

MODELOS  
MATERIAL GRÁFICO

Item 01 (Frente)

**HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA**

RECEITUÁRIO MEDICAMENTOS  
Port. 344/98

FOLHA  
**19205**

Diretor(a) Resp.: Dr. Rubens de Oliveira - CRM 8783

Paciente \_\_\_\_\_

Ambulatório ( ) ; Enferm. ( ) ; C. Cirúrgico ( ) ; Pronto Socorro ( )

Medicamento \_\_\_\_\_

Quant. \_\_\_\_\_ Forma Farm \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Emitente (Ass. c/ carimbo) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Atenção: Pode causar Dependência Física ou Psíquica.**

Item 02 (Frente)

	<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Governo do Estado de Goiás	Secretaria de Estado da Saúde
-----------------------------------------------------------------------------------	------------	------------------------------	------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

**ATESTADO DE COMPARECIMENTO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A)

\_\_\_\_\_

COMPARECEU AO \_\_\_\_\_

DO \_\_\_\_\_

PARA  EXAMES LABORATORIAIS OU RADIOLÓGICOS  
 TRATAMENTO AMBULATORIAL  
 ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES

A) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

B) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

C) \_\_\_\_\_  
NOME DO FAMILIAR E GRAU DE PARENTESCO

TURNO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

NOTA: 1 - A EMISSÃO DO ATESTADO MÉDICO É RESERVADO AOS CASOS QUE ESTIVEREM SOB OS CUIDADOS DESTES PROFISSIONAIS.

2 - AOS DEMAIS CASOS SERÁ FORNECIDO O ATESTADO DE COMPARECIMENTO, QUE PODERÁ SER ASSINADO PELO PROFISSIONAL CHEFE DO SETOR ONDE O PACIENTE RECEBEU O ATENDIMENTO.

CÓD. 32049X

Item 03 (Frente)

	<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Governo do Estado de Goiás	Secretaria de Estado da Saúde	4
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

## ATESTADO MÉDICO

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

\_\_\_\_\_ Ident. ou Registro

foi atendido(a) \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde

Hospital - Ambulatório

No dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_ (\_\_\_\_ Por Extensão  
\_\_\_\_) dias de repouso, por motivo de doença, conforme lei abaixo.

Cid.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico/Odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)


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

- Art. 7º, XVIII da C. F/88

- Para gestantes - Parágrafo 1º art. 392 da CLT e art. 3º do Decreto nº 75.207/75.

Gráfica Pricaryata (04) 3405-2288

Item 04 (Frente)

 Sistema Único de Saúde   Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA</b>		4 - CNES <b>2   3   8   2   4   9   0</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASC. <input type="checkbox"/> 1      FEM. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
16 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Item 05 (Frente)

**HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA**

Nome:


Raio-X

Exames Laboratoriais

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CARIMBO - CRM

Item 06 (Frente e Verso)

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		<b>Boletim do Centro Cirúrgico</b> Cirurgia - Anestesia		Prontuário Nº				
<b>HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA</b>								
NOME DO PACIENTE			DATA DE NASC.					
ENDEREÇO								
NOME SEGURADO								
DIAGNÓSTICO								
OPERAÇÃO					DATA			
MEDICAMENTOS CONSUMIDOS					U.	Q.	V.U.	V.T.
Adrenalina					OPERAÇÃO			
Água Destilada					TIPO	TABELA	DNPS	
Atropina					1. Pequ	Nº	Código	
Dolantina					2. Média			
Novadina					3. Grande			
Holothane					Início	Termino	Duração	
Inoval					Cirurgião			
Methergin					Ass. Cirúrgico CRM			
Natorfina					Auxiliares			
Pentrane					1º Ass. Cirúrgico CRM			
Pavulon					2º Ass. Cirúrgico CRM			
Prostigminic					ANESTESIA			
quillcin					1. Geral	Nº	Minutos	
Soluto Glicosado 500 ml 5%					2. Local			
S. Ringer 500ml					3. Outros			
Syntosinon					Início	Termino		
Thionembutal					Anestesiologista			
Vallium 10 mg eq.					Ass. Cirúrgico CRM			
Xilocaina 2%					Serviços de Terceiros?			
Soluto Fisiológico 500 ml					Sim	Não		
Hemacel					Ass. Cirúrgico CRM			
Katalor					Enfermeira de Sala			
Plasil								
Diampar								
Marcaina 0.5%								
Vertol								
<b>MATERIAIS CONSUMIDOS</b>								
Alatira-Gases								
Comp. Cirúrg. 45x50								
Cal-Gut 2 - o Simples								
"								
"								
Drano Perce								
Equipo								
Faixa de Crepon								
Lâmina								
Luvras								
Mononylon								
Cerfix								
Sufupak								
Sondas								
Fio de Algodão								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Forma de prescrição médica com uma borda superior arredondada e 25 linhas horizontais espaçadas para o texto.

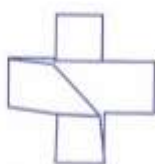
Item 07 (Frente)



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**PIRACANJUBA**

Adm 2021/2024

TRABALHO POR TODA GENTE



**SUS**

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Governador do Estado de Goiás  
Secretaria de Estado da Saúde


Nº DO PRONTUÁRIO:

UNIDADE: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_



Item 08 (Frente)

 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				MINISTÉRIO DA SAÚDE	GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	<b>RÓTULO DE SORO</b>	
Nome:					Ent.:		Leito:	
Soro:					Quantidade:			
Composição:								
Data: / /		Horas:		Número de gotas por minuto:				
Assinatura:								



Secretaria Municipal da Saúde  
Piracanjuba/GO

# CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - Tipo I

"Reviver em Sanidade"

14



## CONTROLE DE RECEITAS

Paciente: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Acolhimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PEDIDO DE RECEITAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

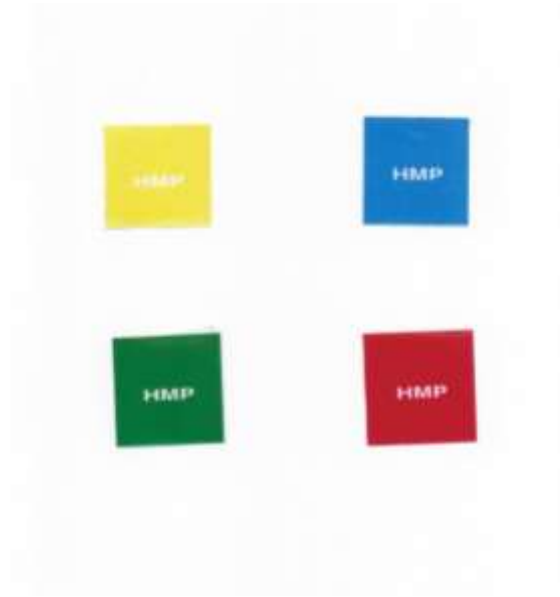
Item 10 (Frente e Verso)



(16-V)

Data de Entrega	Medicação	Quantidade de Comprimidos	Assinatura do Paciente	Visto do Profissional
	Captopril			
	Hydrochlorothiazide 25 mg			
	Propranolol			
	Glibenclamide			
	Metformina			
	Lorazepam 30 mg			
	Furosemida			
	Amlodipine			
	Aspirin			
	Metoprolol			
	Captopril			
	Hydrochlorothiazide 25 mg			
	Propranolol			
	Glibenclamide			
	Metformina			
	Lorazepam 30 mg			
	Furosemida			
	Amlodipine			
	Aspirin			
	Metoprolol			
	Captopril			
	Hydrochlorothiazide 25 mg			
	Propranolol			
	Glibenclamide			
	Metformina			
	Lorazepam 30 mg			
	Furosemida			
	Amlodipine			
	Aspirin			
	Metoprolol			
	Captopril			
	Hydrochlorothiazide 25 mg			
	Propranolol			
	Glibenclamide			
	Metformina			
	Lorazepam 30 mg			
	Furosemida			
	Amlodipine			
	Aspirin			
	Metoprolol			
	Captopril			
	Hydrochlorothiazide 25 mg			
	Propranolol			
	Glibenclamide			
	Metformina			
	Lorazepam 30 mg			
	Furosemida			
	Amlodipine			
	Aspirin			
	Metoprolol			

Itens 11/12/13 e 14 (Frente)





Item 16 (Frente)

*Cedex*

*24*



**Melhor em Casa**  
A RESERVA DO HOSPITAL NO  
COMFORTO DO SEU LAZ

Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal da Saúde  
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

---

Rua Cenege Clinto, s/n - Centro - Piracanjuba, Goiás  
Telefone: Ddx 64 3405-6194

---





Item 18 (Frente e Verso)

DATA DA ENTRADA		SEXO		RAÇA/COR ( )		Escolaridade (em anos de estudo Concluídos) ( )											
								DIA	MÊS	ANO	HORAS	M ( )	F ( )	1-Nenhuma	2-De 1 a 3	3- De 4 a 7	4-De 8 a 11
IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____																
	Endereço: _____																
	Município: _____				UF: _____	Telefone de Contato: _____											
	Data de Nasc.: ____/____/____		Idade: _____		Nº Cartão SUS: _____												
	nome da Mãe: _____																
Responsável: _____																	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	<b>AVALIAÇÃO INICIAL</b>																
	Queixa principal: _____																
	Quadro Clínico: _____																
	PA: _____ mmHg TAX: _____ °C Respiração: _____ ipm Peso: _____																
	Agravos: Clínico ( ) _____ Trauma ( ) _____																
	Relacionado ao trabalho ( ) _____ Outros ( ) _____																
Observações: _____																	
Classificação/Encaminhamento: _____																	
Carimbo e Assinatura: _____																	
ATENDIMENTO MÉDICO	Resumo Clínico: _____						Hora do Atendimento: _____										
	Exame Físico: _____																
	Hipótese Diagnóstica: _____						CID: _____										
	_____						CID: _____										
	Condução/parecer: _____																
Carimbo e Assinatura: _____																	
Destino ( ) Óbito ( ) Internação com AIH ( ) Encaminhamento Especialidade																	
( ) Observação da Unidade ( ) Evadiu-se ( ) Alta c/ retorno no ambulatório																	
( ) Residência com instrução ( ) Encaminhamento s/ AIH _____																	



Item 19 (Frente)

	<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
	Item 32				

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
Nº DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
NOME DO PAI: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

	<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
	<b>FICHA DE RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)</b>				

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
Nº DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
NOME DO PAI: \_\_\_\_\_  
UNIDADE EXECUTANTE: \_\_\_\_\_  
RESUMO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Gráfica Paratyuba (SA) 3406-2026

Item 20 (Frente - Autocopiativo)

36 - 1ª VIA

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

Piracanjuba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ PEDIDO

3554

0<sup>x</sup>

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	UNITÁRIO	TOTAL

Gratuita Piracanjuba (04) 3405-2265

**TOTAL**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Item 21 (Frente e Verso)

(29 F)

Estado de Goiás  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

**FOLHA DE FREQUÊNCIA DIÁRIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Matr: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_


DIA	HORÁRIO	ENTRADA	ALMOÇO	RETORNO	SAÍDA	HORÁRIO
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

(30)

Obs.: \_\_\_\_\_

16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Item 22 (Frente)

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO - 13 - UF - 14 - CEP
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTD.
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>		
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTD.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	21 - QTD.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - QTD.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD.
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>		
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CID10 PRINCIPAL, 35 - CID10 SECUNDÁRIO, 36 - OUTRAS CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES		
<b>SOLICITAÇÃO</b>		
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO
40 - DOCUMENTO ( ) CNES    ( ) CPF		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
41 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNES    ( ) CPF		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
46 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>		
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - CNES









# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA: FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA**

CNPJ 01.179.647/0001-95

Rua Exp. Jovino Alves da Silva, S/N, St. Pouso Alto, Piracanjuba - GO

PACIENTE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data

Assinatura e carimbo do emitente

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
Nome: _____
Identidade N° _____, Org. Em.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
Assinatura do Farmacêutico _____
Data _____

Item 27 (Frente e Verso)

(59F)

MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO  
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF \_\_\_\_\_ CNES da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Nº Protocolo \_\_\_\_\_  
(Nº gerado automaticamente pelo SSCAR)

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_  
 Município \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS\* \_\_\_\_\_  
 Nome Completo da Mulher\* \_\_\_\_\_  
 Nome Completo da Mãe\* \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_ Apelido da Mulher \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Raça/cor \_\_\_\_\_  
 Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia \_\_\_\_\_  
 Dados Residenciais \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
 Logradouro \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_  
 Código do Município \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_ ODD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Ponto de Referência \_\_\_\_\_

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco(\*) são obrigatórios.

**DADOS DA ANAMNESE**

1. Motivo do Exame\*  
 Rastreamento  
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)  
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico/tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?\*

Sim. Quando fez o último exame? ano \_\_\_\_\_  
 Não  Não sabe

3. Usa DIU?\*  Sim  Não  Não sabe

4. Está grávida?\*  Sim  Não  Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?\*

Sim  Não  Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?\*

Sim  Não  Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?\*

Sim  Não  Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:\*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?\*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)  
 Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?\*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)  
 Sim  
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**EXAME CLÍNICO**

11. Inspeção do colo\*  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  
 Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para a colposcopia.

Data da coleta\* \_\_\_\_\_ Responsável\* \_\_\_\_\_

# 412

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - CÔLDO DO ÚTERO

<p><b>AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA</b></p> <p><b>AMOSTRA REJEITADA POR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Assépsia ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário</p> <p><input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Causas ativas ao laboratório, especificar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____</p> <p><b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Escamoso</p> <p><input type="checkbox"/> Glandular</p> <p><input type="checkbox"/> Metaplásico</p>	<p><b>ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*</b></p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatória</p> <p>Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:</p> <p><input type="checkbox"/> Material acetular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Píscitos em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Artéritos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</b></p> <p><input type="checkbox"/> DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO</p> <p><b>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Inflamação</p> <p><input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura</p> <p><input type="checkbox"/> Reparação</p> <p><input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação</p> <p><input type="checkbox"/> Radiação</p> <p><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____</p> <p><b>MICROBIDLOGIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lactobacillus sp</p> <p><input type="checkbox"/> Cocos</p> <p><input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp</p> <p><input type="checkbox"/> Actinomyces sp</p> <p><input type="checkbox"/> Candida sp</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginais</p> <p><input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes</p> <p><input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)</p> <p><input type="checkbox"/> Outros bacilos</p> <p><input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____</p>	<p><b>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</b></p> <p>Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)</p> <p><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)</p> <p>Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas</p> <p><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau</p> <p>De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas</p> <p><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau</p> <p><b>ATÍPICAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão</p> <p><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor</p> <p><b>ATÍPICAS EM CÉLULAS GLANDULARES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"</p> <p>Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical</p> <p><input type="checkbox"/> Endometrial</p> <p><input type="checkbox"/> Sem outras especificações</p> <p><input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PRESEÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico: _____	Responsável* _____
Data do Resultado* _____	CPF _____

Item 28 (Frente e Verso)

(60F)

MINISTÉRIO DA SAÚDE			REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA		
			Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama		
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo			
Unidade de Saúde	(nº gerado automaticamente pelo SISCAM)				
Código Município	Município	Prontuário			
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>					
Cartão SUS*			Sexo		
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Nome Completo do(a) paciente*			Apelido do(a) paciente		
Nome Completo da Mãe*					
CPF			Nacionalidade		
Data de Nascimento*		Idade*	Cor/Pele		
			<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/Étnica		
Dados Residenciais					
Logradouro					
Número		Complemento		Bairro	
Código Município	Município	DDD		UF	
CEP		Telefone			
Ponto de Referência					
Escolaridade					
<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo					
<b>DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)</b>					
1 - Tem nódo(a) no(s) se(m) mama(s)*			5 - Fez radioterapia na mama ou no(g) se(m) mama(s)? Em que ano*		
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita			<input type="checkbox"/> Sim, mama direita		
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda			<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda		
<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		
2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?			<input type="checkbox"/> Não sabe		
<input type="checkbox"/> Sim			6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?		
<input type="checkbox"/> Não			Mama direita		
<input type="checkbox"/> Não sabe			Mama esquerda		
* Risco elevado são: - mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer do ovário em qualquer fase evolutiva; - mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; - mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ; - mulheres com história pessoal de câncer de mama			<input type="checkbox"/> Mama direita		
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?			Biópsia cirúrgica incisional		
<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Mama direita		
<input type="checkbox"/> Mesmo local examinadas anteriormente			Biópsia cirúrgica excisional		
<input type="checkbox"/> Não sabe			<input type="checkbox"/> Mama esquerda		
4 - Fez mamografia alguma vez?			Contraste		
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano			Segmentectomia		
<input type="checkbox"/> Não			Ductectomia		
<input type="checkbox"/> Não sabe			Mastectomia		
			Mastectomia poupadora de pele		
			Mastectomia poupadora de pele e complexo areola-papila		
			Linfadenectomia axilar		
			Biópsia de linfonodo sentinela		
			Reconstrução mamária		
			Mastopexia redutora		
			Inclusão de implantes		
			<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com astérisco (\*) são obrigatórios

## INDICAÇÃO CLÍNICA\*

## 7 - Mamografia diagnóstica

 7a. Achados no exame clínico

Mama direita					Mama esquerda				
<input type="checkbox"/> Lesão papilar		Descarga papilar		<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Lesão papilar		Descarga papilar		<input type="checkbox"/> Cristalina
				<input type="checkbox"/> Hemorrágica					<input type="checkbox"/> Hemorrágica
Nódulo:									
Localização:									
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQinf
<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA
Espessamento:									
Localização:									
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQinf
<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA
Linfonodo palpável					Linfonodo palpável				
<input type="checkbox"/> Axilar					<input type="checkbox"/> Supraclavicular				

 7b. Controle radiológico Categoria 3

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

 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

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

 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

<input type="checkbox"/> Mama direita
<input type="checkbox"/> Mama esquerda

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

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

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

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

## 8 - Mamografia de rastreamento

 8a. População de risco elevado (história familiar)

 8b. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação\*

Responsável\*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

## 7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintomas de câncer de mama (o sinal e sintomas compreendidos no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS\*)

Mamografia realizada em paciente com lesão anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente (e com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, nos antes de tratamento)

7d - Avaliação da resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação de resposta

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

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

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

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

## 8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinal e sintomas) de câncer de mama, com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 25 anos com história familiar (População de risco elevado - história familiar) ou história pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: marclépis não é sinal de câncer de mama

Localização:

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

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


Item 29 (Frente)

*canj* 210-0

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DE**  
**PIRACANJUBA**

NOME DO PRODUTO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
LOTE: \_\_\_\_\_  
VALIDADE: \_\_\_\_\_  
DATA TROCA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Item 30 (Frente)

 <b>SUS</b>		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Governo do Estado de Goiás	Secretaria de Estado de Saúde	<b>HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA</b>							
<b>FICHA DE ANESTESIA</b>													
<b>Dados</b>													
Paciente:					Leito:	RG:							
Clínica:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade:	Peso (kg):	Altura (m):							
Diagnóstico:					Raça:	O.N.:							
Cirurgia Proposta:													
<b>Anamnese</b>													
Q.P.:													
Doenças coexistentes:													
Medicação em uso:													
<b>Alergias</b>													
Anestésias Anteriores:													
História Familiar:													
História Social:													
<b>Revisão dos Sistemas</b>													
( ) - Infecções Pulmonares ( ) - DPOC ( ) - ASMA ( ) - Doença Coronária ( ) O IAM < 6 meses ( ) - Hipertensão ( ) - ICC ( ) - IRC ( ) - Refluxo Gastro-Esofágico ( ) - Gravidez ( ) - HIV ( ) - Hepatites ( ) - Obstrução Intestinal Alta ( ) - Defeitos Valvares no Coração ( ) - Diabetes ( ) - Outros:													
<b>Exame Físico</b>													
Maltampar:	Distância Tireoidear:	Pescoço:		Dentes:		P - (M/R/G)	PC - Batido						
( ) > 6 cm ( ) < 6 cm	( ) - Normal ( ) - Curto ( ) - Longo	( ) - Normal ( ) - Falhas ( ) - Prótese											
Aparelho Respiratório:				Aparelho Circulatório:									
Jome:				Extremidades:									
Coluna:				Exame Neurológico:									
<b>Exames</b>													
Sódio	Potássio	Cloro	Cálcio	Hc	Hb	Ht	Hg	Lc	Uréia	Creatinina	Glicose		
ECG:													
Imagem:													
Risco Cirúrgico:				ASA:	Anestesia Proposta:								
Anestesia Suspensa? ( ) SIM ( ) NÃO Justifique:													
<b>Observações Relevantes</b>													
[Empty space for observations]													
HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA													
Carimbo				Data		Hora de Visita							



Item 32 (Frente – Autocopiativo 3 vias)



SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE

MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

GOVERNO  
DO ESTADO  
DE GOIÁS

SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA SAÚDE

SECRETARIA  
MUNICIPAL DA SAÚDE  
DE PIRACANJUBA

DEPARTAMENTO  
VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA MUNICIPAL

## TERMO DE INTIMAÇÃO — OU NOTIFICAÇÃO

6151

OBJETO DO TERMO		ÓRGÃO AUTUANTE:	
PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA:			
DENOMINAÇÃO COMERCIAL:		ATIVIDADE:	
ENDEREÇO	AV. - RUA - LOGRADOURO:		Nº PRÉDIO
	LOCALIDADE OU SETOR:		MUNICÍPIO:
DISPOSIÇÃO LEGAL, OU REGULAMENTAR FUNDAMENTADA:			
ESPECIFICAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS OU DA NOTIFICAÇÃO:			
O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS NO CASO DE INTIMAÇÃO, ACARRETERÁ AO INFRATOR AS PENALIDADES PREVISTAS NAS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTES.			
LOCALIDADE:		DATA:	HORA DA LAVRATURA:
ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA:		ASSINATURA DO INTIMADO OU NOTIFICADO:	
ASSINATURA DA TESTEMUNHA:		ASSINATURA DA TESTEMUNHA:	







Item 35(Frente e Verso)

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Nº 2017887  
FL. 03

1 Tipo de Notificação: 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 Agravado(a) Código (CID10) 3 Data de Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade: 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mes 4 - Anos 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante: 1 - Primeira 2 - Segunda 3 - Terceira 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 13 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade: 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (artigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito 18 Nº de Casos Suspeitos Expostos 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto: 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante / Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar: \_\_\_\_\_

20 UF 21 Município de Residência Código (IBGE) 22 Distrito

23 Bairro 24 Logradouro (rua, avenida,...) Código

25 Número 26 Complemento (apto., casa,...) 27 Geo campo 1

28 Geo campo 2 29 Ponto de Referência 30 CEP

31 (DDD) Telefone 32 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado 33 País (se residente fora do Brasil)

Município/Unidade de Saúde

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
Notificante SINAN-NET

**DADOS COMPLEMENTARES**  
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

01 Data da coleta da 1ª amostra de soroologia 02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra 03 Especificar tipo de exame:

04 Óbito? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 05 Contato com caso semelhante? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

06 Presença de exantema? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 07 Data do início do exantema 08 Presença de petéquias ou efússões hemorrágicas? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

09 Foi realizado líquor? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 10 Resultado da bacterioscopia:

11 O paciente tomou vacina contra o agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 12 Data da última dose tomada 13 Ocorreu hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 14 Data da hospitalização

15 UF 16 Município do hospital Código (IBGE) 17 Nome do hospital Código

18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação:  
1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: \_\_\_\_\_  
2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: \_\_\_\_\_

19 Local provável de infecção (classificação provisória):  
País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

## GO TRIPLO

o mosquito *Aedes Aegypti* é transmissor de várias doenças importantes. A dengue, a zika e a chikungunya são as mais conhecidas.

A dengue é a doença que atinge milhares de pessoas todos os anos.

O mesmo mosquito pode transmitir a febre de chikungunya e a zika. Essas doenças foram introduzidas recentemente no Brasil e já apresentaram transmissão em diversos estados.

## SEJA ALERTA

A principal forma de transmissão é através da picada de fêmeas de mosquito com larvas de *Aedes Aegypti*. Assim, quanto mais tempo as fêmeas estiverem picando, maior será o número de pessoas infectadas por esse mosquito.

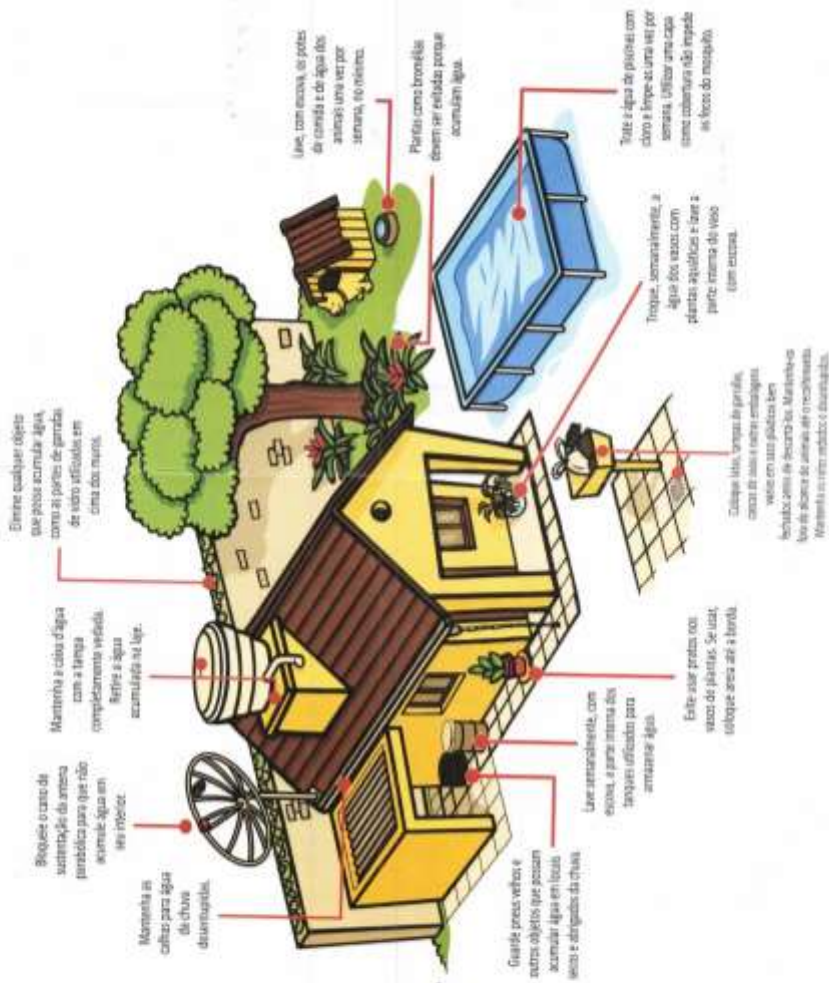
O mosquito *Aedes Aegypti* deposita seus ovos nas paredes internas de recipientes que acumulam água em locais sombreados e protegidos da chuva. Em contato com a água, os ovos evoluem para larvas e depois para mosquitos adultos, que são capazes de transmitir a doença para outras pessoas.

**EVITE O AMBIENTE QUE VOCÊ VIVE. ELIMINE OS CRIADOUROS DO MOSQUITO. A MELHOR ESTRATÉGIA PARA EVITAR ESSAS DOENÇAS.**

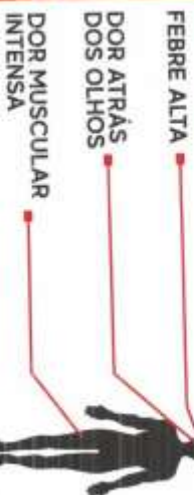
**A CHECKAGEM: COM APENAS 10 MINUTOS DE TEMPO VOCÊ ACABA COM O MOSQUITO E PREVIENE 3 DOENÇAS.**



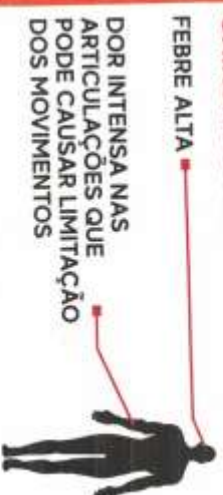
# COMO ELIMINAR OS CRIADOUROS DO MOSQUITO



## DENGUE



## CHIKUNGUNYA



## ZIKA



QUEM APRESENTAR ESSES SINAIS E SINTOMAS, DEVE TOMAR MUITA ÁGUA, NÃO SE AUTOMEDICAR E PROCURAR UMA UNIDADE DE SAÚDE.

## VOCÊ SABIA?

ELIMINAR OS CRIADOUROS POTENCIAIS DO MOSQUITO É A PRINCIPAL MEDIDA CONTRA AS TRÊS DOENÇAS

É IMPORTANTE PERMITIR E ACOMPANHAR A VISITA DO AGENTE DE SAÚDE NA SUA CASA

100 CADA FÊMEA COLOCA MAIS DE 100 OVOS POR VEZ

OS OVOS PODER DURAR UM ANO E MEIO FORA DA ÁGUA

SÓ AS FÊMEAS PICAM AS PESSOAS. ELAS PRECISAM DE SANGUE PARA AMADURECER OS OVOS

Fique por dentro das Estatísticas de Combate ao Aedes no município, acesse:

<http://extranet.saude.gov.br/sacd/EstatisticasQuadranteVisitadas.pdf>



NÃO CRIE MOSQUITO EM CASA

DEIXE O AGENTE ENTRAR

E MANTENHA SUA CASA

LIVRE DO MOSQUITO!

Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância em Saúde

Item 37 (Frente e Verso)

		<b>FICHA DE CAMPO DO PROGRAMA GOIÁS CONTRA O AEDS</b>	
Município: _____		IMÓVEIS TRABALHADOS	
Bairro: _____		Lote/Terreno Bndido Trabalhado	Lote/Terreno Edificado Trabalhado
Quadra: _____	Quantidade Endemias: _____	EDIFICAÇÕES INSPECIONADA	
Agente(s) Responsável(is) pelos dados: _____		TOTAL	
Função / Cargo: _____		TOTAL DE IMÓVEIS TRABALHADOS	
Assinatura(s) Data: ____/____/____		TOTAL	

IMÓVEIS COM FOCO		ENDERGEO DOS IMÓVEIS COM FOCO (leves e pupas)	
Lote/Terreno Bndido	Lote/Terreno Edificado		
		19. LT: NR	RUA:
		20. LT: NR	RUA:
		39. LT: NR	RUA:
		48. LT: NR	RUA:
TOTAL DE IMÓVEIS COM FOCOS		58. LT: NR	RUA:

TIPOS DE FOCOS RASCUNHAR	A1: Depósito d'água afetado: calha e água		A2: Depósitos ao nível do solo: tonel, tambor, barril		B: Pequenos depósitos móveis: Vasos e aparadores de plantas, bebedouros		C: Depósitos fixos: Tanques de borraçaria, calhas, sifões, ralos, pias, sanitário, etc.		D1: Pneumáticos: Pneuus		D2: Descartáveis: Lixo (recipientes plásticos, garrafas, latas), sucatas		E: Naturais: Anéis de folhas (brônquias, encl, buracos em troncos e em rochas, restos de animais		QUANTIDADE DE LABORICIDAS em Gram
	TOTAL														

PENDÊNCIAS		ENDERGEO DAS PENDÊNCIAS E TIPO:		F = fechado R = recusado		RECUPERAÇÃO	
Lote/Terreno Bndido	Lote/Terreno Edificado						
		19. LT/NE	RUA:	F R	09. LT/NE	RUA:	F R
		20. LT/NE	RUA:	F R	109. LT/NE	RUA:	F R
		39. LT/NE	RUA:	F R	119. LT/NE	RUA:	F R
		48. LT/NE	RUA:	F R	129. LT/NE	RUA:	F R
		58. LT/NE	RUA:	F R	139. LT/NE	RUA:	F R
		69. LT/NE	RUA:	F R	149. LT/NE	RUA:	F R
		79. LT/NE	RUA:	F R	159. LT/NE	RUA:	F R
		89. LT/NE	RUA:	F R	169. LT/NE	RUA:	F R
TOTAL DE: IMÓVEIS FECHADOS		RECUSADOS		TOTAL DE: IMÓVEIS RECUPERADOS		TOTAL DE: RECUPERADO	


Observações: \_\_\_\_\_





Item 38 (Frente)

Código 15829



**SUS**  
Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL SIA/SUS**  
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

---

**DADOS OPERACIONAIS**

CNES DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA

---

**ATENDIMENTO REALIZADO**

SEQÜÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
02	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
03	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
04	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
05	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
06	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
07	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
08	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
09	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
10	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
11	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
12	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
13	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
14	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
15	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
16	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
17	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
18	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
19	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
20	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>				<input style="width: 100%;" type="text"/>

---

**FORMALIZAÇÃO**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /


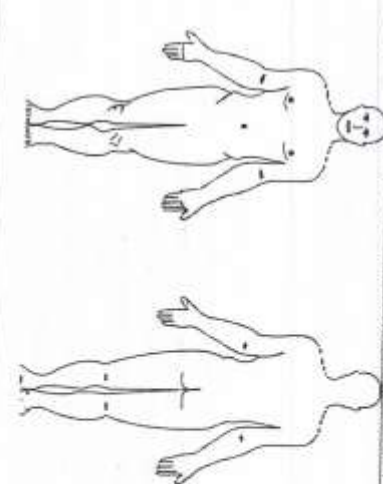
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

Item 39 (Frente e Verso)

 <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>		Data: _____ Hora: _____ Cód. Destacamento: _____	
Nome da mãe: _____ Sexo: _____ Doc: _____ Fone: _____		Endereço: _____ Cidade: _____	
DN: _____ / _____ / _____		Origem: ( ) Pública ( ) Unidade Saúde ( ) Outros: _____	
Motivo da má: _____		Transporte secundário: _____	
N.º _____ Od. _____ Lt. _____ Setor: _____		Destino: _____ Responsável: _____	
Ponto de referência: _____		Identificação/Válvula: ( ) USA ( ) USB ( ) JAL Base: _____	
Equipe: _____		Mado - CRM _____ Entendimento _____ Tec. Transmissão _____ Socorrista _____	
Tipo de Agravo: ( ) Acidente de trânsito ( ) Agressão ( ) Clínico ( ) Choque Elétrico ( ) Queda obstétrica ( ) Pedestre ( ) Desabamento/colapso ( ) FAF ( ) Ferimento Auto-acidental ( ) Jogamento ( ) Lesões Térmicas ( ) Queimadura ( ) Colisão ( ) Intoxicociclogênica ( ) Queda ( ) Geriátrico ( ) Oncológico ( ) Psiquiátrico ( ) Outros: _____		Tipo de veículo: ( ) Moto ( ) Camião ( ) Bicicleta ( ) Veículo Pesado ( ) Outros: _____	
Condição da vítima: ( ) Pedestre ( ) Passageiro ( ) Condutor ( ) Outros: _____		Obs.: _____	
		Escala de Coma de Glasgow Aberto Ocular: _____ Espontâneo: _____ Comando Visual: _____ Extensão Colateral: _____ Sem Resposta Ocular: _____ Resposta Verbal: _____ Orientação: _____ Confusão: _____ Palavras Incoerentes: _____ Sons e Gestos: _____ Sem resposta verbal: _____ Melhor Resposta Motora: _____ Ocular: _____ Localiza 3/4: _____ Resposta à dor: _____ Pouco Amovível (Excitável): _____ Estímulo Agudo (Excitável): _____ Sem Resposta Motora: _____ Total: _____	
1 - Contusões 2 - Escorrelções 3 - Fer. Penetrante 4 - Amputação 5 - Fratura 6 - Queimadura 7 - FAF 8 - FAF 9 - Outras Lesões		Sinais Vitais - FR: _____ FC: _____ Temp: _____ P.A. Inicial: _____ S.O.: _____ HGT: _____ Glasgow: _____ P.A. Final: _____ Viaéreas: ( ) Livre ( ) Obstrução Parcial ( ) Total ( ) CapnoEstéril ( ) BroncoAspiração ( ) Lesões de Orelha ( ) Outros: _____ Respiração/Ventilação: ( ) Espontânea ( ) Perda Respiratória ( ) Assistida ( ) Intubar Auscultar ( ) Normal ( ) Parcosustatos ( ) Escortores ( ) Dismunção MV ( ) Auscultação MV Espansibilidade ( ) Normal ( ) Superficial ( ) Profunda ( ) Integular Afadados ( ) Compêctos ( ) Embema Subcutâneo ( ) Espandimento Pulmonar ( ) Hemoptise ( ) Hesito Estico ( ) Outros: _____ Circulação-Pele: ( ) Cianose ( ) Fria ( ) Úmida ( ) Normal ( ) Palidez ( ) Quente ( ) Seca Edema ( ) Ausente Palpebral ( ) MI ( ) MMI ( ) MMS ( ) MMS ( ) Anasarca ( ) Outros: _____ Perfusão: ( ) Normal ( ) Espandida ( ) Ausente Pulso ( ) Regular ( ) Integular ( ) Frio ( ) Quente ( ) Ausente Auscultar ( ) Normal ( ) Hipotone ( ) Alto Pericárdico ( ) Jarritia ( ) Sístole Exame Neurológico ( ) Agitação ( ) Sonolência ( ) Coma ( ) Contuso ( ) Rigidezmenca Otorrágica ( ) Dentis ( ) Esquerdos ( ) Sinal Babek ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Jácais ( ) Outros: _____ Paralisia: _____ Paralisia: _____ Paralisia: _____ Anetlexia: _____ Pupila: ( ) Mito/Reagente ( ) Miosa ( ) Midriase ( ) Isocóricas Procelimenter ( ) Descrição Vias Aéreas ( ) Entubação Nasotrqueal ( ) Clindub Guard ( ) NBT ( ) Coloterevidostomia ( ) Ventilação por Ambu ( ) Intubação: _____ ( ) Curativo Compressivo ( ) Drenagem de Torax ( ) Curativo Vinoso ( ) Curativo ( ) Peritona ( ) Secção ( ) Massagem Cardíaca Externa ( ) Toracotomia ( ) SNG ( ) SVD ( ) SVA ( ) Javalgusa ( ) Laringem Gástrica ( ) Intubação com Talas ( ) Outros: _____ Injeções e Medicamentos: _____ Prescrição: _____ Horário: _____ Responsável: _____	
Pertences da Vítima/PCI deixados na Unidade de Saúde: _____ Responsável pelo recebimento dos pertences: _____ Destino da Vítima/PCI: _____		Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) ou Enfermeiro(a) (Responsável pelo Procedimento)	

<p>Relatório Médico:</p>	<p>Relatório de Intercorrências:</p>
<p>Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Relatório de enfermagem:</p>	<p>Assinatura e Carimbo do Profissional</p> <p>ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> Liberado após Atendimento <input type="checkbox"/> Obito no Local  <input type="checkbox"/> Obito Durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Obito durante o Transporte <input type="checkbox"/> QUITA  <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Transportado pelos Bombeiros:  <input type="checkbox"/> Transportado por outros: <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO</p> <p>Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192 Centro-Sul) nesta oportunidade:</p> <p>Assinatura da Vítima/PCT e/ou Responsável: _____  Nome: _____  Doc.: _____ N°: _____ Data nasc.: / /  Testemunha 1: _____ RG: _____  Testemunha 2: _____ RG: _____</p>

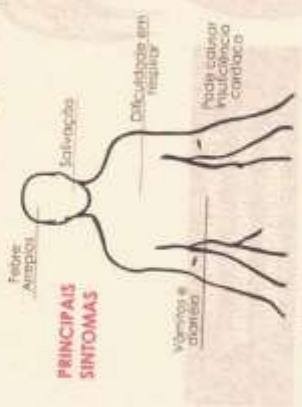
## Os principais escorpiões encontrados no Brasil

- Escorpião amarelo (*T. serrulatus*)**  
Encontrado em todo o Brasil. É a espécie com maior potencial de envenenamento.
- Escorpião marrom (*T. bahiensis*)**  
Encontrado na Bahia e regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.
- Escorpião amarelo do nordeste (*T. stigmurus*)**  
Espécie mais comum do Nordeste. São Paulo, Paraná e Santa Catarina.
- Escorpião preto da Amazonia (*T. obscurus*)**  
Encontrado na região Norte e Meio Oeste.

## Como é a picada

Melões, dor imediata, vermelhidão e inchaço leve por acúmulo de líquido, sobress (suor) localizados, além de movimentos súbitos.

Gravíssimas: maior risco de abscessos sistêmicos nas picadas por escorpião-amarelo, que podem levar a casos graves e requerem soroterapia específica imediata.



Atenção especial com menores de 7 anos e maiores de 60 anos

Codigup - 31570



## EM CASO DE ACIDENTES

### O que FAZER:

- Lavar o local da picada somente com água e sabão;
- Manter o paciente deitado e o membro afetado (braço, perna) elevado;
- Manter o paciente calmo e movimentar o menos possível;
- Encaminhar o paciente o mais rápido possível até o Hospital Municipal ou ligar para o SAMU 192;

### O que NÃO FAZER:

- Não amarrar ou fazer torção na região afetada;
- Não cortar, furar, queimar ou fazer sucção no local da picada;
- Não colocar nenhuma substância como folhas, fumo, pó de café ou urina no local da picada. Nem fazer curativos;
- Não ingerir bebidas alcoólicas, gasolina, álcool, querosene ou qualquer outro líquido com o intuito de cortar o efeito do veneno.

### IMPORTANTE

- Se puder, capture o animal e leve-o ao serviço de saúde para facilitar a identificação do escorpião;
- Mesmo quem possui convênio médico, deve ser atendido pela rede pública para receber o soro.

**PREVENÇÃO**  
é a melhor solução!

Prefeitura Municipal de Piracanjuba  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância em Saúde



# Escorpiões: prevenção e controle

## A melhor prevenção é o uso extensivo

Os escorpiões são animais venenosos, mas pouco agressivos. São carnívoros e alimentam-se principalmente de grilos e baratas. De hábitos noturnos, os escorpiões se escondem durante o dia em locais quentes, escuros e úmidos, como cascas de árvores, pedras, troncos podres, madueiras empilhadas, entulhos e telhas. Muitas espécies vivem em áreas urbanas e escoltam abrigos e alimentação dentro e próximo das casas.

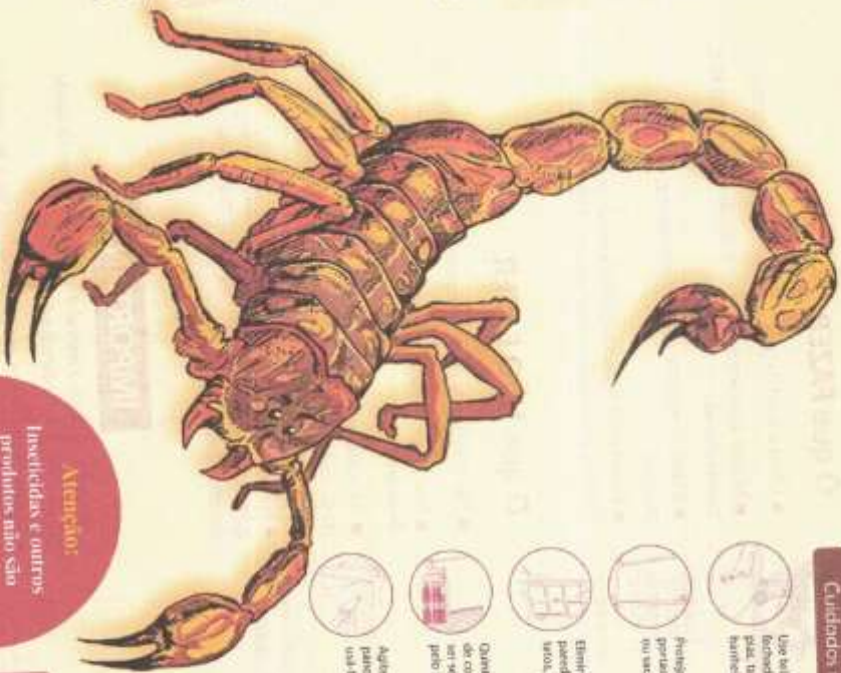
As picadas de escorpião são quase sempre acidentais e ocorrem quando as pessoas entram em contato com locais onde os escorpiões estão escondidos, como frestas nas paredes, ralos, sapatos, roupas e toalhas.

Os escorpiões entram nas casas, principalmente pelas redes de esgoto sanitário e pluvial, instalações elétricas e telefônicas, fuso de elevador ou frestas, também podem acompanhar materiais de construção.

## É melhor prevenir do que remediar

Ainda não existe inseticida com eficácia comprovada contra o escorpião. O uso de inseticida provoca o deslocamento de escorpiões, o que aumenta sua aplicação e o risco de acidente.

O envenenamento pelo escorpião causa dor local intensa, que se irradia por todo o corpo, podendo ainda ocorrer inchaço e vermelhidão leves no local da picada. Pode também provocar sudorese, vômitos, manifestações cardiorrespiratórias e agitação. Não use remédios caseiros e evite a automedicação.



## Cuidados necessários para evitar acidentes

-  Use vácuo ou aspirador de pó para remover escorpiões de locais de difícil acesso, como ralos, pias, bueiros e banheiros.
-  Preste atenção para não pisar nos sacos de areia.
-  Evite, se possível, mexer com pedras, tijolos, pedras, telhas, pedras e portas.
-  Quando for usar inseticida, não respire diretamente o produto.
-  Após o uso de inseticida, lave as mãos e o rosto com água e sabão.
-  Evite se deitar no chão.
-  Não se deite no chão.
-  Não se deite no chão.
-  Não se deite no chão.
-  Não se deite no chão.



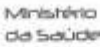

Ao perceber a presença de escorpiões, entre em contato com a Vigilância em Saúde!  
Telefone: 64 3465 5022

**Atenção!**  
Inseticidas e outros produtos não são eficazes e podem gerar mais risco de acidentes.

Em caso de picada, procure imediatamente o Hospital Municipal.

Item 41(Frente)

Código - 26331

# BPA-C

Boletim de Produção Ambulatorial  
Dados Individualizados

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

**Dados Operacionais**

CNES do Estabelecimento <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
UF <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MÊS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ANO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	FOLHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

**ATENDIMENTO REALIZADO**

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
03	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
04	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
05	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
06	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
07	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
08	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
09	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
10	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
11	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
12	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
13	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
14	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
15	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
16	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
17	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
18	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
19	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
20	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

**Formalização**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)	GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
CARIMBO <span style="margin-left: 100px;">RUBRICA</span>	CARIMBO <span style="margin-left: 100px;">RUBRICA</span>
DATA / /	DATA / /

BPA-CONSOLIDADO-29-12-97.xls





Item 43 (Frente e Verso)



Sistema Único de Saúde  
Ministério de Saúde  
Governador do Estado de Goiás  
Secretaria de Estado de Saúde

**MAPA BÁSICO DE PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA / CONSOLIDADO**  
**PIRACANJUBA**  
**CBO2232B1**

*Item 40.*

UNIDADE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ REGIONAL: \_\_\_\_\_ MÊS/ANO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
CRO: \_\_\_\_\_  
TURNO: \_\_\_\_\_  
PROGRAMA: \_\_\_\_\_

Ordem	Discriminação	Vínculo		Número de CD	Número de THD	Número de ACD	Dia	Nº de Pacientes		Exame Clínico	CBO
		0 a 14 anos	Maiores de 14 anos								
											03.021.01-7
											03.022.01-3
											03.022.02-1
											03.022.03-0
											03.022.04-8
											03.022.05-6
											03.022.06-4
											03.022.07-2
											03.022.08-0
											03.011.01-1
											04.010.03-5
											10.101.02-0
											03.041.01-8

PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS INDIVIDUAIS

OBSERVAÇÕES:

Código	Descrição	T.C	
		0 a 14 anos	Maior de 14 anos
03.021.00.0	Abcesso		
03.041.00.0	Alveolite		
03.041.00.0	Pericorona		
03.041.03.7	Úlceras		
03.031.21.0	Reumatismo Dentário por elemento		
03.001.01.0	Contusão Dental (Sobrecarga)		
03.001.01.0	Sintoma de lesão		
03.001.01.0	Reações da mucosa		
03.041.00.0	Procedimentos de emergência		
03.001.01.0	Capacimento dental em permanente		
03.001.02.0	Pyogenic e séptico		
03.001.02.0	Tratamento provisório		
03.041.00.0	Unidades de dente		
03.041.01.0	Maloclusão de dente		
03.001.00.0	Amalgama	1 face	
03.001.00.0		2 ou mais faces	
03.001.12.0	Resina foto-policimerizável	1 face	
03.001.11.0		2 ou mais faces	
03.001.07.1	Resina foto-Autopolimerizável	1 face	
03.001.00.0		2 ou mais faces	
03.011.00.0	Ângulo ou cingim de fragmento		
03.001.00.0	Ionômero	1 face	
03.001.00.0		2 ou mais faces	
03.001.00.0	Restauração a Pino		

Ass. do Profissional

Ass. Chefe da Unidade



Secretaria Municipal da Saúde  
Piracanjuba/GO

# CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - Tipo I

"Reviver em Sanidade"

*Código (499)  
27679*

## PRÉ-ACOLHIMENTO RECEPÇÃO

Responsável pelo pré-acolhimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Acolhimento para: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Terapêutica de Referência: \_\_\_\_\_

Data do Acolhimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_

Cartão Nacional SUS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Item 44 (Frente)

		<b>RAAS</b> Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS		pg. 13	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>					
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____				CNES: _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS</b>					
Nº DO PRONTUÁRIO: _____		NOME DO PACIENTE: _____			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	NACIONALIDADE: _____	
RAÇA/COR: _____		ETNIA INDÍGENA: _____			
NOME DO RESPONSÁVEL: _____		NOME DA MÃE: _____			
CID: _____		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____			
CÓD. IBGE MUNICÍPIO: _____		CEP DE RESIDÊNCIA: _____		UF: _____	
COMPLEMENTO: _____		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____		
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>					
DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____		MÊS ATENDIMENTO: ____/____		NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____	
Usuário de Álcool ou Outras Drogas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras Drogas			
CID-10 PRINCIPAL: _____		ORIGEM DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência <input type="checkbox"/> Outro CAPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico			
CID-10 CAUSAS ASS.: _____		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS: _____			
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CNES: _____			
ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento em outro CAPS <input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica		Alta <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>		DATA DE CONCLUSÃO: ____/____/____	
<b>AÇÕES REALIZADAS</b>					
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA: _____		QTDE: _____	DATA (DD/MM): ____/____/____	SERVIÇO: _____	CLASSIFICAÇÃO: _____
CBO DO EXECUTANTE: _____		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território <input type="checkbox"/>
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA: _____		QTDE: _____	DATA (DD/MM): ____/____/____	SERVIÇO: _____	CLASSIFICAÇÃO: _____
CBO DO EXECUTANTE: _____		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território <input type="checkbox"/>
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA: _____		QTDE: _____	DATA (DD/MM): ____/____/____	SERVIÇO: _____	CLASSIFICAÇÃO: _____
CBO DO EXECUTANTE: _____		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território <input type="checkbox"/>
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA: _____		QTDE: _____	DATA (DD/MM): ____/____/____	SERVIÇO: _____	CLASSIFICAÇÃO: _____
CBO DO EXECUTANTE: _____		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território <input type="checkbox"/>
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA: _____		QTDE: _____	DATA (DD/MM): ____/____/____	SERVIÇO: _____	CLASSIFICAÇÃO: _____
CBO DO EXECUTANTE: _____		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			Ação realizada no CAPS <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território <input type="checkbox"/>