem estou indicando o medicamento a base de sibutramina

Informei ao paciente que: 1. O medicamento contendo a substância: a. foi submetido a um estudo realizado após a aprovação do produto, com 10.744 (dez mil, setecentos e quarenta e quatro) pacientes com sobrepeso ou obesos, com 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais, com alto risco cardiovascular, tratados com sibutramina e observou-se um aumento de 16% (dezesseis por cento) no risco de infarto miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal, parada cardíaca ou morte cardiovascular comparados com os pacientes que não usaram o medicamento; e b. Portanto, a utilização do medicamento esta restrita às indicações e eficácia descrita no item 2, e respeitando-se rigorosamente as contraindicações descritas no item 3 e as precauções descritas no item 4. 2. As indicações e eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas as seguintes restrições: a. A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos 5% (cinco por cetno) a 10% (dez por cento) do peso corporal inicial acompanhado da diminuição de parâmetros metabólicos considerados fatores de risco da obesidade; e b. o medicamentos deve ser utilizado como terapia adjuvante, como parte de um progama de gerenciamento de peso para pacientes obesos com índice de massa corpórea (IMC) > ou = a 30 Kg/m2 (maior ou igual a trinta quilogramas por metro quadrado), num prazo máximo de 2 (dois) anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física compatível com as condições do usuário. 3. O uso da sibutramina esta contra indicados em pacientes: a. Com índice de massa corpórea (IMC) menos que 30 Kg/m2 (trinta quilogramas por metro quadrado); b. com histórico de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos outro fator de risco (i.e, hipertensão controlada por medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria); c. Com histórico de doença arterial coronariana (angina, história de infarto miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva, taquicardia, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório); d. Hipertensão controlada inadequadamente > 145/90 mmHg (maior que cento e quarenta e cinco por noventa milímetros de mercúrio); e. Com idade acima de 65 (sessenta e cinco) anos, crianças e adolescentes; f. Com histórico ou presença de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia; ou g. Em uso de outros medicamentos de ação central para redução de peso ou tratamento de transtornos psiquiátricos. 4. As precauções com o uso dos medicamentos à base de sibutramina exigem que: a. Ocorra a descontinuidade do tratamento em pacientes que não responderem à perda de peso após 4 (quatro) semanas de tratamento com dose diária máxima de 15mg/dia (quinze miligramas por dia), considerando-se que essa perda deve ser de pelo menos, 2kg (dai quilogramas), durante estas 4 (quatro) primeiras semanas, e b. haja a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca durante todo o tratamento, pois o uso da sibutramina tem como efeito colateral o aumento de forma relevante, da pressão arterial e da frequência cardíaca, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento. 5. O uso da sibutramina no Brasil está em período de monitoramento do seu perfil de segurança, conforme RDC/ANVISA No-XX/2011. 6. O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica o uso do medicamento. 7. É responsabilidade do o médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. 8. Para viabilizar a facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRM:_____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

A SER PREENCHIDO PELO (A) PACIENTE

Eu,_____

Carteira de identidade Nº _____ , residente na rua:_____

_____

Cidade:_____ Estado: ☐☐

Tel.( ) _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer.

Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo pra ninguém.

_____ Data:____/____/_____

Assinatura do (a) paciente

A SER PREENCHIDO PELA FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO:

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado sob número_____, sendo o responsável técnico e acompanhamento do (a) paciente:_____

Farmácia:_____ , situada no endereço:

_____

Sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo sibutramina para o (a) paciente:_____

_____

Informei ao paciente que: 1. Deve informar a farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e 2 é responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. 3. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRF:_____

Assinatura e carimbo do (a) farmacêutico (a)

SL... 168 - 47872.

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

1ª Via - Médico
2ª Via - Farmácia Drogaria
3ª Via - Paciente

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A):

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no conselho de Medicina do Estado sob o número _____, sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente:_____

_____ , do sexo M F , com idade de anos completos, com diagnostico de _____ , para quem estou indicando o medicamento a base de sibutramina

Informei ao paciente que: 1. O medicamento contendo a substância: a. foi submetido a um estudo realizado após a aprovação do produto, com 10.744 (dez mil, setecentos e quarenta e quatro) pacientes com sobrepeso ou obesos, com 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou mais, com alto risco cardiovascular, tratados com sibutramina e observou-se um aumento de 16% (dezesseis por cento) no risco de infarto miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal, parada cardíaca ou morte cardiovascular comparados com os pacientes que não usaram o medicamento; **e b.** Portanto, a utilização do medicamento esta restrita às indicações e eficácia descrita no item **2, e** respeitando-se rigorosamente as contraindicações descritas no item 3 **e as precauções descritas** no item 4. **2.** As indicações e eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas as seguintes restrições: **a.** A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos 5% (cinco por cetno) a 10% (dez por cento) do peso corporal inicial acompanhado da diminuição de parâmetros metabólicos considerados fatores de risco da obesidade; e **b.** o medicamentos deve ser utilizado como terapia adjuvante, como parte de um progama de gerenciamento de peso para pacientes obesos com índice de massa corpórea (IMC) > ou = a 30 Kg/m2 (maior ou igual a trinta quilogramas por metro quadrado), num prazo máximo de 2 (dois) anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física competível com as condições do usuário. **3.** O uso da sibutramina esta contra indicados em pacientes: **a.** Com índice de massa corpórea (IMC) menos que 30 Kg/m2 (trinta quilogramas por metro quadrado); **b.** com histórico de diabetes mellitus tipo 2 com pelo menos outro fator de risco (i.e, hipertensão controlada por medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria); **c.** Com histórico de doença arterial coronariana (angina, história de infarto miocárdio), isuficiência cardíaca congestiva, taquicardia, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório); **d.** Hipertensão controlada inadequadamente > 145/90 mmHg (maior que cento e quarenta e cinco por noventa milímetros de mercúrio); **e.** Com idade acima de 65 (sessenta e cinco) anos, crianças e adolescentes; **f.** Com histórico ou presença de transtornos alimentares, como bulimia e anorexia; ou **g.** Em uso de outros medicamentos de ação central para redução de peso ou tratamento de transtornos psiquiátricos. **4.** As precauções com o uso dos medicamentos à base de sibutramina exigem que: **a.** Ocorra a descontinuidade do tratamento em pacientes que não responderem à perda de peso após 4 (quatro) semanas de tratamento com dose diária máxima de 15mg/dia (quinze miligramas por dia), considerando-se que essa perda deve ser de pelo menos, 2kg (dois quilogramas), durante estas 4 (quatro) primeiras semanas, **e b.** haja a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca durante todo o tratamento, pois o uso da sibutramina tem como efeito colateral o aumento de forma relevante, da pressão arterial e da frequência cardíaca, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento. **5.** O uso da sibutramina no Brasil está em período de monitoramento do seu perfil de segurança, conforme RDC/ANVISA No-XX/2011. **6.** O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica o uso do medicamento. **7.** É responsabilidade de o médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. **8.** Para viabilizar a facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax, ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRM:_____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

A SER PREENCHIDO PELO (A) PACIENTE

Eu,_____

Carteira de identidade Nº _____ , residente na rua:_____

_____

Cidade:_____ Estado: ☐☐

Tel.( ) _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer.

Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo pra ninguém.

_____ Data:____/____/_____

Assinatura do (a) paciente

A SER PREENCHIDO PELA FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO:

Eu, Dr.(a):_____

Registrado (a) no Conselho Regional de Farmácia do Estado sob número_____, sendo o responsável técnico e acompanhamento do (a) paciente:_____

Farmácia:_____ , situada no endereço:

_____

Sou responsável pelo aviamento e dispensação do medicamento contendo sibutramina para o (a) paciente:_____

_____

Informei ao paciente que: 1. Deve informar a farmácia responsável pela manipulação do medicamento relatos de eventos adversos durante o uso do medicamento; e **2** é responsabilidade do responsável técnico da Farmácia notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento. 3. Para viabilizar e facilitar o contato, disponibilizo ao paciente os seguintes telefones, e-mail, fax ou outro sistema de contato.

Data:____/____/_____ _____ CRF:_____

Assinatura e carimbo do (a) farmacêutico (a)