MODELOS

MATERIAL GRÁFICO

Item 01 (Frente e Verso)

(1F)

FICHA B - TB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

ANO

MUNICÍPIO | SEGMENTO | UNIDADE | ÁREA | MICROÁREA | NOME DO ACS

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	MESES												Outras informações	
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Nº Comunicantes	Comunicantes 5 anos
Nome																
			Data da visita do ACS													
			Toma medicação diária													
			Reações indesejáveis													
			Data da última consulta													
Endereço			Exame de Escarro													
			Comunicantes examinados													
			< 5 anos com BCG												Nº Comunicantes	Comunicantes 5 anos
Nome			Data da visita do ACS													
			Toma medicação diária													
			Reações indesejáveis													
			Data da última consulta													
Endereço			Exame de Escarro													
			Comunicantes examinados													
			< 5 anos com BCG												Nº Comunicantes	Comunicantes 5 anos
Nome			Data da visita do ACS													
			Toma medicação diária													
			Reações indesejáveis													
			Data da última consulta													
Endereço			Exame de Escarro													
			Comunicantes examinados													
			< 5 anos com BCG													

Gráfica Pirazamjoba 402-1333

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		MESES												Outras Informações	
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Nome:			Data da visita do ACS													N° Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes <5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço:			Data da última consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
Nome:			Data da visita do ACS													N° Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes <5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço:			Data da última consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
Nome:			Data da visita do ACS													N° Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes <5 anos	
			Reações indesejáveis														
Endereço:			Data da última consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														

Item 02 (Frente)

02

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 03 (Frente)

SUS — 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 DESTE PROFISSIONAL.

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 04 (Frente)

(4F)

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Governo do Estado de Goiás | Secretaria de Estado da Saúde

ATESTADO MÉDICO

04

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 Extenso
_____) 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 Piracanjuba (64) 3405-2295

Item 05 (Frente)

(5F)

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

4 - CNES: 2 3 8 2 4 9 0

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO MASC. 1 FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 PROFISSONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Item 06 (Frente)

6F

HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

Nome:

☐ Raio-X

☐ Exames Laboratoriais

Data____/____/____

CARIMBO - CRM

Item 07 (Frente e Verso)

SUS Sistema Único de Saúde

Boletim do Centro Cirúrgico
Cirurgia - Anestesia

Prontuário
Nº

HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

NOME DO PACIENTE DATA DE NASC.
ENDEREÇO
NOME SEGURADO
DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO DATA

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	U.	Q.	V.U.	V.T.
Adrenalina				
Água Destilada				
Atropina				
Dolantina				
Novalgina				
Holathane				
Inoval				
Methergin				
Nalorfina				
Pentrane				
Pavulon				
Prostigminie				
Quilicim				
Soluto Glicosado 500 ml 5%				
S. Ringer 500ml				
Syntosinon				
Thionembutal				
Valium 10 ml inj.				
Xilocaína 2%				
Soluto Fisiológico 500 ml				
Hemaccel				
Katalar				
Plasil				
Dienpax				
Marcaina 0.5%				
Veritol				
MATERIAIS CONSUMIDOS				
Atadura-Gases				
Comp. Cirúrg. 45x50				
Cat-Gut 2 - o Simples				
"				
"				
Dreno Perose				
Equipo				
Faixa de Crepon				
Lâmina				
Luvas				
Mononylon				
Certix				
Sutupak				
Sondas				
Fio de Algodão				
Algodão Ortopédico				

OPERAÇÃO

TIPO	TABELA	DNPS
1. Peq.	Nº	Código
2. Média		
3. Grande		

Início	Término	Duração

Cirurgião

Ass. Carimbo CRM

Auxiliares

1º Ass. Carimbo CRM

2º Ass. Carimbo CRM

ANESTESIA

1. Geral	Nº	Minutos
2. Local		
3. Outros		

Início	Término

Anestesista

Ass. Carimbo CRM

Serviços de Terceiros?

Sim Não

Ass. Carimbo CRM

Enfermeira de Sala

Ass. Carimbo CRM

(7V)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Item 08 (Frente)

Item 08

Ministério da Saúde — SUS Sistema Único de Saúde

BPA-C Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Consolidados

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF | MÊS | ANO | FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
			TOTAL	

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

Item 09 (Frente)

Item 9 Item 09

Ministério da Saúde — SUS Sistema Único de Saúde

BPA-C Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
			TOTAL	

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)
CARIMBO RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
CARIMBO RUBRICA

Item 10 (Frente e Verso)

Item 10 Frente

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:	MUNICÍPIO*:		UF*:
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:	
NÚMERO*: ◯ SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* ☐☐ ☐ FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) TEL. CONTATO: ( )

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:
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada ◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado ◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

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

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

◯ Filtrada ◯ Fervida ◯ Clorada ◯ Mineral
◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

◯ Coletado ◯ Queimado/Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

IMAIS NO DOMICÍLIO?

◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

_____
Assinatura

CD/e-SUS AB v.2.1

Item 10 Verso

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME: | CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO: | TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

_____
Assinatura

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

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

FA: F[illegible] de Área

Tipo [illegible] móvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construçã[illegible] garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de m[illegible]a socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

***Campo obrigatório**

****Campo com obrigatoriedade condicional**

Item 11 (Frente e Verso)

11 F

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? ◯ Sim ◯ Não | CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR | MICROÁREA* ☐ FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL: | DATA DE NASCIMENTO:* / / | SEXO:* (F) (M)

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 séries
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - séries 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 meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

CIA-SUS AB v.21

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ 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

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

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

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

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

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

Item 12 (Frente)

item 12

SUS Sistema Único de Saúde

PREFEITURA DE Piracanjuba

CONSTRUINDO UMA CIDADE MELHOR

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

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

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

UNIDADE: _____

NOME DO PACIENTE: _____

Item 13 (Frente)

13

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RÓTULO DE SORO

Nome:	Enf.:	Leito:
Soro:	Quantidade:	
Composição:		
Data: / /	Horas:	Número de gotas por minuto:
Assinatura:		

102 809-7 SU5038

Item 14 (Frente)

14

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - Tipo I

"Reviver em Sanidade"

Secretaria Municipal da Saúde
Piracanjuba/GO

GOVERNO DE PIRACANJUBA
CONSTRUINDO O FUTURO

CONTROLE DE RECEITAS

Paciente: _____

Prontuário: _____ Data de Acolhimento: ____/____/____

Endereço: _____

OBSERVAÇÃO: _____

PEDIDO DE RECEITAS

Gráfica Piracanjuba (64) 3405-2295

Item 15 (Frente e Verso)

(15F)

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial

Rua Santos Dumont, Qd. 06, Lt. 14,
Setor Aeroporto,
Piracanjuba - GO

Fone: (64) 3405-4022

CAPS

SUS

CARTÃO DE CONSULTA

Prontuário: Data: / /

Nome do Paciente:

Telefone:

Recepcionista:

DIA	HORÁRIO	TIPO DE ATENDIMENTO	RECEPCIONISTA

CASO NÃO POSSA COMPARECER, ENTRE EM CONTATO CONOSCO. FONE: (64) 3405-4022

Item 16 (Frente e Verso)

(16F)

CONTROLE

DATA	PA	DIA

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Governo do Estado do Ceará | Secretaria de Estado da Saúde | Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE PIRACANJUBA

CARTÃO HIPERDIA

Unidade de Saúde

Nome

Nº do Cartão SUS Data de Nascimento / /

Endereço

Data de Entrega	Medicação	Quantidade de Comprimidos	Assinatura do Paciente	Visto do Profissional
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			
	Captopril			
	Hidroclorotiazida 25 mg			
	Propanolol			
	Glibenclamida			
	Metiformina			
	Losartana 50 mg			
	Furosemida			
	Anlodipino			
	Atenolol			
	Meteldopa			

Item 17 (Frente)

17

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SEDRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CARTÃO ÍNDICE

Nome _____

_____ Nº de Registro _____

Mãe _____

Pai _____

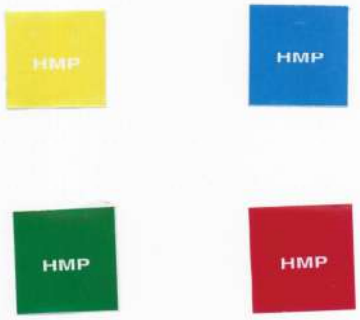
Sexo _____ Data _____

Data Nasc. _____

Observações Anote no Verso

Itens 18/19/20/21 (Frente)

18
19
20
21



Item 22 (Frente)

SUS HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

Data,____/____/____ Prontuário Nº:_____

Nome:_____ Idade:_____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Gráfica Piracanjuba - (64) 3405-2295

Item 23 (Frente)

(23F)

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - Tipo I

"Reviver em Sanidade"

Secretaria Municipal da Saúde
Piracanjuba/GO

FICHA DE ACOLHIMENTO

Data do Acolhimento: ____ / ____ / ____

Número do Prontuário: _____

Paciente: _____

1) PORQUE PROCUROU O CAPS?
( ) Tratamento
( ) Atestados
( ) Relatórios
( ) Receitas
( ) Outros: _____

2) COMO SOUBE DO CAPS?
( ) Demanda Espontânea
( ) Demanda Referenciada
( ) Ministério Público
( ) Outros: _____

3) QUAIS OS SINTOMAS QUE APRESENTA? HÁ QUANTO TEMPO?

4) JÁ FOI INTERNADO DEVIDO À DOENÇA? QUANTAS VEZES, POR QUANTO TEMPO E QUE TIPO DE INTERNAÇÃO (PSIQUIÁTRICA OU PRONTO SOCORRO)?

Gráfica Piracanjuba (64) 3405-2295

Item 24 (Frente)

24

Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR

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

Item 25 (Frente)

(25)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

☐ Receituário ☐ Pedido Exame

☐ Referência Interna ☐ Resultado Exame

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Data

Carimbo - CRM

Gráfica Piracanjuba 3405-2295

Item 26 (Frente e Verso)

(32) (26 F)

SUS Sistema Único de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

DATA DA ENTRADA			
DIA	MÊS	ANO	HORAS

SEXO	
M ( )	F ( )

RAÇA/COR ( )	
1-Branca	2-Negra
3 -Amarela	4-Parda
5-Indígena	6-Ignorado

Escolaridade (em anos de estudo Concluídos) ( )
1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3 - De 4 a 7
4-De 8 a 11 5-De 12 e mais
6-Não se aplica 7-Ignorado

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone de Contato: _____

Data de Nasc.: ___/___/___ Idade: _____ Nº Cartão SUS: _____

nome da Mãe: _____

Responsável: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AVALIAÇÃO INICIAL

Queixa principal: _____

Quadro Clínico: _____

PA: _____ mmHg TAX: _____ °C Respiração: _____ ipm Peso: _____

Agravo: 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: _____

Conduta/parecer: _____

Carimbo e Assinatura: _____

Destino ( ) Óbito ( ) Internação com AIH ( ) Encaminhamento Especialidade

( ) Observação na Unidade ( ) Evadiu-se ( ) Alta c/ retorno no ambulatório

( ) Residência com instrução ( ) Encaminhamento s/ AIH _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO / PROCEDIMENTOS

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RESPONSÁV.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

RELATÓRIO

Item 27 (Frente e Verso)

28 F

SAÚDE e-SUS 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	/ /

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 antro-pométrica	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	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma													
	Desnutrição													
	Diabetes													
	DPOC													
	Hipertensão arterial													
	Obesidade													
	Pré-natal													
	Puericultura													
	Puerpério (até 42 dias)													
	Saúde sexual e reprodutiva													
	Tabagismo													
	Usuário de álcool													
	Usuário de outras drogas													
	Saúde mental													
	Reabilitação													

FA/e-SUS AB v.2.1

		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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia/Convencional, deixar este campo em branco)
Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

***Campo obrigatório**

Item 28 (Frente e Verso)

29 F

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**

Nº

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravo/doença **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO** Código (CID10) W 64 | 3 Data da Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data do Atendimento

8 Nome do Paciente | 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

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

15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito

20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código

22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | 27 CEP

28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Contato Indireto ☐ Arranhadura ☐ Lambedura ☐ Mordedura ☐ Outro

33 Localização
1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida ☐ Mucosa ☐ Cabeça/Pescoço ☐ Mãos/Pés ☐ Tronco ☐ Membros Superiores ☐ Membros Inferiores

34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3- Sem ferimento 9 - Ignorado | 35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado ☐ Profundo ☐ Superficial ☐ Dilacerante

36 Data da Exposição | 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Pré-Exposição ☐ Pós-Exposição

38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias | 39 Nº de Doses Aplicadas

40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar)_____ 7 - Outra _____

41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido | 42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não

43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição

Vacina
44 Laboratório Produtor Vacina
1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar)_____

45 Número do Lote | 46 Data do Vencimento

Atendimento Anti-Rabico Humano Sinan Net SVS 27/09/2005

Tratamento Atual

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose | Data da 2ª dose | Data da 3ª dose | Data da 4ª dose | Data da 5ª dose

48 Condição Final do Animal (após período de observação)
1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado

49 Houve Interrupção do Tratamento
1 - Sim 2 - Não

50 Qual o Motivo da Interrupção
1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente
1 - Sim 2 - Não

52 Evento Adverso à Vacina
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Anti-Rábico
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Peso do Paciente
Kg.

55 Quantidade de Soro Aplicada
ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)
1 - Sim 2 - Não Total Parcial

57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil
3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____

58 Número da Partida

59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Data do Encerramento do Caso

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Item 29 (Frente e Verso)

Item 30. Frente

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:		
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)		PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		
LOCAL DE ATIVIDADES:				

ATIVIDADE (Opção Única)*	
01	Reunião de Equipe
02	Reunião com outras Equipes de Saúde
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social
04	Educação em saúde
05	Atendimento em Grupo
06	Avaliação / Procedimento Coletivo
07	Mobilização 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

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*			
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável	18	Semana Saúde na Escola
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor	19	Agravos Negligenciados
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular	20	Antropometria
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	21	Outros
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos	22	Saúde Auditiva
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador	23	Desenvolvimento da Linguagem
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)	24	Verificação da Situação Vacinal
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)	25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada	26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia	27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física	28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
13	Usuário de Álcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental		
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal		
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental		
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Item 30 Verso

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria: PESO (kg)	Obrigatório somente para Antropometria: ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Abandonou o Grupo
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	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	☐			☐	☐

Item 30 (Frente – Referência e Contra Referência)

SUS — 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/MS

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde — Secretaria de Estado da Saúde — Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde

FICHA DE RETORNO (CONTRA-REFERÊNCA)

NOME:
ENDEREÇO:
Nº DE IDENTIDADE: CPF:
ADE: 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/MS

Gráfica Piracanjuba (54) 3405-2295

Item 31 (Frente)

Item 34

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ — SAÚDE e-SUS SISTEMA E-SUS

FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
	-			M T N	/ /

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO										
Nº CARTÃO SUS										
Data de nascimento — Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento — Ano										
Local de Atendimento										
Escuta Inicial / Orientação										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Acupuntura com Inserção de Agulhas										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Administração de Vitamina A										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Cateterismo Vesical de Alívio										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Cauterização Química de Pequenas Lesões										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Cirurgia de Unha (Cantoplastia)										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Cuidado de Estomas										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Curativo Especial										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Drenagem de Abscesso										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Eletrocardiograma										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Exame Citopatológico de Colo Uterino										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Exame do Pé Diabético										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Infiltração em Cavidade Sinovial										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Retirada de Cerume										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Retirada de Pontos de Cirurgias										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Sutura Simples										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Triagem Oftalmológica										
Procedimentos / Pequenas Cirurgias — Tamponamento de Epistaxe										
Procedimentos / Teste Rápido — De Gravidez										
Procedimentos / Teste Rápido — Para HIV										
Procedimentos / Teste Rápido — Para Hepatite C										
Procedimentos / Teste Rápido — Para Sífilis										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Oral										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Intramuscular										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Endovenosa										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Inalação / Nebulização										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Tópica										
Procedimentos / Administração de Medicamentos — Penicilina para Tratamento de Sífilis										
Procedimentos / Outros (SIA)										
Procedimentos / Outros (SIA)										
Procedimentos / Outros (SIA)										

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 dePeso	

Item 32 (Frente e Verso)

(35F)

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ficha de Registro do Vacinado

1º Cadastro ☐ Retorno ☐ Estabelecimento de Saúde

Código CNS (SUS)

** Nome

** Nome Mãe

** Data de Nascimento ** Sexo F ☐ M ☐ Raça Etnia **País **UF res. **Município de residência

Endereço: Nº CEP

Complemento Bairro Zona de residência Rural ☐ Urbana ☐ Comunicante hanseníase ☐

E-mail Telefone (com DDD) ** Grupo de Atendimento Gestante ☐

* RA	** Data de aplicação (dd/mm/aa)	** Estratégia	** Imunobiológico	** Lote	** Laboratório	** Dose	** Motivo indicação ***	** Especialidade (solicitante) ***	** Aprazamento (dd/mm/aa)	* Data de digitação (dd/mm/aa)	Vacinador

* Assinale X em caso de registro anterior
** Campo de preenchimento obrigatório (colocar S/I no caso de não ter informação de Lote e Laboratório)
*** No caso de vacinas especiais (CRIE)

Veja no verso as tabelas de apoio. Elas facilitarão o preenchimento de algumas informações

Imunobiológicos especiais

Data de Aplicação *	Grupo de Atendimento *	Imunobiológico *	Aprazamento	Dose *	Laboratório *	Lote	Motivo da Indicação *	Especialidade do solicitante *	Marcar (X) se Gestante

Nome do responsável pelo preenchimento

Data ____/____/____

Tabelas de apoio

	Raça
1	Branca
2	Negra
3	Parda
4	Indígena
5	Amarela

	País
1	Brasil
2	Argentina
3	Bolívia
4	Chile
5	Paraguai
6	Uruguai
7	Colombia
8	Equador
9	Outros Países
10	Perú
11	Venezuela
12	Suriname
13	Guiana Francesa
14	Guiana Inglesa

	Estratégia
1	Rotina
2	Especial
3	Bloqueio
4	Intensificação
5	Campanha Indiscriminada
6	Campanha seletiva
7	Soroterapia

	Grupo de atendimento
1	Indígenas
2	Assentados
3	Acampados
4	Militares
5	Quilombolas
6	População privada de liberdade
7	População geral

	Dose
D1	1ª Dose
D2	2ª Dose
D3	3ª Dose
D4	4ª Dose
D5	5ª Dose
R1	1º Reforço
R2	2º Reforço
D	Dose
DU	Dose Única
REV	Revacinação
T1	Tratamento c/1 dose até T24
T24	Tratamento c/24 doses

Item 33 (Frente – Autocopiativo)

36 - 1ª VIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

3554

Piracanjuba, _____ de _____ de _____ PEDIDO

Nome: _____

Endereço: _____

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO	UNITÁRIO	TOTAL

Gráfica Piracanjuba (64) 3405-2295

TOTAL

ASSINATURA

Item 34 (Frente)

(37 F)

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Governo do Estado de Goiás | Secretaria de Estado da Saúde

REQUISIÇÃO DE MATERIAL

Nº

UNIDADE REQUISITANTE		UNIDADE REQUISITADA	INTERNO	EXTERNO

	UN	SOLICITADO	ATENDIDO	ESPECIFICAÇÕES

DATA	ASS. DO REQUISITANTE	ASS. DO RECEBEDOR	AUTORIZAÇÃO

Item 35 (Frente e Verso)

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

Item 38 FRENTE VERSO

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (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
Nº PRONTUÁRIO																							
Nº CARTÃO SUS																							
Data de nascimento* – Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento* – Ano																							
Sexo*	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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Visita Periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Busca Ativa – Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Busca Ativa – Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Busca Ativa – Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Busca Ativa – Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Pessoa com Desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Pessoa com Hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* – Acompanhamento – Pessoa com Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		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 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Egresso de Internação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Controle de Ambientes / Vetores		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Orientação / Prevenção		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Desfecho*	Visita Realizada		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Visita Recusada		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Ausente		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ○ Opção Única de Escolha **(Marcar X na cpção desejada)**

*** Campo Obrigatório**

VERSO

Item 36 (Frente e Verso)

(39F)

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						

(39V)

Obs.:

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

Item 37 (Frente)

(29) (40F)

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO / /

7 - SEXO Masc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34-CID10 PRINCIPAL

35-CID10 SECUNDÁRIO

36-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39-DATA DA SOLICITAÇÃO / /

42-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

Item 38 (Frente)

Ministério da Saúde / SAS / DAB / CGPAN Item 42

SISVAN - Mapa de acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde

Nº CNES*:

Nome* / Endereço*	Documentação (Tipo/Nº)*	Sexo (M/F)*	Data de Nascimento*	Data do Acompanhamento*	Peso (kg)*	Altura (cm)*	Criança: Tipo de Amamentação (1)*	Criança: Peso ao nascer (g)	Gestante: Peso Pré-Gestacional (kg)	Gestante: Data da última menstruação*	Adulto: Circunf. Cintura (cm)	Adulto: Risco aumentado (Sim/Não)	Prg. Bolsa Família: Doenças (2)*	Prg. Bolsa Família: Intercorrências (3)*	Prg. Bolsa Família: Vacinação em dia? (Sim/Não)**	Prg. Bolsa Família: Famil. Localizada (Sim/Não)*	Prg. Bolsa Família: 1) Gestante*** 2) Não Gestante 3) Não pode ser gestante 4) Sem informação	Prg. Bolsa Família: Se Gestante *** 1) Cumpriu o pré-natal 2) Não cumpriu o pré-natal	Prg. Bolsa Família: Participa de outro programa social: 1) Estat. 2) Municipal
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			
Nome*																			
Endereço*																			

*Campos obrigatórios; ** Campo obrigatório para crianças do Programa Bolsa Família; *** Campo obrigatório para gestantes do Programa Bolsa Família.

(1) Tipo de Alimentação:

1. Aleitamento materno exclusivo;
2. Aleitamento materno predominante;
3. Alimentação complementar;
4. Não recebe leite materno;
5. Sem informação

Obs: campo obrigatório apenas para crianças de 2 anos

(2) Doenças:

1. Anemia falciforme
2. [illegible]etes mellitus
3. [illegible]ças cardiovasculares
4. Hipertensão arterial sistêmica
5. Osteoporose
99. Outras doenças
99. Sem doenças

(3) Intercorrências:

1. Anemia ferropriva
2. DDI (Distúrbio por Deficiência do Iodo)
3. Diarréia
4. Infecções intestinais virais
5. IRA (Infecção Respiratória Aguda)
6. Hipovitaminose A
98. Outras deficiências e/ou intercorrências
99. Sem deficiências e/ou intercorrências

Item 39 (Frente)

(43f)

MAPA DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS DO _____ - PIRACANJUBA

NOME	DATA	MEDICAMENTO	QTDE.	ASSINATURA (por extenso)

Gráfica Piracanjuba (ie) 3403-2265

Item 40 (Frente)

(44 F)

MAPA DE PRODUÇÃO DIÁRIO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE PIRACANJUBA

DATA:____/____/_____

* - PROCEDIMENTO INFORMADO NO BPA-INDIVIDUAL

Nº	NOME	IDADE	CONSULTA(N) PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - 03.01.01.004-4	ORTEMAÇÃO DE DENTE DECÍDUO - 03.01.02.005-7	ORTEMAÇÃO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR - 03.01.02.006-5	ORTEMAÇÃO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR - 03.01.02.007-3	ORTEMAÇÃO DE DENTE PERMANENTE TRIRRADICULAR - 03.01.02.008-1	RESTAURAÇÃO DENTÁRIA DE DENTE PERMANENTE - 03.01.02.009-0	RESTAURAÇÃO ENDODÔNTICA EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR - 03.01.02.010-4	RESTAURAÇÃO ENDODÔNTICA EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR - 03.01.02.011-2	RESTAURAÇÃO ENDODÔNTICA EM DENTE PERMANENTE TRIRRADICULAR - 03.01.02.012-0	REVASCAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM TOD VASOS PINOS - 03.01.02.013-9	RELAMENTO DE PREPARAÇÃO INTRACORONÁRIA - 03.01.02.014-7	RAPSPAGEM CORONO-RADICULAR POR DENTE - 03.01.02.015-5	ENXERTO GENGIVAL - 04.14.02.006-1	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO - 04.14.02.015-4	GENGIVOPLASTIA POR DENTE - 04.14.02.016-2	CIRURGIA DE TÚNICA PULPAR - 04.14.02.017-0	CIRURGIA DE TÚNICA PULPAR ATRAVÉS DO DENTE - 04.14.02.018-9	CIRURGIA DE FIBROMA DOS MAXILARES - 04.14.02.019-7	CORREÇÃO DE FIBROMA PERIFÉRICO - 04.14.02.020-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR DENTE) - 04.14.02.021-9	CONTENÇÃO DE DENTES POR ENXERTO - 04.14.01.019-8	GENGIVOPLASTIA POR ENXERTO - 04.14.02.022-7	ESCLEROSE MECÂNICA DE ÚLCERAS - 04.14.02.023-5	ESCLEROSE QUÍMICA DE ÚLCERAS - 04.14.02.024-3	ODONTOSSECÇÃO / RADICULOTOMIA / TUNELIZAÇÃO - 04.14.02.027-8	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS / PSEUDOCISTOS - 04.14.02.028-6	CISTOSTOMIA - 04.14.02.029-4	ALVEOLOPLASTIA - 04.14.02.030-8	ALVEOLOPLASTIA / VESTIBULOPLASTIA - 04.14.02.031-6	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO) BIRRADICULAR - 04.14.02.032-4	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO) TRIRRADICULAR - 04.14.02.033-2	REMOÇÃO DE TÔRUS E EXOSTOSES - 04.14.02.035-9	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO) BIRRADICULAR - 04.14.02.036-7	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO) TRIRRADICULAR - 04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL - 04.14.02.038-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO PT TRAUMATISMO DENTAL - 04.14.02.039-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL - 04.14.02.040-5	ALVEOTOMIA / ALVEOLECTOMIA - 04.14.02.041-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE - 04.14.02.042-1	CORREÇÃO DE BRIDAS MEDIOLARES - 04.14.02.044-8	BIOPSIA DE MUCOSA ORAL - 02.01.01.020-2*	BIOPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE - 02.01.01.021-0*	BIOPSIA DE TECIDOS MOLES DA FACE - 02.01.01.022-9*	BIOPSIA DE TECIDOS MOLES DA BOCA - 02.01.01.023-7*	TRATAMENTO DE REAVALIAR PACIENTE - 02.01.01.024-5*	CONTENÇÃO DE DENTES POR ENXERTO - 04.14.02.046-4	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO / NÃO ODONTOGÊNICO - 04.14.01.038-1	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR - 04.14.02.047-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ÚLCERA / FISTULA / INTRABUCCAL - 04.14.01.039-9*	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FISTULA ORONASAL / ORONASAL 04.14.02.048-0*	DRENAGEM DE ABCESSO DE BOCA E ANEXOS - 04.14.02.050-2*	EXCISÃO DE MÚCULA OU ENFÂMBRO DE RETRAÇÃO GENGIVAL - 04.14.02.051-0*	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NAS BOCA - 04.14.02.052-9*	APICECTOMIA / ULSECTOMIA / RESECÇÃO RADICULAR - 04.14.02.053-2	ASSINATURA DO PACIENTE
1																																																			
2																																																			
3																																																			
4																																																			
5																																																			
6																																																			
7																																																			
8																																																			
9																																																			
10																																																			
11																																																			
12																																																			
13																																																			
14																																																			
15																																																			

Gráfica Piracanjuba 84 3405-2255

Item 41 (Frente)

45

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MAPA DE PRODUÇÃO DIÁRIO

UNIDADE: _____ SCNES: _____ DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____

Nº	NOME DO PACIENTE	IDADE	1ª Consulta Odontológica 0301010153	Adm. Tópica de Flúor (individual) 0101020074	Aplicação de Cariostático 0101020054	Aplicação de Selante 0101020046	Ev. e Controle de Placa 0101020062	Raspagem Alisamento Subgengival 0307020014	Remoção Atadura Supragengival 0307020024	Aplic Cal. de Hidróxido Isoladamente 0101020031	Aplic Cal. de Hidróx. de Ca/or 0101020010	Atividade Educativa em grupo 0101010011	Escovação de Dente Prevalente 0414020126	Exod. de Dente Permanente 0414201018	Drenagem de Abcesso 0401010051	Ensaio de Sucção de Leite 0401010045	Cimentação Direta 0307010015	Pulpectomia Dentária 0307020074	Rest. de Dente Decíduo Anterior 0307010023	Rest. de Dente Perm. Post. Anterior 0307020013	Rest. de Dente Decíduo Posterior 0307020021	Rest. de Dente Perm. Ant. Res. 0307020031	Rest. de Dente Perm. Post. Res. 0307010064	Rest. de Dente Decíduo Ionômero 0307010023	Rest. de Dente Perm. Ant. Ionômero 0307010031	Rest. de Dente Perm. Post. Ionômero 0307010064	Pedido RX	Recaltrante	Encaminhamento	Tratamento Concluído	ASSINATURA DO PACIENTE
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															

Item 42 (Frente)

46 46

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACANJUBA - PLANÍLHA DE PRODUÇÃO MENSAL

DATA	UNIDADE:	CAD.:		MÊS:	DR.:
	NOMES	IDADE	ENDEREÇO	HORAS	ASSINATURA DO PACIENTE

Item 43 (Frente e Verso)

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

1ª Via: Enviar para digitação

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO (ASF)

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

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

DOCUMENTOS GERAIS

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

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)

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

ENDEREÇO

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

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

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

TRATAMENTO

Não medicamentoso: ☐

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

Outros ☐ SIM ☐ NÃO

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

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

VESO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO (48V)

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS>/=180 ou PAD>/=110
I - Sem outros fatores de risco	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
II - 1-2 Fatores de risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou/ diabetes.	Risco Alto	Risco Alto	Risco muito Alto
IV - Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal.	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 - ocorre pricipalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 - aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo - quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço fisico pesado em casa ou no trabalho. Ex.: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimenta britadeira, etc.

Sobrepeso ou Obesidade - classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>/=40,0	Muito Grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão / Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação / Divórcio

Situação Familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e Filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ Filho(s)
3	Convive c/ companheira(o) filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio incompleto (2º grau completo)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social
63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

Item 44 (Frente)

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - Tipo I

"Reviver em Sanidade"

Secretaria Municipal da Saúde
Piracanjuba/GO

(49F)

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: _____

Gráfica Piracanjuba (64) 3405-2

Item 45 (Frente e Verso)

(50F)

SUS

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE
HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº do Resgistro
Nome
Data de Nasc. Sexo
Cor
Responsável

NOME DO PACIENTE | ENFERMAGEM | LEITO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

(50V)

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Item 46 (Frente e Verso)

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

PRONTUÁRIO MÉDICO
HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

Nº do Registro

Nome

Sexo Cor Estado Civil

Óbito

Endereço

Fone

Ocorrido em

Ponto de Referência

Causa

Procedência

Nome do Pai

Nome da Mãe

Data do Nascimento Nacionalidade Naturalidade

Profissão

DATA	DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS. EXAME FÍSICO E ANAMNESE	ASSINATURA

DATA	DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS. EXAME FÍSICO E ANAMNESE	ASSINATURA

Item 47 (Frente e Verso)

Ministério da Saúde — SUS Sistema Único de Saúde — SAÚDE

RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNES

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO | NOME DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | SEXO M F | DATA DE NASCIMENTO / / | NACIONALIDADE

RAÇA/COR | ETNIA INDÍGENA | NOME DA MÃE

NOME DO RESPONSÁVEL | MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | UF

CÓD. IBGE MUNICÍPIO | CEP DE RESIDENCIA | ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

COMPLEMENTO | TELEFONE CELULAR DDD Nº DO TELEFONE | TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO / / | MÊS ATENDIMENTO / | NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

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

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

CID10 PRINCIPAL | DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRICIPAL

CID10 CAUSAS ASS | DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO – CAUSAS ASSOCIADAS

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?/O ☐ SIM ☐ NÃO | CNES

ENCAMINHAMENTO: ☐ Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS ☐ Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica ☐ Alta ☐ Óbito | DATA DE CONCLUSÃO / /

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | ☐ Ação realizada no CAPS | ☐ Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | ☐ Ação realizada no CAPS | ☐ Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | ☐ Ação realizada no CAPS | ☐ Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | ☐ Ação realizada no CAPS | ☐ Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | ☐ Ação realizada no CAPS | ☐ Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) / | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO

Ministério da Saúde — SUS Sistema Único de Saúde — SAÚDE

RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | Ação realizada no CAPS | Ação realizada no Território

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | QTDE. | DATA (DD/MM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

Item 48 (Frente)

SUS Sistema Único de Saúde

PREFEITURA DE Piracanjuba
CONSTRUINDO UMA CIDADE MELHOR

Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR

item 53
F

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

Data de Admissão: ___/___/___	NOME: _____ DN:___/___/___	CUIDADOR: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Item 49 (Frente – Autocopiativo)

54f - 1ª via

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Identidade Nº:_____ Órg. Em.:_____

Endereço:_____

Cidade:_____ UF:_____

Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____
Assinatura do Farmacêutico

____ / ____ / ____
Data

Item 50 (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 SISCAN)

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

Logradouro

Nacionalidade

Número

Complemento

Código do Município

Município

Bairro

UF

CEP -

DDD

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 (Papanicolau) 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 congênitas 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*

nº 415

159v)

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em: / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celularem mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

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

De origem indefinida
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:
- ☐ Cervical
- ☐ Endometrial
- ☐ Sem outras especificações

☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

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

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

CPF

Item 51 (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
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Sexo
☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento* / /

Idade*

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

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

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

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

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*
☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*
☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não
☐ Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Dutectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	

☐ Não fez cirurgia

nº 332

60V

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

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

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

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

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

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

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

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

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

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

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	Linfonodo axilar	☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Responsável* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número do Exame: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
7d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e -Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado
7f -Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas
8 - Mamografia de Rastreamento	Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores
UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed- União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

Item 52 (Frente e Verso)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº 61

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS — Código (CID10): X 29

3 Data da Notificação

4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade: 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante: 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

13 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Data do Acidente

34 UF | 35 Município de Ocorrência do Acidente: | Código (IBGE)

36 Localidade de Ocorrência do Acidente:

37 Zona de Ocorrência: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento: 1) 0|—1h 2) 1|—3h 3) 3|— 6h 4) 6|—12h 5) 12|— 24 h 6) 24 e + h 9) Ignorado

39 Local da Picada: 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Manifestações Locais: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.) _____

42 Manifestações Sistêmicas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
neuroparalíticas (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gengivorragia, outros sangramentos) vagais (vômitos, diarréias)
miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.) _____

44 Tempo de Coagulação: 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado

Dados do Acidente

45 Tipo de Acidente: 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros _____ 9 - Ignorado

46 Serpente - Tipo de Acidente: 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquético 5 -Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado

47 Aranha - Tipo de Acidente: 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado

48 Lagarta - Tipo de Acidente: 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado

Tratamento

49 Classificação do Caso
1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado

50 Soroterapia
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:

Antibotrópico (SAB)		Anticrotálico (SAC)		Antiaracnídico (SAAr)	
Antibotrópico-laquético (SABL)		Antielapídico (SAE)		Antiloxoscélico (SALox)	
Antibotrópico-crotálico (SABC)		Antiescorpiônico (SAEs)		Antilonômico (SALon)	

52 Complicações Locais
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Infecção Secundária | Necrose Extensa | Síndrome Compartimental | Déficit Funcional | Amputação

54 Complicações Sistêmicas
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Insuficiência Renal | Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo | Septicemia | Choque

Conclusão

56 Acidente Relacionado ao Trabalho
1 - Sim
2 - Não
9 - Ignorado

57 Evolução do Caso
1-Cura
2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos
3-Óbito por outras causas
9-Ignorado

58 Data do Óbito

59 Data do Encerramento

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia

	Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico *jararaca* *jararacuçu* *urutu* *caiçaca*	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
		Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		4 - 8
		Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		12
	Crotálico *cascavel* *boicininga*	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente	SAC	5
		Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		10
		Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria		20
	Laquético *surucucu* *pico-de-jaca*	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10
		Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarréia, bradicardia, hipotensão arterial		20
	Elapídico *coral verdadeira*	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10
ESCORPIONISMO	Escorpiônico *escorpião*	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	---
		Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3
		Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 6
ARANEISMO	Loxoscélico *aranha-marrom*	Leve: lesão incaracteristica sem aranha identificada	SAA ou SALox	---
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurado local, cefaléia, febre, exantema		5
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10
	Foneutrismo *aranha-armadeira* *aranha-da-banana*	Leve: dor local	SAA	---
		Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4
		Grave: sudorese profusa, vômitos freqüentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial		5 - 10
LONOMIA	*laturana* *oruga*	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	---
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde

Nome | Função | Assinatura

Item 53 (Frente e Verso)

Item 61 (Frente / Verso)

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

PRONTUÁRIO MÉDICO

CENTRO CLÍNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E DE REABILITAÇÃO

Nome: _____ Nº do Registro _____

Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Óbito: _____

_____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____ Ocorrido em: _____

Procedência: _____ Causa: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

fissão: _____

DATA	DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS, EXAME FÍSICO E ANAMNESE	ASSINATURA

DATA	DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS, EXAME FÍSICO E ANAMNESE	ASSINATURA

Item 54 (Frente)

item 63

BRASIL SORRIDENTE

PREFEITURA DE Piracanjuba

CONSTRUINDO UMA CIDADE MELHOR

SUS Sistema Único de Saúde

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

item 63

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

Nome:_____

Dr(a): _____

Data: __/__/__ Horas: ____ _

Item 55 (Frente)

item 64

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DE

PIRACANJUBA

NOME DO PRODUTO:_____

RESPONSÁVEL:_____

LOTE:_____

VALIDADE:_____

DATA TROCA:___/___/____

2000

Item 56 (Frente e Verso)

item 64

FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICA

PREFEITURA DE Piracanjuba
CONSTRUINDO UMA CIDADE MELHOR

Data da Avaliação: ____/____/____

Nome			
Sexo		Data de Nascimento	
Estado Civil		Profissão	
Endereço			
Bairro		Unidade de Saúde	
Tel. Fixo		Celular	

DADOS DA ANAMNESE

Acompanhamento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Peso em kg												
Altura em cm												
Cintura em cm												
Frequência cardíaca												
Pressão arterial												

Gráfica Piracanjuba (84) 3405-2295

DADOS CLÍNICOS

Foi submetido(a) a algum tipo de cirurgia? S ( ) N ( )	Quais?
Sofreu alguma fratura? S ( ) N ( )	Local:
Utiliza algum tipo de medicamento? S ( ) N ( )	Quais?
Sofreu desmaios? S ( ) N ( )	Quantos?
Fuma? S ( ) N ( )	Quantos cigarros por dia?
Faz uso de bebida alcoólica? S ( ) N ( )	Com que frequência?
Pratica atualmente alguma atividade física? S ( ) N ( )	Quais?
Possui alguma doença crônica? S ( ) N ( )	Qual?
Objetivo do Programa de Exercícios	
Outros	

ATIVIDADES

Alongamento? S ( ) N ( )	1 x por semana ( )	2 x por semana ( )	3 x por semana ( )	Todos os dias ( )
Caminhada? S ( ) N ( )	1 x por semana ( )	2 x por semana ( )	3 x por semana ( )	Todos os dias ( )
Hidroginástica? S ( ) N ( )	1 x por semana ( )	2 x por semana ( )	3 x por semana ( )	Todos os dias ( )

Item 57 (Frente e Verso)

Item 65 FRENTE

SUS — Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Governo do Estado de Goiás | Secretaria de Estado da Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRACANJUBA

FICHA DE ANESTESIA

Dados

Paciente: | Leito: | RG:

Clínica: | Sexo: ( ) M ( ) F DUM ___/___/___ | Idade: | Peso (kg): | Altura (mt):

Diagnóstico: | Raça: | D.N.: ___/___/___

Cirurgia Proposta:

Anamese

Q.P.:

Doenças coexistentes:

Medicação em uso:

Alergias

Anestesias Anteriores

História Familiar

História Social

Revisão dos Sistemas

( ) - Infecções Pulmonares ( ) - DPOC ( ) - ASMA ( ) - Doença Coronária ( ) 0 IAM < 6 meses ( ) - Hipertenção ( ) - ICC ( ) - IRC

( ) - Refluxo Gastro-Esofágico ( ) - Gravidez ( ) - HIV ( ) - Hepatites ( ) - Obstrução Intestinal Alta ( ) - Defeitos Valvares no Coração

( ) - Diabetes ( ) - Outros_____

Exame Físico

Mallampati	Distância Tireomental	Pescoço	Dentes	P - (MR/HG)	FC - Bat/Min)	FR - (Mov/Min)	Temp. (ºC)
	( )> 6 cm ( )< 6cm	( ) - Normal ( ) - Curto ( ) - Longo	( ) - Normal ( ) - Falhas ( ) - Prótese	x			

Aparelho Respiratório: | Aparelho Circulatório:

Abdome: | Extremidades:

Coluna: | Exame Neurológico:

Exames

Sódio	Potássio	Cloro	Cálcio	Hc	Hb	Ht	Plq	Lc	Uréia	Crealinia	Glicose		

ECG:

Imagem:

Risco Cirúrgico: | ASA: | Anestesia Proposta:

Anestesia Suspensa? ( ) SIM ( ) NÃO Justifique:

Observações Relevantes

HOSPITAL MUNICIPAL DE PIRCANJUBA

Carimbo

___/___/___ Data

___:___ Hs. Hora da Visita

Gráfica Piracanjuba (640 3405-2295

Item 65
VERSO

Data da Cirugia: ____/____/____ Cirurgia Realizada:

Início da Anestesia: Hora Minuto

Oxigênio
N2O

Líquidos Endovenosos

PA V Λ
Pulso •
Anst. x
Resp. ⊙
Temp. △

Temp. 38 36 34 32 30

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Espontânea
Assistida
Controlada

Símbolos

Monitorização

Drogas (conc. Total)

1	7	13
2	8	14
3	9	15
4	10	16
5	11	17
6	12	18

Técnicas Anestésicas

Balanço Hídrico

Ganhos		Perdas	
R Lactato		Insensíveis	
SF 0,9 %		Diurese	
		Sangramento	
Total		Total	
Total do Balanço Hídrico			

Complicações Pré / Per / Pós Operatórias:

Cirurgião Responsável	Cirurgião	1º auxiliar
2º Auxiliar	Instrumentador	Circulante
Anestesia		

Gráfica Piracanjuba (640 3405-2295