

RESP	RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO											UNIDADE DATA									1	
CAT	EGOI	RIA: (322405-T	SB) - (3	32241	5– A	SB) -	(32	22425	-TSB	SAU	JDE D	A FA	MÍL	IA)	- (3	322430) – AS	SB SA	ÚDE D	A FAM	ÍLIA)
								RE	GIST	RO I	DE P	RON	ΓUÁ	RIO								
01			03		05				07			09				11			13	3		5
02	02 04 06				08				10		1		12			14						
		01	02	03	04	1	05		06	07	7	08		09	10)	11		12	13	14	15
SEX	0					•																
IDA	DE																					
	EC	DECIE	CACÕE				1	REGI	STR	O DA	S AT	IVID	ADE	S RE	ALIZ	ADA	S			CÓD	IGO	TOTAL
	ES	PECIF	(CAÇÕES	5	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	COL	ugo	IOIAL
P 5	TÓPICA SESSÃO		R (INDIVIDU	JAL POR																01010	20074	
L I CA	CARIOS	TÁTICO (POR DENTE)																	01010	20058	
ÇÃ	SELANT	E (POR D	ENTE)																	01010	20066	
EVIDE	NCIAÇÂ	O DE PLA	ACA BACTE	RIANA																01010	20082	
AÇÃO	COLET	IVA DE ES	COVAÇÃO																	01010	20031	
	PAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO RAGENGIVAS																	03070	30016			
RADIOGRAFIAS / BITE WING																02040	10187					
RADIOGRAFIAS /PERIAPICAL																02040	10187					
RADIOGRAFIAS OCLUSAIS																02040	10187					
REMO	ÇÃO DE	SUTURA																				



Prefeitura Municipal de Sabará - SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde CEMAE - CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIZAÇÃO



PRODUÇÃO DIÁRIA MÉDICA - OFTALMOLOGIA

UNIDADE	: CEMAI	Ξ												D	ATA: _		/		/_				
PROFISSI	ONAL:																						
									REG	ISTRO	PRO	NTUÁ	RIO										
01					06							11						16					
02					07							12						17					
03					08							13						18					
04					09							14						16					
05					10							15						20					
		01	02	03	04	05	5 (06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	1	6	17	18	19	20
IDA	DE																						
SEX	KO																						
Tipo de		01	02	03	04	0	5 (06	07	80	09	10	11	12	13	14	15	1	6	17	18	19	20
07.012.25-0	1ª consulta																						
07.012.25	Retorno																						
P	ROCEDIMENT	os		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
17.071.01-1	Potencial a		visual																				
17.071.02-0	Tonometria	de aplar	ıação																				
17.071.03-8	Fundoscopia	a de apla	nação																				
17.073.06-5	Mapeame	nto da re	tina																				
08.141.13.4	Retirada de da o	corpo est córnea	tranho																				

MOVIMENTO DIARIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE DENTISTA/ ATENÇÃO BÁSICA

RESPONSAVEL PELO PREENCHIMENTO	UNIDADE	DATA
CATREGORIA 223204 – DENTI	STA CLINICO GERAL 2232R1 – DENTISTA DE SALIDE DA FAMILIA	

			RI	EGISTRO PRONTUARIO			
01	03	05	07	09	11	13	15
02	04	06	08	10	12	14	

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
	01	02	00	7	00	00	01	00	0	- 10		12	2		10
SEXO															
IDADE															

						REGIS	TRO	DAS	ATIV	IDAD	ES R	EALIC	AS				26-	
	PECIFICAÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		_	13	14	15	CÓD	TOTAL
PRIMEIRA CONSU PROGRAMÁTICA	LTA ODONTOLÓCA																0301010153	
	CATIVA/ORIENTAÇÃO EM																0101010010	
	TOPICA DE FLUOR INDIVIDUAL POR SESSÃO)																0101020074	
	CARIOSTATICO (POR																0101020058	
APLICAÇÃO	DENTE) SELANTE (POR DENTE)																0101020066	
	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA																0101020082	
	ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA																0101020031	
AÇÃO	APLICAÇÃO TOPICA DE FLUOR GEL																0101020015	
COLETIVA	EXAME BUCAL C/																0101020040	
	FINALIDADE EPIDEMIO. BOCHECHO FLUORADO																0101020023	
SELAMENTO	PROVISORIO DE CAVIDADE																0101020090	
OBTURAÇÃO	DENTE DECIDUO																0307020037	
CONSULTA	DOMICILIAR																0301010137	
	URGENCIA EM AT. B.																0301060037	
ATENDIMENTO	CAPEAMENTO PULPAR																0307010015	
	DENTE PERMANENTE																0307010013	
	POSTERIOR																0307010040	
RESTAURA ÇÃO	DENTE PERMANENTE ANTERIOR																0307010031	
	DENTE DECIDUO																0307010023	
PULPOTOMIA DEN																	0307020070	
	A DENT. E MEDICAÇÃO																0307020010	
CURATIVO VISITA DOMICILIA	D.																0307020029 0101030029	
RAIOX	ıĸ																0204010187	
	RANSPLANTE DENTAL (POR																0414020243	
ELEMENTO)	EODI INTAOEM																	
CONTENÇÃO OU I	/RADILECTOMIA/TUNELIZAÇÃO																0414010019 0414020219	-
REMOÇÃO FOCO																	0414020219	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	ALISAMENTO																0307030016	
RASPAGEM	SUBGENGIVAIS ALISAMENTO E POLIMENTO																	
	SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)																0307030016	
EXCISÃO E SUTUR		<u> </u>				<u> </u>		<u> </u>									0404020097	
DRENAGEM DE AL																	0404020054	
	DENTES POR SPLINTAGEM CRUENTA DE FRATURA																0414010019	
REDUÇÃO	ALVEOLO-DENT.																0414010086	
	ENUCLEADOR DE CISTO	<u> </u>						ļ						<u> </u>			0414010329	<u> </u>
TRATAMENTO	FISTULA BUCO-SINUSAL HEMORRAGIA	-															0414010256 0414020359	
	ALVEOLITE																0414020383	
																	0414020383	
EXODONTIA	ONTIA DECIDUO PERMANENTE							 				l					0414020120	-
ULOTOMIA / ULEC	I .																0414020405	
	ÃO DE CISTOS PSEUDOCISTOS																0414020200	
CURETAGEM PERAPICAL																	0414020273	
RETORNO																	J	
CONDUTA	ENCAMINAMENTO P/ ESPECIALIDADE																	
	ENCAMINHAMENTO P/	1	1	1	1	1	1	1		1	_	1		1		ı T		4

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde

Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708 – 3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:

Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:
É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação. NÃO PERCA!!!

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde

Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708 – 3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:
Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:
É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação. NÃO PERCA!!!

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde

Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708 – 3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:
Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:
É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação.

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde

Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708-3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:
Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:
É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação.

NÃO PERCA!!!

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708 – 3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:
Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:

É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação.

NÃO PERCA!!!

Prefeitura Municipal de Sabará

NÃO PERCA!!!

Secretaria Municipal de Saúde

Av. Alberth Scharlé nº 212 – Paciência – Sabará/MG Fone: 3672-7708 – 3672-7709

PROTOCOLO

Tipo Doc.:
Especialidade:
Nome:
Data da entrega:/
Funcionários:

É obrigado a apresentação deste documento para qualquer informação.

NÃO PERCA!!!



CBO DO EXECUTANTE

RAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

Formulário da **Atenção Psicossocial no CAPS** IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CNES IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS - № DO PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE SEXO-DATA DE NASCIMENTO-NACIONALIDADE-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) F ETNIA INDIGENA NOME DA MÃE RACA/COR NOME DO RESPONSÁVEL MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA-CÓD. IBGE MUNICÍPIO-CEP DE RESIDENCIA ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)-TELEFONE DE CONTATO-Nº DO TELEFONE COMPLEMENTO-TELEFONE CELULAR. **DADOS DO ATENDIMENTO** MÊS ATENDIMENTO DATA DE ADMISSÃO NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO -Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas? ORIGEM DO PACIENTE Crack **Outras Drogas** Álcool Em caso positivo marque Demanda Espontânea Atenção Básica Servico de Urgência NÃO SIM uma ou mais alternativas Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiguiátrico -CID10 PRINCIPAL -DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRICIPAL -CID10 CAUSAS ASS -DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO – CAUSAS ASSOCIADAS--CNES-NÃO EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIAZO DATA DE CONCLUSÃO Alta Óbito Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica **AÇÕES REALIZADAS** -CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. -DATA (DD/MM)-CBO DO EXECUTANTE CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE Ação realizada Ação realizada no CAPS no Território CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. -DATA (DD/MM) -SERVICO -CLASSIFICAÇÃO-CBO DO EXECUTANTE -CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE Ação realizada Ação realizada no Território no CAPS -DATA (DD/MM) SERVIÇO -CLASSIFICAÇÃO-CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA-QTDE. CBO DO EXECUTANTE -CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE Ação realizada Ação realizada no CAPS no Território -CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. -DATA (DD/MM) SERVICO--CLASSIFICAÇÃO-CBO DO EXECUTANTE -CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE Ação realizada Ação realizada no CAPS CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA -DATA (DD/MM)-SERVICO--CLASSIFICAÇÃO CBO DO EXECUTANTE -CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE Ação realizada Ação realizada no CAPS no Território -CLASSIFICAÇÃO--CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. -DATA (DD/MM)--SERVICO

-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

Ação realizada

no CAPS

Ação realizada no Território





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

AÇÕES REALIZADAS	
office and a factorial of the control of the contro	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA———————————————————————————————————	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE———	Ação realizada Ação realizada
	Ação realizada Ação realizada no CAPS Ação realizada
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA ACÃO REALIZADA———————————————————————————————————	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA———————————————————————————————————	
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. DATA (DD/MM)	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	
	Ação realizada no CAPS Ação realizada no Território
	no CAPS no Territorio
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA— QTDE DATA (DD/MM) [SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
DATA (DDANA)	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA———————————————————————————————————	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE———	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. \(\textstyle	——SERVIÇO———CLASSIFICAÇÃO—
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	
	Ação realizada no CAPS Ação realizada no Território
	67 6
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	——SERVIÇO—— CLASSIFICAÇÃO—
CBO DO EXECUTANTE———————————————————————————————————	
OSC DO EXECUTANTE	Ação realizada Ação realizada no CAPS no Território
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA—	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE————	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE——CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE—	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA———————————————————————————————————	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA———————————————————————————————————	- SERVIÇO - CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE———CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE—	Ação realizada Ação realizada
	no CAPS no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA QTDE. DATA (DD/MM)	SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE ————————————————————————————————————	
	Ação realizada no CAPS Ação realizada no Território

255 / 4133-0681 - CNPJ 71.108.963/0001-71 M-40.653 em 28/03/2017.	Hércules Antônio Borges - ME - Rua Domingos Francisco, 178-A - N. Sra. da Conceição - CEP 34505-770 - Sabará - MG - Fone: (31) 3671-1255 / 400 Blocos - 25x1 vila - Notificação da Receita B - Série N - Numeração da 02.718.801 a 02.728.800 - Autorização VISA Nº M-4	- Rua Domingos Francisco, 178-A - 25x1 via - Notificação de Receita	Hércules Antônio Borges - ME 400 Blocos	
Data	Órgão Emissor: Nome do Vendedor		Identidade No:	
, ,			Telefone:	
			Endereço:	
			Nome:	1
O FORNECEDOR	DOR CARIMBO DO F	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDE	
		mitente	Assinatura do Emitente	
		Endereço:		
Posologia				
		de	De	
		Paciente:		
Dose por Unidade Posológica		_	Série N	
	Rua Dom Pedro II, 200 - Centro - Sabará - MG - Fone: 3672-7701	1		L
Quantidade e Forma farmacêutica		3 126 J	MG Nº 02 722 126	26 —
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE)	NUMERO——	
Medicamento ou Substância	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	īA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CEMAE – CENTRO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO



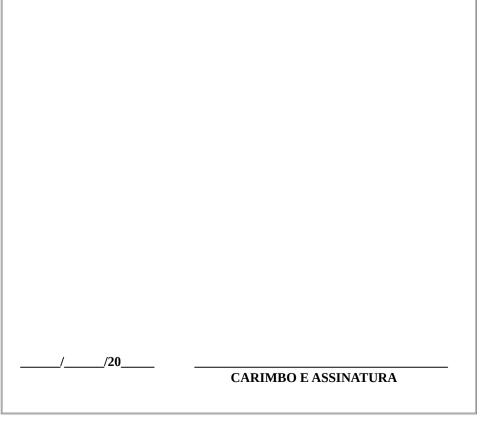
PARA O (A) SR(A):				С	ATA DE N	ASC:	PRONTUÁRIO:
ENDEREÇO:				L		FONE:	
EXAME DE REFRAÇÃO							
LONGE	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BA	ASE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO							
OLHO ESQUERDO							
PERTO	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	ВА	ASE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO							
OLHO ESQUERDO							
PACIENTE: Voltar ao co À ÓTICA: Manter as mai			entes, todas a	s vezes que	for aviada	a rece	ita.
	, de LOCAL E DA	de		CARIMBO	O E ASSINA	ΓURA DO	O MÉDICO
							MEDICO
sus	5	EFEITURA MU SECRETARIA M IRO MUNICIPAL	UNICIPAL D	E SAÚDE		00	Prefeitu sará
PARA O (A) SR(A):					ATA DE N	ASC:	PRONTUÁRIO:
ENDEREÇO:						FONE:	
		EXAME D	E REFRAÇ	ÃO			
LONGE	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BA	SE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO							
OLHO ESQUERDO							
PERTO	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BA	SE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO							
OLHO ESQUERDO							
PACIENTE: Voltar ao consultório para verificação das lentes, todas as vezes que for aviada a receita. À ÓTICA: Manter as marcações originais. OBSERVAÇÕES							
		de					
	LUCAL E DA	1A		CARIMBO	O E ASSINA	ΓURA DC	MÉDICO



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA



RECEITUÁRIO MÉDICO





Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA



RECEITUÁRIO MÉDICO

 CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE



Relação de pedidos de análise biópsia encaminhado ao Hospital Cristiano Machado

<u>UBS</u> :	Data:/
Nome legível do responsável:	
Paciente:	
Cartão do SUS:	Data de Nasc.
	/ /
End. paciente:	N°
Bairro:	Sabará/MG - CEP:
Nome da mãe:	
Telefone:	Celular:
Paciente:	
Cartão do SUS:	Data de Nasc.
End. paciente:	N°
Bairro:	Sabará/MG - CEP:
Nome da mãe:	
Telefone:	Celular:
Paciente:	
Cartão do SUS:	Data de Nasc.
End. paciente:	N°
Bairro:	Sabará/MG - CEP:
Nome da mãe:	
Telefone:	Celular:



SABARÁ, _____ DE ____

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ

SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/ RESULTADO DE EXAMES

UNIDADE DE ASSISTENCIAL	PRONTUARIO
NOME DO PACIENTE:	
IDADE: SEXO: M F CLÍNICA:	
DADOS CLÍNICOS	
MATERIAL A EXAMINAR:	
EXAMES SOLICITADOS:	
SABARÁ, DE DE 20 CARIMB	O E ASSINATURA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará	sus
SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará	sus
SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará UNIDADE DE ASSISTENCIAL	sus
SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará UNIDADE DE ASSISTENCIAL NOME DO PACIENTE: IDADE: SEXO: CLÍNICA:	sus
SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará UNIDADE DE ASSISTENCIAL NOME DO PACIENTE: IDADE: SEXO: M F CLÍNICA:	sus

_ DE 20__

CARIMBO E ASSINATURA

	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e de	a Mam
	UF Código da Unidade de Saúde (CNES)	
	Unidade de Saúde	
	Código Município Município Prontuário	
S		
<u>응</u>		
S	INFORMAÇÕES PESSOAIS	
paciente preenchidos		
pre	Cartão SUS Sexo	
<u>e</u>	Masculino Feminino	
ë	Nome Completo do(a) paciente	
g		
dap		1
٦ã	Nome Completo da Mãe	1
da mãe		
o O	Identidade Orgão Emissor UF CNPF (CPF)	
Ш		
e nome	Data de Nascimento Idade Cor/Raça	
<u>r</u> eç	Dados Residenciais	
endereço	Logradouro	
è,	Número Complemento	
дă		
o)	Bairro UF	
exames que não tiverem o nome, idade,		
Ď	Código Município Município	
E		
<u>e</u>	CEP DDD Telefone	
₹.		
ão	Ponto de Referência	
Ū.		
ank		
SS.	Escolaridade	
Ĕ	Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo	0
eXe		•
SC	DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)	
ATENÇAO: Não serão processados os	1 - Tem nódulo ou caroço na mama? 3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional	
SS	Sim, mama direita de saúde?	
90	Sim, mama esquerda Sim	
ď	Não Nunca foram examinadas anteriormente	
ão		
ser	2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama? 4- Fez mamografia alguma vez?	
ão	Sim Sim Sim. Quando fez a última mamografia?	
ž	Não	
9	Não sabe	
Č	Não sabe ** * Risco elevado são:	
ž	Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau	
胃	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 <i>in situ</i> .	

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

	INDICAÇÃO	O CLÍNICA	
5 - Mamografia diagnóstica	mama esquerda	mama direita	ambas
5a. Achados no exame clínico			
Nódulo: Localização QSL QIL QS UQsup UQmed UG Espessamento: Localização QSL QIL QS UQsup UQmed UG	inf RRA PA	Nódulo: Localização t QSL QI UQsup UC Espessamento: Localização QSL QI	Qmed UQinf RRA PA
5b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita Mama esque	rrda Mama direita	Mama esquerda nódulo	5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante
6 - Mamografia de rastreamento Data de solicitação	Examinador	Número a ser	preenchido pelo serviço de mamografia
5 - Mamografia Diagnóstica			
5a - Achados no exame clínico		de mama (os sinais e si	s mulheres com sinal e sintoma de câncer intomas contemplados no formulário são: papilar espontânea, nódulo, espessamento aclavicular)
5b - Controle radiológico de lesão ria 3 (BI-RADS)	_	Mamografia realizada em vavelmente benigna	paciente com laudo anterior de lesão pro-
5c - Lesão com diagnóstico de câ	ncer		n paciente já com diagnóstico de câncer de co, mas antes do tratamento
5d -Avaliação de resposta à quim	ioterapia neo-adjuvante	Mamografia realizada apo liação da resposta	ós a quimioterapia neo-adjuvante, para ava-
6 - Mamografia de Rastreamento		sintomas de câncer de l maiores de 35 anos cor	s mulheres assintomáticas (sem sinais e mama), com idade entre 50 e 69 anos ou m histórico familiar de câncer de mama. é sinal de câncer de mama
Localização			

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - *União dos quadrantes internos*

UQmed- União dos quadrantes internos UQmed- União dos quadrantes mediais RRA - Região retroareolar RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado



Secretaria Municipal de Saúde CEAE / CEMAE - 3674-2871 RETORNO DE CONSULTA



	RETURNO DE CONSULTA	
Nome:		
Prontuário:		
Especialidade:		
Data da consulta:	/	
Médico:		
Data do retorno:		



Secretaria Municipal de Saúde CEAE / CEMAE - 3674-2871 RETORNO DE CONSULTA



Nome:				
Prontuário:				
Especialidade:				
Data da consulta:	/	/		
Médico:			 	
Data do retorno: _	/	/		

0	20
-	30.00
	Mil.
1	***
W.	
4	40
	0 25 6

Secretaria Municipal de Saúde CEAE / CEMAE - 3674-2871 RETORNO DE CONSULTA



	RETORNO DE CONSULTA	
Nome:		
Prontuário:		
Especialidade:		
Data da consulta:		
Médico:		
Data do retorno:	1	



Secretaria Municipal de Saúde CEAE / CEMAE - 3674-2871 RETORNO DE CONSULTA



	RETORNO DE CONSULTA	303
Nome:		
Prontuário:		
Especialidade:		
Data da consulta:		
Médico:		
Data do retorno:		

	PRÉ-NATAI PARTO I	DRAMENTO E AVALIAÇÃO DO PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0
FICH	A DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE	Data do atendimento/
CIMENTO	1 Município do atendimento	2 Código do IBGE 3 Sigla da UF
DADOS DO ESTABELECIMENTO	4 Nome do Estabelecimento de Saúde	5 Código CNES 6 Nº área 7 Nº microárea
DADOS DO	8 Nome do profissional CBO	g Cartão nacional de saúde - CNS profissional
	10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante	N.º inscrição social - NIS
	Nome da gestante	Data nascimento
	Nome da mãe da gestante	15 Idade:/ menor de 15 anos
	Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)	17 Nº NIS
	Municipio de residencia: Logradouro (Rua avenida):	19 UF: 19 Código IBGE
	20 Logradouro (Rua avenida): 22 No 23 Complemento	21 Bairro: 24 Ponto de referência 25 CEP
SSOAIS	Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira	Reside no Brasil: 1 - sim / 2 -não
DADOS PESSOAIS	26 Telefone fixo	
ENAS	29 Escolaridade [0] Analfabeto [1] 1° a 4° série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau) [2] 4° série completa do EF (antigo primário ou 1° grau) [3] 5° à 8° série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau) [4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau) [5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2° grau) [6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau) [7] Educação superior incompleta [8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica 30 Estado civil/união [0] Convive com companheiro (allo(s) (2) Convive com companheiro, com filho(s) e/outros familiares [3] Convive com companheiro (amiliar(es), sem companheiro [5] Convive com companheiro (amiliar(es), sem companheiro (5] Convive com companheiro (amiliar(es), sem companheiro (5] Convive com companheiro (6] Vive só	Raça/cor (por autodeclaração): [1] branca [2] preta [3] amarela [4] parda [5] indígena [9] Ignorada
PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS	33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio 34 Livro: 35 Folha:	36 Termo 37 Data de emissão:
PREENCH UM DO	38 Identidade: Jap Data de emissão: 40 Órgão Emissor Jap UF: Carteira de traba	alho: 43 Série 44 UF: 45 CPF:
	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL	
OTN	Consulta do: [1] -1° Trimestre [2] - 2° Trimestre [3] - 3° Trimestre [9] - Ignorado 46 DUM	Peso/gramas 50 Precisa de auxílio deslocamento
ACOLHIMENTO	51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. 52 Tipo de gravidez: Dínica 53 Glavidez 54 54 54 55 55	IG (sem./dias pelo ultrassom)/ Data do ultrassom://
	56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CEDENTES CLÍNICOS
	Gestas Prévias Abortos Parto Vaginal Nascidos Vivos Vivem Diabete 2500g Ectópica 3 ou mais abortos Nascidos 1 Semana Pré-eclie	
	Partos Cesariana Nascidos mortos depois 1 Semana depois 1 Semana Cardior	isia Hipertensão
	Final da gestação anterior, < de 1 anos 2 Cesarianas prévias	

SE	NISTÉRIO DA SAÚDE ERETARIA DE ATENÇÃO Á SAÚDE SPRENATAL:		TORAMENTO E AVALIAÇÃO DO , PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0
FI	CHA DE ACOMPANHAMENTO DA	GESTANTE - Continuação	Data do atendimento//
GESTAÇÃO ATUAL	Trabalho de parto prematuro Isomunização RH Infecção urinária Oligo/polidrâmnio Alcool Cardiopatia	Rotura prematura de membranas Incontinência Istmo-Cervical HIV/AIDS Cigarros NÃO SIM Pro S Ecl	NÃO SIM Diabetes Gestacional Se, sim : Insulina Hemorragia 2° Trim. Hemorragia 3° Trim. Hemorragia 3° Trim. Hipertensão em uso de medicamento Diência doméstica Pós-Datismo
SITUAÇÃO	[1] Não vacinada INFORI [2] Imunizada a menos de 5 anos [3] Imunizada a mais e 5 anos [4] Vacinação incompleta [9] Ignorado	MA DOSE: 1ª	ORMA DOSE: 1 ^a /; 2 ^a /; 3 ^a /; DATA/
	Unidade de referência pré- natal de alto r	isco:	Código CNES:
	Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado	63 Participação em atividade educativa [1] – SIM - DATA:/ [2] – NÃO	Realizou visita à maternidade : [1] - SIM - Data:/
Š	SOLICITAÇÂ	ÃO RESULTADO	SOLICITAÇÃO RESULTADO
TESTES RÁPIDOS	65 Gravidez NÃO SIM Data:/_		NÃO SIM Data: /
TESTE	67 HIV Data:/_	/ Data:/	Data:// Data:// ITE POSITIVO)
	NÃO SIM SOLICITAÇ Ã	O RESULTADO	NÃO SIM SOLICITAÇÃO RESULTADO
TINA	Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo O Data:/_ Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL Data:/_	/ Data://	Anemia Tratada? () Sim () Não Data:/ Data:// Tratada? () Sim () Não
EX .DE RO	73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg) Data:/_ Tratada? () S	IgG Positive IgM Positive	Data:/ Data:/
	77 Anti-HIV Positivo? Data:/_ 79 Ultrassom Obstétrico Data:/_	/ Data:/	Tratada? () Sim () Não
S	SOLICITAÇÃO	O RESULTADO	SOLICITAÇÃO RESULTADO
EX. ADICIONAIS	80 Coombs Indireto positivo Data:/_ 82 Parasitologia de Fezes+ 83 TOT alterado Data:/_		
	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO RESULTADO
EX . EXAMES ESPECIAIS	Contagem de Plaquetas B6 Dosagem de Uréia Data://		Data: /
		Data:/	Data da digitação://



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO



Avenida Albert Scharlet, nº 212, Paciência, CEP: 34.535-100 Telefone: (31) 3672-6766

SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) – Formulário de Cadastro/Acompanhamento

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome Completo/Nome da Mãe/Endereço Completo	¹Faixa etária*	Data de Nascimento (dd/mm/aa)*	Data Atual (dd/mm/aa)*	Município de Nascimento*	UF de Nascimento*	Sexo (M ou F)*	²Raça*	3Documento: (1) Cartão SUS, (2) CPF ou (3) NIS*	Peso (Kg)*	Altura (metros)*	⁴ Tipo de Alimentação (apenas para crianças menores de 2 anos)*	Data da última menstruação (apenas para gestantes)*	Peso ao Nascer (g) (em gramass) (apenas para crianças)	Peso pré-stacional (Kg) (apenas para gestantes)	⁵Doenças*	⁶ Deficiências e/ou intercorrências*	IDADE
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	

Nome Completo/Nome da Mãe/Endereço Completo	¹Faixa etária*	<u>Data de Nascimento</u> (dd/mm/aa)*	<u>Data Atual</u> (dd/mm/aa)*	Município de Nascimento*	UF de Nascimento*	Sexo (M ou F)*	$^2{ m Raça*}$	³ Documento: (1) Cartão SUS, (2) CPF ou (3) NIS*	Peso (Kg)*	Altura (metros)*	⁴Tipo de Alimentação (apenas para crianças menores de 2 anos)*	Data da última menstruação (apenas para gestantes)*	Peso ao Nascer (g) (em gramass) (apenas para crianças)	Peso pré-gestacional (Kg) (apenas para gestantes)	⁵Doenças*	⁶ Defīciências e/ou intercorrências*	IDADE
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	
Nome Completo*																	
Nome da Mãe Completo*																	
Endereço Completo*																	

¹Faixa etária: (C) para criança (< 10 anos); (Ado) para adolescente (>10 e < 20 anos); (Adu) para adulto (> 20 e < 60 anos); (I) para Idoso (> 60 anos); (G) para gestante. ²Raça: (1) Branca; (2) Negra; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena. ³Documento: Colocar o número do tipo do documento entre parênteses e ao lado o número do documento. ⁴Tipo de alimentação: (1) Aleitamento materno exclusivo; (2) Aleitamento materno predominante; (3) Alimentação complementar; (4) Não recebe leite materno; (5) Sem informação. ⁵Doenças: (1) anemia falciforme; (2) diabetes mellitus; (3) doenças cardiovasculares; (4) hipertensão arterial sistêmica; (5) osteoporose; (6) outras doenças; (7) sem doenças; (8) sem informação. ⁶Deficiências e/ou Intercorrências: (1) anemia ferropriva; (2) distúrbio por deficiência de Iodo; (3) diarréia; (4) infecções intestinais virais; (5) infecção respiratória aguda; (6) hipovitaminose A; (98) outras deficiências e/ou intercorrências; (100) sem informação. *campos obrigatórios para cadastro. Para o acompanhamento, são obrigatórios todos os campos sublinhados: nome, nome da mãe, endereço, data de nascimento, data atual, peso e altura.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA SEMUSA									
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES									
UNIDADE ASSISTENCIAL CTA-SAE SE	abará	PRONTUÁRIO							
NOME DO PACIENTE									
IE-DE SEXO M	F Infectologia								
DADOS CLÍNICOS									
MATERIALA EXAMINAR SANGUE, I	URINA E FEZES								
EXAMES SOLICITADOS									
Hemograma, VDRL, TSH, T4 livre	e, EAS e EPF								
	,								
LOCAL E DATA	de 20	MBO E ASSINATURA							

Fazer no DEMAN – Coletar urina e fezes – Jeium 08 horas

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA								
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES								
UNIDADE ASSISTENCIAL CTA-SAE Sabará	PRONTUÁRIO							
NOME DO PACIENTE								
IDDE SEXO M F	CLÍNICA Infectologia							
DADOS CLÍNICOS								
MATERIALA EXAMINAR SANGUE, URINA E FEZES								
EXAMES SOLICITADOS								
Hemograma, VDRL, TSH, T4 livre, EAS e EPF								
de de 20 LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA							



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

CNS	OO PROFISSIONAL RESPONS	AVEL"	CBO.	-	CNES		INE"		, ,	DATA:	/
<u>''</u>			·		''		·		'' <u> </u>		
TURNO	D:* M(T)N				CNS D	CNS DO PROFISSIONAL CBO***					
	LOCAL DE	ATIVIDA									
Nº INE	P (ESCOLA/CRECHE)		CNES				_	<u> </u>		- -	_ _
OUTRA			''-					<u> </u>		- _	_!!
001111	. 20 0, .2.5, .5 2.										_ _
Nº DE PARTICIPANTES* N° DE AVALIAÇÕES ALTERA			TERADAS		_ _ _ _	_ _ _			_ - _	_ _	
	<u> </u>					_ _ _ _	_ _ _			- _	_ _ _
ATIVIDADE (opção única			nica)*			TEMAS	PARA REL	JNIÃO (opção	múltipl	a)***	
01	Reunião de equipe				01	Questões administrativas/Funcionamento					
02	Reunião com outras equip	es de saúd	de		02	Processos de	trabalho				
03	Reunião intersetorial/Consell	ho Local de	Saúde/Cor	ntrole social	03	Diagnóstico d	o território/	'Monitoramento	do territo	ório	
	ATIVIDADE	(opção úni	ca)*		04	Planejamento,	/Monitoram	ento das ações (da equipe	е	
04)	Educação em saúde	<u></u>			05	Discussão de	caso/Projet	o Terapêutico Si	ngular		
05					06	Educação Per	manente				
06 Avaliação/Procedimento coletivo				07	Outros						
07	Mobilização social				<u> </u>						
PÚBLICO-ALVO TEMAS PAR. (opção múltipla, obrigatório para (opção múltipla, o atividades 4, 5, 6 e 7) atividades 4, 5, 6 e 7) atividades 4, 5, 6 e 7)			, obrigatório	para		PRÁTICAS (opção única e atividade 6, e	obrigató	rio para			
01	Comunidade em geral		01	Ações de cor	mbate ao Ae	edes aegypti	01	O1 Antropometria			
02	Criança O a 3 anos		02	Agravos neg	gligenciado	S	02	Aplicação tópica de flúor			
03	Criança 4 a 5 anos		03	Alimentação	saudável		03	O3 Desenvolvimento da linguagem			
04	Criança 6 a 11 anos		04	Autocuidade doenças crô		as com	04	O4 Escovação dental supervisionada			
05	Adolescente		05	Cidadania e d	direitos hum	anos	05	Práticas corp	orais e	atividade	física
06	Mulher		06	Dependência outras droga:		baco/álcool/	06	PNCT Sessão	1		
07	Gestante		07	Envelhecime andropausa/		rio/	07	PNCT Sessão	2		
08	Homem		08	Plantas medi	cinais/fitote	rapia	08	PNCT Sessão	3		
09	Familiares		09	Prevenção da cultura da pa		promoção da	09	PNCT Sessão	4		
10	Idoso		10	Saúde ambie	ntal		10	Saúde auditiva	э		
11	Pessoas com doenças crô	nicas	11	Saúde bucal			11	Saúde ocular			
12	Usuário de tabaco		12	Saúde do tra	balhador		12	Verificação da	situação	vacinal	
13	Usuário de álcool		13	Saúde menta	ıl		13	Outras			
14	Usuário de outras drogas		14	Saúde sexual	e reproduti	va	14	Outro procedi		oletivo	
15	Pessoas com sofrimento o transtorno mental	ou	15	Semana saúd	le na escola		14	Código do			
16	Profissional de educação		16	Outros							
17	Outros										

1/2 FAC/e-SUS AB v.2.1

Obrigatório somente para antropometria

<u></u>		DATA DE	4.4	AVALIAÇÃO	PESO	ALTURA	PROGRAMA NA	
Nº	CNS DO CIDADÃO***	NASCIMENTO**	SEXO**	ALTERADA	(kg)	(cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	FM					
2		/ /	F M					
3		/ /	FM					
4		/ /	FM					
5		/ /	FM					
6		/ /	F M					
7		/ /	F M					
8		/ /	FM					
9		/ /	F M					
10		/ /	FM					
11		/ /	FM					
12		/ /	FM					
13		/ /	FM					
14		/ /	FM					
15		/ /	FM					
16		/ /	FM					
17		/ /	FM					
18		/ /	F M					
19		/ /	F M					
20		/ /	F M					
21		/ /	F M					
22		/ /	F M					
23		/ /	F M					
24		/ /	FM					
25		/ /	F M					
26		/ /	F M					
27		/ /	F M					
28		/ /	F M					
29		/ /	F M					
30		/ /	F M					
31		/ /	FM					
32		/ /	F M					
33		/ /	F M					
34		/ /	F M					
35		/ /	FM					

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

2/2 FAC/e-SUS AB v.2.1

^{**}Campo obrigatório ao informar lista de participantes ***Campo com obrigatoriedade condicionada



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

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

CNS DO PROFISSIONAL*				СВО	*				С	NES*					INE	*					D	ATA:*				
				_	_ _	_ -				_ _		_ _	_			_ _	_ _	_ _	_ _	_			/	/		
=		N	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		TUR	NO*	MTN		MTN	MTN	MTN	MTN		MTN	MTN	MTN						MTN		MTN					
		MICRO																								<u> </u>
		TIPO DE	IMÓVEL*															<u> </u>								
		Nº PRON	TUÁRIO																							
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																										
Data	de	nascimento**	Dia/mês Ano	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sexo*	* (F) Feminino (M) Masculin		(F) (M)	F)(M)	F) (M)	F)(M)	(F) (M)	F) M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M	(F) (M)	F) (M)	FM	(F) (M)										
		mpartilhada com ou																								
	Cad	astramento/Atualiza	ação																							
\	/isit	ta periódica																								
	ativa	Consulta																								
* B	a ati	Exame																								
visi	Busca	Vacina																								
da	•	Condicionalidades	do Bolsa Família																							
Motivo da visita*	알	Gestante																								
Σ	Gestante Puérpera Recém-nascido Criança Pessoa com desnutricão																									
.	anh	Recém-nascido																								
	d d u	Criança																								
	Αcc	Pessoa com desnu	trição																							

$\overline{}$			Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Pess	oa em reabilitação ou com deficiência																							
		Pess	oa com hipertensão																							
		Pess	oa com diabetes																							
		Pess	oa com asma																							
		Pess	oa com DPOC/enfisema																							
		Pess	oa com câncer																							
	ıto	Pess	oa com outras doenças crônicas																							
	me	Pess	oa com hanseníase																							
	Acompanhamento	Pessoa com tuberculose																								
	dwc	Sintomáticos respiratórios																								
*"	Ace	Taba	Tabagista																							
visit		Domiciliados/Acamados																								
o da		Condições de vulnerabilidade social																								
Motivo da visita*		Condicionalidades do Bolsa Família																								
Σ		Saúde mental																								
		Usuá	rio de álcool																							
		Usuá	rio de outras drogas																							
	:	_	Ação educativa																							
	trole	enta orial	Imóvel com foco																							
	Con	ambiental/ vetorial	Ação mecânica																							
		ro	Tratamento focal																							
	Egre	esso d	e Internação																							
	Con	vite at	ividades coletivas/campanha de saúde																							
	Orie	ntaçã	o/prevenção																							
	Out	ros																								
Antre	nom	etria	Peso (kg)																							
	Antropome		Altura (cm)																							
Desfecho*	Visit	ta real	izada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sfec	Visit	ta reci	usada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u> </u>	Ausente				\bigcirc										\bigcirc		\bigcirc		\bigcirc	\bigcirc						

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada) Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, 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 medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros Campo III: campo numérico
*Campo obrigatório
**Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

Prefeitura Municipal de Sabará Laboratório de Análise Clínicas - FUNED

Nome:
Data do exame:/
TELEFONE PARA CONTATO: 3672-7736 Obs: O paciente deverá aguardar contato do laboratório que será feito por telefone. É necessário apresentar CL na entrega

MINISTERIO DA S	AUDE	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama
UF	Código da Unidade de Saúde (CNES)	
Unidade de Saúde		
Código do Município	Município	Prontuário
	INFORM	MAÇÕES PESSOAIS
Cartão SUS		exo
		Masculino Feminino
Nome completo do(a) paciente		
	Ar	pelido do(a) paciente
Nome completo da mãe		
Identidade	Órgão Emissor	UF CNPF (CPF)
Data de Nascimento	Idade Cor/Rag	Ça .
		anca Preta Parda Amarela Indígena
Dados Residenciais		
Logradouro		
,		
Número	Complemento	
		Bairro UF UF
Código do Município	Município	Bairro UF UF
Coulgo do Montcipio		
CEP		DDD Telefone
Ponto de Referência		
ESCOLARIDADE: Analfabeta	Ensino Fundamental Incompleto Ensin	no Fundamental Completo 🔲 Ensino Médio Completo 🔲 Ensino Superior Completo
	<u> </u>	ADOS CLÍNICOS
1. Tipo de Exame histopato		5. Detecção da lesão:
Revisão de lâmina		Exame Clínico da Mama Imagem (não palpável)
Imunohistoquímica		
Biópsia / Peça		5a.Diagnóstico de Imagem
		□ w 1.46 □ w/1.1
2. Apresenta risco elevado*	para câncer de mama?	☐ Microcalcificação ☐ Nódulo
Sim		□ Distorção □ Assimetria
∟ Não		
Não sabe		6. Característica da lesão
* Risco elevado são:		MAMA DIREITA MAMA ESQUERDA
	pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico	
- câncer de mama antes dos 50 a	anos de idade;	Locunzação
- câncer de mama bilateral ou câ	âncer de ovário em qualquer faixa etária;	□ QSL □ QIL □ QSM □ QIM
Mulheres com história familiar de	e câncer de mama masculino; ológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neopla	UQlat UQsup UQmed UQinf
lobular <i>in situ</i>	piogico de lesdo inalitaria promerativa com aripia ou neopia	usia L RRA L PA
		TAMANHO
3. Você está grávida ou am	amentando?	□ > 5 a 10cm □ > 10cm
Sim		
☐ Não		7. Linfonodo axilar palpável?
Não sabe		Sim
1 Tratamento	a câncor do mama?	☐ Não
4. Tratamento anterior para	a cancer de mama:	8. Material enviado procedente de:
☐ Sim		Biópsia incisional Excisão de ductos principais
∟ Não		
4a. Tipo de tratamento		☐ Biópsia excisional ☐ Mastectomia glandular
Cirurgia mesma mama	Radioterapia mesma mama	🔲 Biópsia por agulha grossa (core biopsy) 🔲 Ressecção segmentar com esvaziamento axi
Cirurgia outra mama	Radioterapia outra mama	☐ Biópsia estereotáxica ☐ Mastectomia simples
Quimioterapia	Hormônio	
r ·		Ressecção segmentar Mastectomia radical e radical modificada
Data da Coleta		

IDENTIFICAÇÃ O) DO LABORATÓRIO
CNPJ do Laboratório Número do	Exame
Nome do Laboratório	Recebido em:
	LTADO
Procedimento cirúrgico	
Biópsia incisional Biópsia excisional Biópsia por agulha grossa (core biops	<u> </u>
Excisão de ductos principais Mastectomia glandular Ressecção segmentar com	esvaziamento axilar 🔲 Mastectomia simples 🔲 Mastectomia radical e radical modificad
Recebido em	
	CROSCÓPICO
Adequabilidade do material	
Satisfatória Insatisfatória por	
TAMANH	D DO TUMOR
Dimensão máxima tumor dominante	Dimensão máxima tumor secundário
☐ < 2cm ☐ 2 - 5cm ☐ > 5cm ☐ Não avaliável	☐ < 2cm ☐ 2 - 5cm ☐ Não avaliável
EXAME MI	CROSCÓPICO
MICROCALCIFICAÇÕES	
Sim Não	OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS Multifocalidade do tumor Sim Não Não avaliável
LESÃO DE CARÁTER BENIGNO	Multicentricidade do tumor Sim Não Não avaliável
Hiperplasia ductal sem atipias	Grau histológico 🔲 I 📗 III 🔲 Não avaliável
Hiperplasia ductal com atipias	Invasão vascular Sim Não Não avaliável
Hiperplasia lobular com atipias	Infiltração perineural Sim Mão Mão avaliável
Adenose, SOE Lesão esclerosante radial	Embolização linfática Sim Não Não avaliável
Condição fibrocística	Extensão do tumor: Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração
Fibroadenoma	Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração Não Não avaliável
Papiloma solitário	Hub Mularel —
Papiloma múltiplo Papilomatose florida do mamilo	Mamilo Sim Não Não avaliável
Mastite	Músculo peitoral Sim Não Mão avaliável
Outros	Fáscia do peitoral Sim Não Não avaliável
LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)	Gradil costal Sim Não Não avaliável
Carcinoma intraductal (in situ) de baixo grau histológico	Margens Cirúrgicas Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Mão avaliável Linfonodos Supraclaviculares
Carcinoma intraductal (in situ) de grav intermediário Carcinoma intraductal (in situ) de alto grav histológico	Número de linfonodos avaliados
Carcinoma initiadactai (iii sino) de uno grad inisiologico Carcinoma lobular in situ	Número de linfonodos comprometidos:
Doença de Paget do mamilo sem tumor associado	□ 0 (zero) □ 1 a 3 □ 4 a 10 □ mais de 10
Carcinoma ductal infiltrante	Presença de coalescência linfonodal 🔲 Sim 🔲 Não 🔲 Não avaliável
Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante Carcinoma lobular invasivo	Extravasamento da cápsula linfonodal Sim Não Não avaliável
Carcinoma tubular	Receptores hormonais: Receptor de estrógeno Positivo Negativo NR
Carcinoma mucinoso	Receptor de progesterona Positivo Negativo NR
Carcinoma medular	Outros estudos imuno-histoquímicos:
TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO	Sim, especifique
Sim - especifique	☐ Não
Não Não	Observações
Data da liberação do resultado	
Médico Responsável pelo resultado CRM	CNPF(CPF)
Localização	
QSL - Quadrante superior lateral UQsup - União dos qu	uadrantes superiores

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQmed - *União dos quadrantes mediais* **UQinf -** *União dos quadrantes inferiores*

RRA - Região retroareolar PA - Prolongamento axilar

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Data da coleta*

____ / ___

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO MINISTÉRIO DA SAÚDE Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero UF CNES da Unidade de Saúde (nº gerado automaticamente pelo SISCAN) Unidade de Saúde Município Prontuário INFORMAÇÕES PESSOAIS Cartão SUS* Nome Completo da Mulher Nome Completo da Mãe Apelido da Mulher Nacionalidade Data de Nascimento Idade Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indíaena/Etnia Dados Residenciais Logradouro Número Complemento Bairro Código do Município Município CEP DDD Telefone Ponto de Referência ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO* RESULTADO NORMAL / BENIGNO ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia LESÃO SUGESTIVA DE CÂNCER (CITO NÃO REALIZADO) RESULTADO ALTERADO: intra-epitelial cervical grau I) Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III) CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) Carcinoma epidermóide invasor Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES Glandulares: Possivelmente não neoplásicas Adenocarcinoma "in situ" Não se pode afastar lesão de alto grav Cervical Adenocarcinoma invasor: Endometrial De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas Sem outras especificações Não se pode afastar lesão de Outras neoplasias malignas. Quais? alto grav INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICOS DO COLO DO ÚTERO 1. Achados colposcópicos (informe o achado mais importante)* 2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:* 3. Procedimento:* Normal Satisfatória ZT completamente visível e ectocervical Biópsia Exerese da Zona de Anormal Alterações Menores (sug. Baixo grau, Grau I) (ZT tipo I) Transformação Alterações Maiores (sug. Alto grau; Grau II) Satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II) Ver e Tratar Sugestivo de câncer JEC até 1 cm do canal Pós biópsia Miscelânea (condiloma, sequela pós tratamento, pólipo, JEC além de 1 cm do canal Conização estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose) Insatisfatória Outras ZT não visível ou parcialmente visível Nota: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos (predom./complet endocervical)(ZT tipo III) em outras localizações anatômicas Atrofia/Inflamação severa/trauma colo/ cérvice (vulva, vagina). não visível (colposcopia inadequada) Informações adicionais para o patologista

Responsável*

IDENTIFICAÇÃO	DO LABORATÓRIO
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório	
RESULTADO DO EXAME HISTO	PATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO
Tipo de procedimento cirúrgico*	THIOLOGICA COLO DA OTENO
☐ Biópsia ☐ Exerese da Zona ☐ Conização ☐ Histerectomia ☐ Histere	ectomia c/anexectomia
MACROSCOPIA	
Tipo de material recebido: Biópsia, número de fragmentos	nção escamo-colunar
*Adequabilidade do material Satisfatório Insatisfatório. Especificar_	
MICROSCOPIA Lesões de caráter benigno Metaplasia Escamosa Cervicite crônica inespecífica Pólipo Endocervical Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação vira Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico NIC I (displasia leve)	I (HPV)
NIC II (displasia moderada) NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ) Carcinoma epidermóide microinvasivo Carcinoma epidermóide invasivo Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão Adenocarcinoma in situ Adenocarcinoma invasor Outras neoplasias malignas	
Grau de diferenciação Não se aplica Bem diferenciado (Grau I) Pouco diferenciado (Grau III) Indiferenciado (Grau IV)	re diferenciado (Grau II)
Dados em relação à extensão do tumor: Infiltração Profundidade da invasão mm Vascular Sim Não Corpo uterino Si Peri-neural Sim Não Vagina Si Parametrial Sim Não Linfonodos regionais examinados e comprometidos	
Margens cirúrgicas Livres Comprometidas Impossível de serem avaliadas Diagnóstico Descritivo	
Controle de representação histológica* Fragmentos Blocos	
Data do resultado*	
Responsável*	

SUS

Estado de Santa Catarina Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICI	TANTE)
-1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE-	2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
3 - NOME DO PACIENTE	—4 - № DO PRONTUÁRIO—
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO 8 -RAÇA/COR
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)————————————————————————————————————	Masc. Fem.
9 - NOME DA MÃE	DDD 10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - ENDEREÇO (RUA, №, BAIRRO)	DDD Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, DAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA————————————————————————————————————	GE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP
PROCEDIMENTO COLLOITADO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO——NOME DO PROCEDIMENTO—	QTDE-
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO——NOME DO PROCEDIMENTO—	QTDE
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITA	ADO(S)
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO————————————————————————————————————	CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANANNESE E EXAME FÍSICO	
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO	
SOLICITAÇÃO NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE— DATA DA SOLICITAÇÃO— DATA DA SOLICITAÇÃO—	-ASSINATURA E CARIMBO
Nome por noneconte socionania	/ SON WIGHT E SALLINGE
AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR————————————————————————————————————	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
NOWE DO PROFISSIONAL AUTORIZADON COD ORGAO ENVISSOR	
DOCUMENTO NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
() CNS () CPF	
DATA DA AUTORIZAÇÃO ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
	/ / a / /
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXEC	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE—	CNES

LEMBRETE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANEXA:

- () Xerox atual do comprovante de endereço **em nome do paciente.**
 - Criança menores de 13 anos : xerox da identidade ou certidão de nascimento da criança e xerox da identidade da mãe.
 - Se o comprovante estiver em nome do pai, trazer certidão de casamento .
 - Se o paciente mora de aluguel e não possuir comprovante de endereço em seu nome, trazer cópia do contrato de locação ou Declaração de Abrangência na Unidade de Saúde.

() Xerox da RG do paciente (frente e verso);
() Xerox do Cartão do SUS;
() Carimbo e assinatura do médico solicitante;
() Carimbo e assinatura da chefia imediata;
() CPF do médico solicitante;
() Carimbo da Un. de Saúde que encaminhou o pedido
() Telefones do paciente.

LEMBRETE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANEXA:

- () Xerox atual do comprovante de endereço **em nome do** paciente.
 - Criança menores de 13 anos : xerox da identidade ou certidão de nascimento da criança e xerox da identidade da mãe.
 - ✓ Se o comprovante estiver em nome do pai, trazer certidão de casamento .
 - Se o paciente mora de aluguel e não possuir comprovante de endereço em seu nome, trazer cópia do contrato de locação ou Declaração de Abrangência na Unidade de Saúde.

() Xerox da RG do paciente (frente e verso);
() Xerox do Cartão do SUS;
() Carimbo e assinatura do médico solicitante;
() Carimbo e assinatura da chefia imediata;
() CPF do médico solicitante;
() Carimbo da Un. de Saúde que encaminhou o pedido
() Telefones do paciente.

LEMBRETE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANEXA:

- () Xerox atual do comprovante de endereço **em nome do paciente.**
 - Criança menores de 13 anos : xerox da identidade ou certidão de nascimento da criança e xerox da identidade da mãe.
 - Se o comprovante estiver em nome do pai, trazer certidão de casamento .
 - Se o paciente mora de aluguel e não possuir comprovante de endereço em seu nome, trazer cópia do contrato de locação ou Declaração de Abrangência na Unidade de Saúde.

() Xerox da RG do paciente (frente e verso);

`	. /		`	<i>**</i>
() Xerox do Cartão d	o SUS;		
() Carimbo e assinatu	ıra do m	édico solicita	nte;
() Carimbo e assinatu	ıra da cl	nefia imediata	;
() CPF do médico so	licitante	;	
() Carimbo da Un. de	Saúde	que encaminh	ou o pedido
() Telefones do pacie	nte.		

LEMBRETE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANEXA:

- () Xerox atual do comprovante de endereço **em nome do paciente.**
 - Criança menores de 13 anos : xerox da identidade ou certidão de nascimento da criança e xerox da identidade da mãe.
 - ✓ Se o comprovante estiver em nome do pai, trazer certidão de casamento .
 - ✓ Se o paciente mora de aluguel e não possuir comprovante de endereço em seu nome, trazer cópia do contrato de locação ou Declaração de Abrangência na Unidade de Saúde.

() Xerox da RG do paciente (frente e verso);
() Xerox do Cartão do SUS;
() Carimbo e assinatura do médico solicitante;
() Carimbo e assinatura da chefia imediata;
() CPF do médico solicitante;
() Carimbo da Un. de Saúde que encaminhou o pedido
() Telefones do paciente.



Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde



Atenção Básica
Rua Albert Scharlet – Paciência – Sabará – MG – CEP: 34.534-100 - Telefone (31) 3672-7709/3674-2872/3672-9442

MAPA DE ACOMPANHAMENTO / BOLSA FAMÍLIA

	UNIDADE:			D A	ATA DO	ENVI(D:	/	/	
NIS	NOME	DN	DATA DE ACOMPANHAMENTO	PESO (KG)	ESTATURA	VACINAÇÃO EM DIA (1) SIM (2) NÃO	ALEITAMENTO MATERNO	(1) GESTANTE (2) NÃO GESTANTE (3) NÃO PODE SER GESTANTE	SE GESTANTE (1) PRÉ-NATAL (2) SEM PRÉ- NATAL	DUM

NIS	NOME	DN	DATA DE ACOMPANHAMENTO	PESO (KG)	ESTATURA	VACINAÇÃO EM DIA (1) SIM (2) NÃO	ALEITAMENTO MATERNO	(1) GESTANTE (2) NÃO GESTANTE (3) NÃO PODE SER GESTANTE	SE GESTANTE (1) PRÉ-NATAL (2) SEM PRÉ- NATAL	DUM

MARCAÇÃO DE CONSULTA	MARCAÇÃO DE CONSULTA
Esp.:	Esp.:
Dr.(a):	Dr.(a):
Nome:	Nome:
Data:/ Hora:	Data:/ Hora:
Ass.:	Ass.:
MARCAÇÃO DE CONSULTA	MARCAÇÃO DE CONSULTA
Esp.:	Esp.:
Dr.(a):	Dr.(a):
Nome:	Nome:
Data:/ Hora:	Data:/ Hora:
Ass.:	Ass.:
MARCAÇÃO DE CONSULTA	MARCAÇÃO DE CONSULTA
-	
Esp.:	Esp.:
Dr.(a):	Dr.(a):
Nome:	Nome:
Data:/Hora:	Data:/ Hora:
Ass.:	Ass.:
MARCAÇÃO DE CONSULTA	MARCAÇÃO DE CONSULTA
Esp.:	
	Esp.:
	Esp.: Dr.(a):
Dr.(a):	Dr.(a):
	Dr.(a): Nome:
Dr.(a): Nome: Data: /	Dr.(a):
Dr.(a): Nome:	Dr.(a): Nome:
Dr.(a): Nome: Data: /	Dr.(a): Nome: Data:/ Hora: Ass.:
Dr.(a): Nome: Data: /	Dr.(a):
Dr.(a): Nome: Data: Ass.: MARCAÇÃO DE CONSULTA Esp.:	Dr.(a): Nome: Data:/ Hora: Ass.:
Dr.(a): Nome: Data:/ Hora: Ass.: MARCAÇÃO DE CONSULTA	Dr.(a): Nome: Data: / Hora: Ass.:
Dr.(a):	Dr.(a): Nome: Data:/ Hora: Ass.: MARCAÇÃO DE CONSULTA Esp.: Dr.(a): Nome:
Dr.(a): Nome:	Dr.(a): Nome: Data: / Hora: Ass.: MARCAÇÃO DE CONSULTA Esp.: Dr.(a):
Dr.(a):	Dr.(a): Nome: Data:/ Hora: Ass.: MARCAÇÃO DE CONSULTA Esp.: Dr.(a): Nome:



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:	DATA:
	/ /
CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

	ARTAO SUS DO PROFISSIONAL: CBO: Cod. CNES UNIDADE: Cod. EQUIPE (INE):		DAIA:	
			/	
Nº CART	ÃO SUS:			
Nome do	o Cidadão:*			
Data de	Nascimento:* / / Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento:*			
	A criança ontem tomou leite do peito?	Sim	Não	
	Ontem a criança consumiu:			
*	Mingau	Sim	Não	Não Sabe
, RES	Água/chá	Sim	Não	○ Não Sabe
SES	Leite de vaca	Sim	Não	Não Sabe
S ME	Fórmula Infantil	Sim	○ Não	Não Sabe
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	Suco de fruta	Sim	Não	Não Sabe
IAN			<u> </u>	
CR	Fruta	Sim	○ Não	Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	Sim	○ Não	Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	Sim	Não	Não Sabe
	A criança ontem tomou leite do peito?	Sim	○ Não	Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	Sim	Não	Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	3 vezes	s ou mais	Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	Sim	○Não	Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	3 vezes	s ou mais	◯ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	icada OS	ó o caldo	Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
**	Outro leite que não o leite do peito	Sim	Não	Não Sabe
ESE	Mingau com leite	Sim	Não	Não Sabe
3 M	logurte	Sim	Não	Não Sabe
A 2	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	Sim	Não	○ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	Sim	Não	○ Não Sabe
ÇAS	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	Sim	Não	
ANG	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	Sim	Não	○ Não Sabe
CR	Fígado	Sim	Não	○ Não Sabe
	Feijão	Sim	○ Não	○ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	Sim	○ Não	○ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	Sim	Não	○ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha,	Sim	Não	Não Sabe
	suco de fruta com adição de açúcar)		○ Não	
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Sim		Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	Sim	○ Não	Não Sabe
*,	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim	Não	Não Sabe
MAIS OS,	Quais refeições você faz ao longo do dia? Café da manhã Lanche da manhã Almoço L	anche da tar	de Ja	ntar Ceia
OU N JLT(SOS	Ontem você consumiu:			
OS (ADI	Feijão	Sim	Não	Não Sabe
AN(ES,	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	Sim	Não	Não Sabe
M 2	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	Sim	○Não	Não Sabe
COI	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	Sim	○Não	○ Não Sabe
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	Sim	○Não	○ Não Sabe
NAN A	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Sim	○Não	○ Não Sabe
Ċ	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	Sim	○Não	○ Não Sabe

Legenda:
Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
* Campo Obrigatório
** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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

MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE MÉDICO CLÍNICO

RESPO	NSÁV	EL PEI	LO PR	EEN	CHIMENT	го							ı	UNIDA	DE									
CATEGORIA: 223115 – MÉDICO CLÍNICO]	DATA	۸:										
CATE	GORI	IA: 22	3115 -	- ME	EDICO C	LINICO												/				/		
			_						_	REC	GISTRO	_		RIO										
1			3			5			7			9				11				13			15	
2			4			6			8			10)			12	\perp			14				
		01	02	,	03	04	0	5	06		07		08	0	9	10	,	11		12		13	14	15
SEXO						"		+									_						1	
IDADE	3																							
			l																					
			CDEC	IFIC	AÇÕES						F	REGIS	TRO	DE AT	IVIDA	ADES 1	REAL	IZADA	AS				CÓD.	TOTAL
								01	02	03	3 04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	сов.	TOTAL
ATIVID	ADE 1	EDUCA	TIVAS	S/OR	IENTAÇÕ	DES EM	GRUPO																0101010010	
VISITA																							0101030029	
ATIVID																							0101010036	
AVALIA								+-															0101040024	
AFERIC	,AU L	DE PRE	_		TA MÉDI	ICA.																	0301010039	
					LÍNICO F		re																0301010004	
					LIAR	CIVITAL	-																0301010033	
CO	NSUL	LTA	-		BERCULO	OSE																	0301010021	
			HAN	NSEN	NÍASE																		0301010064	
			TRA	AT (S	UP.E CUR	RA) TUB	ER.																0301010013	
			VIO	LÊN	CIA																			
MO	TIVO	DA	EXC	c. su	TURA, L	ESÃO N	A BOCA																0404020097	
CO	NSUL	LTA	ELE	ETRO	CARDIO	GRAM	A																0211010036	
			OUT	TROS	S																			
		1							1	_			1											T
		DENG		E3.40	pp í cic	•				-	-												0303010010	
			ENÍAS		RRÁGICA	A																	0303010029 0303010088	
					(POR DIA	1)																	0303010088	
Т		MICO		ODL	(FOR DE																		0303010169	1
R A				IFEC	. INTEST	INAL																	0303010061	
T A					ÇAS BACT		AS																0303010037	
M		INFE	C. DE T	ΓRΑΝ	NSMISSÃ	O SEXU	AL																0303010126	
E N		HEPA	TITES	VIR	AIS																		0303010118	
T O		OUTR	AS DO	DENÇ	Ç. CAUSA	DAS PO	R VÍRUS																0303010193	
		ANEM	IIA NU	JTRI	CIONAL																		0303020059	
A C		DIAB	ETES																				0303030038	
О			UTRIÇ																				0303030020	
M P					ETABÓLI						-												0303030046	
A N					O DO MIO		10			+													0303060190	1
H A					CARDÍA	CA				+	+												0303060212	
M E					NSIVA NSÃO SE	CINDÁ	DIA			+	+												0303060107 0303060182	
N T			ARDI			CONDA	1117			+	+												0303060182	
0					CIAS CLÍ	NI. GRA	VIDEZ			+	+												0303100044	
					J INFLUE					+	+												0303140151	
			AIDS)								1												0303180072	
		OUTR								\top													0401010023	

CU RA TI VO	EM PEQUENO QUEIMADO									0413010058	
	C/ OU SEM DEBRIDAMENTO (POR PAC.)									1010400015	
	OUTROS									0401010023	
						•					
	ALTA										
	RETORNO										
C	ENCAMINHAMENTO P/ ESPECIALIDADE										
O D	ENCAMINHAMENTO P/ URGÊNCIA										
U T	SOLICITAÇÃO DE PATOLOGIA CLÍNICA										
A	SOLICITAÇÃO DE IMAGENOLOGIA										
	SOLICITAÇÃO DE US OBSTÉTRICO										
	SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR										



0101010010

0201020041

0201020033

0201020050

0214010015

0202030245

0301030154

0101010010 0301100136 0301100144 0101010036

	_					WO	VIII) IN	ent Divi	O Di DUA	IÁRIC L DE	DE/ Emf	IPM		:NTO		1. 10 1. 10			
RE	SPONSÁVEL F	PELO PRE	ENC	TMEN	OTV						U	NIDAD						DATA	-
CATEG 223505	ORIA - ENFERMEIR	O 223545	- ENF	ERM	EIRO	OBS	TÉTR	RICO	22350	C1 - EN	IFERM:	EÍRO S	AÚDE	DA FA	MÍLIA	22350		VEERMEIRO O	
											TUÁRIC						72		OTAGG
01 02	03			05			07		310110	0	9		11	1		13	1	15	V
02	04		- 1.	06			08	<u> </u>		1	0		12	<u> </u>		14	I		
0=1/-	01	02	03	()4	05	5	06		07	08		09	10	1		12	13 14	1 15
SEXO				-							<u> </u>	_							
				1	1				1				1		1			I	
	ESPECIFICAÇÕE		01	02	03	04	05	REGIS 06	TRO [08 OS	VIDADE:	3 REALI			1 40			CÓD	TOTAL
	ÃO ANTROPOM					04	00	- 00	107	00	09	10	11	12	13	14	15	0101040024	<u> </u>
AFERIÇA ARTERIA	ÃO DE PRESSÃO AL																	0301100039	9
		SC/ID		ļ			ļ	ļ				` <u> </u>						0301100020	
		IM						_				ļ			-			0301100020	
ÇÃO	INJETAVEIS	EV							,'									0301100020	
MEDICAÇÃO	ORAL/INSTILA	ÇÃO																0301100020	
	PARA TUBERO																	0301100020	
	PARA HANSEN															- /		0301100020	
	ÃO/NEBULIZAÇÃO	D 						ļ										0301100101	
TRO	OIMPLEO																	0301100187	
o o	SIMPLES PEQUENO QUI	F1848 D.O.															7144	0401010023	
ATIN							<u> </u>							ļ.,				0413010058	
CURATIVO	ACOMP. PACIE PEQUENO QUI DRENAGEM/																	0413010040	
	DREBRIDAMEN	NTO																0401010031	
γDΑ	PONTOS												~					0301100152	
RETIRADA	CORPO ESTRA	OHMA								.,,,								0404010300	
₫		•				~~~~~													
	RECEM-NASCI DESNUTRIDOS		<u> </u>							*******								0101030010	
₹ E	ACAMADOS																	0101030010 0101030010	
VISITA	P/ TUBERCULO P/ HANSENIAS		ļ															0101030010	
	OUTROS MOTI										. ,,,,							0101030010 0101030010	
NA NA	HIPERTENSOS	3									 -							0101030010	
ATIVIDADE EDUCATIVA NA COMUNIDADE	DIABÉTICOS																-	0101010010	
ATTV OUC	SAÚDE DO IDO	oso																0101010010	
ᇤᆼ	NÃO ESPECIEI	CADO		1 7	I	1	- 7	7		-								·	

NÃO ESPECIFICADO

MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL PREVENTIVO

TESTE PEZINHO

COLETA

TESTE GLICOFITA

REALIZAÇÃO DE PPD

ACOMP. EM TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA

AMIJOLANCIA
ATIVIDAS EM GRUPO/
ORIENTAÇÃO EM GRUPO
ORDENHA MAMARIA
OXIGÊNIO TERAPIA
ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO

			RELAÇÃO D	O NÚMERO DE SISPRE	EMATAL.		
01	03	05	07	09	- 711	13	15
02	04	06	08	10	12 1	14	

		SPECIFICAÇÕES				· .		04	REG 05	ISTR 06	O DĀ Loz.	S ATIV	ADADE 09	3 REA	\LIZA 11	DAS 12	13	14	15	CÓD	TOTAL
	ACOLHIMENTO	1ª VEZ SUBSEQUENTE		-		-			-				·	7		<u> </u>				0301010030	
	ATENDIMENTO DOMICILIAR	1º VEZ SUBSEQUENTE						ļ			,		,			Ì				0301010137	
	ATENDIMENTO PRE-NATAL	1" VEZ SUBSEQUENTE				-														0301010110	
	ATENDIMENTO PUERPÉRIO	1º VEZ SUBSEQUENTE										<u> </u>		-						0301010080	
		PUERICULTUR/	4												١	<u> </u>			,	0301010080	
JAL		PUERICULTURA CRITÉRIO DE R	RISCO É	C/													ļ			0301010080	
ΜŽ	0	DESNUTRIÇÃO IVAS									_	<u> </u>							<u> </u>	0303030020	
2		ASMA QUADRO AGUD	00						ļ		,	ļ	-						<u> </u>		
E N	Ö	PARASITOSE IN	VTERTINAL	7Å				ļ			F.	ļ									
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	ATE	(GRIPE)										ļ								Irea Fra yeagers (S).	
EN I	000	DOENÇA DE PE ESPECÍFICO D	A ADOLES	CÊNCIA				<u> </u>					-								
∢.	٩ÇÃ	NEGLIGÊNCIA PLANEJAMENT						 	 ,			-								and the second s	
		CLIMATÉRIO TUBERCULOSI						<u> </u>												0303010215	
	ESPECIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO	HANSENIASE HIPERTENSÃO							[-											0303010088	
	Ш	DIABETES			-			ļ	_					<u> </u>		<u> </u>	ļ			0303030038	
		ATENDIMENTO DST/AIDS	3" IDADE									<u> </u>								0303180072	
		OUTROS 1° TRIMESTRE				+-							ļ								
	3	2° TRIMESTRE 3° TRIMESTRE										1									1
		RISCO GESTA (BR) BAIXO RI	CIONAL	ALTO																100 mm 1	
		RISCO TIPO DE PART (PH) PARTO H		PARTO		-															
0		DOMIC. NÚMERO DE	1 A 3			1	ļ		<u> </u>	-				ļ				1			
AEN.		CONSULTAS (INCLUINDO	4 A 6		<u> </u>	-				<u> </u>		ļ								Section is a	
HON] JAT	ESTA)	ABO/RH															<u> </u>			
MOTIVO DO ATENDIMENTO	PRÉ-NATAL	ADO	VDRL URINA			-												-			
op	<u>0</u>	ALIZ	GLICEMI HB	Α																	
\ILC		- N.	HT Hbs Ag																	60 22 35 EST (21 5	
≥		COL	IGM Toxo			-	-		,										 	200000000	
		EXAME PROTOCOLO REALIZADO		1º			 														
		П С С	ANIC	DOSE 2ª		-	1		\vdash									1	╁~~		
		XAM	VACINA ANTITETÂNICA	DOSE REFOR-		-													-		
			1	ÇO IMUNE	<u> </u>	1				<u> </u>		ļ	ļ								2
	ABORDAGEM CO FUMANTE	ONGNITIVA COMP	ORTAMEN	TO DO																control of the contro	
		DE MEDICAMEN GASTRICA	ITO				-	+						-					ļ	0301100020 0301100179	
	SONDA	PASSAGEM D ENTERICA		VASO																0309010101	
		IDENTIFICAÇA TUBERCULOS																		0301010021	
	LTA	AVALIAÇÃO C FUMANTE																		0301010099	
	CONSULTA	CADASTRO D			-			-	-	-						b .				0801010012 0801010020	
	8	CONSULTA D	E PACIENT	E					1-			1				1	 	1		0301010013	
		DOMICILIAR		EK.)			-	1_	<u> </u>						ļ	ļ		<u> </u>		0301010037	
			TA ETORNO			L		1		<u> </u>											
	CONDUT	TA EN	NCAMINHAI RGÊNCIA/E ADE																		

MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTÉTRICO

<u>.</u>	RES	SPONSÁ	VEL PELC	PREEN	CHIMENT	0				1U	NIDADE				DATA	
CATE	GORIA	\	71.2				223132 -	GINECOL	OGISTA OI	BSTÉTR	ico				A-2000 4 4 7 700 A-	
					· · · · · · ·	*****	f	EGISTRO	PRONTUÁ	RIO	, at ,		,			
01			03		05	1	07			09		11		13	j	15
02			04		06	1	08			10	19	12		14		
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
SEX	(0															
IDAE	DE]					
							RELAÇÃO	DO NÚMI	ERO DE SI	SPRENA	ATAL.					
01		()3		05		07		- 09			11		13	15	
02		()4		06		08		10			12		14		

02		04		06			08				1	0			12			14	<u></u>	
															·				1	1
	E	SPECIFICA	ÇÕES '		2	3	4	REC 1 5	HSTR 6	O DA:	S ATH	/IDA£	DES RE.	ALIZAD. 11	AS 12	13	1 14	15	CÓD	TOTAL
ACCOL		PRESSÃO AI			2	3	-4	0	1 0	1	6	9	10	j 31	12	13	4	13	0301100039	1
AVAI IA	CÃO AN	TROPOMÉT	RICA				 		1-	-	<u> </u>						1		0101040024	
ATIVID	ADE EDI	UCATIVA/OR	IENTAÇÃO EM	\top				<u> </u>											0101010010	
GRUP	O / ORIE	NTAÇÃO						1		ļ										
1	PRE-N			_			1	1	<u> </u>		_								0301010110	
. ₹	PUERF	STRO DE GE	STANTS	~	-	-	1			-	-					<u> </u>	 		0301010080	9_
CONSULTA		USÃO PRÉ-		+		1	1			İ	1				1					<u> </u>
š	DOMIC					1	ļ			<u> </u>	<u> </u> -				1				0301010137	
Ō		ULTA MÉDICA	4		i	i	İ	İ		i	İ						ļ		0301010064	
		1" TRIMES	TRE				1 .													
		2° TRIMES						ļ								.,				
		3° TRIMES		_			ļ	ļ			ļ									
		N° DA CON-	1 A 3 4 A 6				-	-	-											ļ
		SULTA (IN-	4 A 6	_									.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		1				I Compression of the Compression	<u> </u>
		CLUIDO ESTA)	7 OU +																	
		ESTA)	ABO / RH	+	+	+		 	 	-				-			<u> </u>		contraction in the contract of	
0			VDRL	+	+	1	1	 	 	·			 		ļ	L				
Ę		90	URINA	+		1	1	 	 			-	<i>-</i> -				ļ -			
ايد		A O ES	GLICEMIA			1									ļ			***************************************		
	ΙΤΑ	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	Hb				<u></u>				<u> </u>									
面	Ž.	장하점	НТ								1									
MOTIVO ATENDIMENTO	PRÉ-NATAL	EXAMES PROTOCOLO REALIZADO	Hbs Ag.			ļ	ļ				1									
9	ā.		IGM/IGG Toxo				<u> </u>			1	1									
É			VIH-IT//A			<u> </u>		-	⊢ −	<u> </u>	<u>[</u>		ļ	1			1			/d.iv
Ž		م طال	1° DOSE 2° DOSE	_	_	+		-	-	1	<u> </u>									····
		V ANT!- TETA- NICA	REFORÇO	_	_		·	-		-	<u> </u>						ì			**/*/* _^*
		A L Z	IMUNE				_			1	1						l l			
			PRÉ NATAL RISCO				·	-	-	1	 -		-	<u> </u>		<u> </u>			A Land Control of Cont	4
			DHEG		_	+		1	_		<u> </u>		 			1				/1/**/********************************
		DIAG.	DIABETES			1		1												
		ᅙ	HISTOROSCOPIA					i –		1			†						0211040045	
			BAIXO PESO	İ		T	.,	İ												
	INIDI	CAÇÕES	DIAFRAGMA																0301040010	
	וועטוו		DIU							<u> </u>			1						0301040028	
		INICIANDO		_				1	<u> </u>	ļ	ļ		}							
0	0	CONTINUA	EPCIONAL ORAL			-	1	-	1				Ē							
MOTIVO ATENDIMENTO	PLANEJAMENTO FAMILIAR	ANTICONO		_		1		<u> </u>	 			^~					İ		an annual training and a state of the state	
ME	MA A	INJETÁVEI	_				1													
9	38	USO DE D				1	<u> </u>			<u> </u>										
Ē.	1 1 1 T	USO DE C		_ _	_	ļ	1		ļ	ļ	ļ									
Ä	7		NATURAIS	_]	<u> </u>	ļ	<u> </u>	 	ļ									**************************************
>	,,_	STB VASECTOR	A1A			1	<u> </u>		 	ļ			ļ						- Hamada (Hamada	
E	DOEN		/AGINA/COLO	-															0202040400	
Ĭ		TÉRIO		-		1			 	-									0303010126	<u> </u>
	VIOLÈ			-																
		ADOR DE HIV	//AIDS			i –		†					i	<u> </u>						
	OUTRO	400			_	1							İ							
ATEN	D.	1° VEZ																	0301010080	
PUEF	PÉRIO	SUBSEQUI	ENTE																0301010000	
ATEN		DE URGÊN													à					
<u>a</u>		OPOSCOPIA		-		-							Í				~~		0211040029	
Ö	VAG		PO ESTRANHO	į.					1										A Committee of the Comm	
PROCED.	COL	ETA DE EXA		1	1		 	1	T										0201020033	
u.	CITO	PATOLOGIC		\perp	-	_			<u> </u>										9201040033	
	AL17		1417		-	-	<u> </u>	<u>i </u>											Comments and the second and the seco	
		ORNO AMINHAMEN	ITO DI	-		 		1												
4		ECIALIDADE			***************************************														A second	
CONDUTA	ENC	AMINHAMEN	ITO P/ URGENCIA	\neg			1_			L										
ੱਟ੍ਰੋ			E PATOLOGIA]													
·6		IICA		- -		-	<u> </u>	1												
O			IMAGENOLOGIA			1	1	1												
		ICITAÇÃO DI STÉTRICO	E ULTRASON		[1										
			O ALIMENTAR	+		1	 		 				************							
																		Ę-		

MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE AUXILIAR/TÉCNICO ENFERMAGEM



DECDONGAVEL	PELO PREENCHIMENTO	LINUDACOF	DATA
RESPUNSAVEL	FELO FREENCHIMENTO	UNIDADE	DATA
		was a g	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
CATEGORIA		1 · 4 · 8	
	322205 - Técnico de Enfermagem	322230 Auxiliar de Enfermagem 3222E2 Auxiliar de Enferm	lagem de Saúde da Familia

01 03 05 07 09 11 13 15				REGISTRO PRONT	UÁRIO			
	01 03	03 05	07	09	11	13	15	
02 04 06 08 10 12 14	02 04	04 06	80	10	12	14	1	***

		- 01		02	03	0	4	05		06		07	(8	09)	10		11	12	13	14	15
SEXO																		ļ.,					
IDADE	<u> </u>	<u> </u>		<u></u>		-			F	REGIS	TRO	DAS A	IVID/	ADFS	REAL	IZADA	S		<u></u>				1
TIF	POS	DE PROCE	DIMI	ENTOS	;	04	02	02												1	CÓD		TOTAL
AFERICA	ĀO E	E PRESSÄ	O Ai	RTERIA	٨L	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	03011000	39	
AVALIAÇ	ÇÃO	ANTROPO																****	ļ		01010400	24	
ACOLHII	MEN	TO	1	SC/ID)		-								 				-	-	03010800		
_	ì	NJETAVEIS	3	IM																	03011000		
ÇÃC	05	RAL/INSTIL/	ΔCÃ	<u>EV</u>	-										ļ	-			-	-	03011000		
CA(<u> </u>	VUENNO HE	UÀU															,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			03011000	20	
MEDICAÇÃO	PA	RA TUBER	CUL	.OSE										-							03011000	20	
*****	PA	RA HANSE	NIA:	SE																	03011000	20	-,,,
	ÃO/N	EBULIZAÇ <i>i</i>	ÃO		~~~																03011001	01	
TRO	1													ļ				.			03011001	87	
0	SII	WPLES		•											ļ ————				ļ		04010100	23	
CURATIVO	PE	QUENO QL	JEIN	IADO																	04010100	23	74.
 		RENAGEM/ REBRIDAME	ENTO)												7			<u> </u>	1100000	04010100	31	
ΑĆ	PC	NTOS													-	,,,,,,					03011001	52	171074
RETIRADA	CC	RPO ESTR	RANH	10										,.							04040103	00	
Z.	MII	ASE																				Process of the control of the contro	
	RE	CÉM-NASC	CIDO	S																	01010300	10	T-00-1
	DE	SNUTRIDO	S																		01010300	10	
ΔH	AC	AMADOS																			01010300	10	
VISITA	P/	TUBERCUL	.OSE	*																	01010300	10	
	P/	HANSENIAS	SE					İ													01010300	10	
	ou	TROS MOT	rivo	S												****					01010300	10	
E N	HIF	PERTENSO	S																		01010100	10	
ATIVIDADE EDUCATIVA NA COMUNIDADE	DIA	BÉTICOS																			01010100	10	V44
ATTIV DUC, SOMU	SA	ÚDE DO ID	oso																	****	01010100	0	
i	1	O ESPECIF												ļ							01010100	0	
LABORA	TOR			mare										Ì	Ĩ						02010200	11	
	AHN	MENTO DE	PA	CIENTI							-							1			030108004	6	
TESTE P	EZIN	іно											***************************************								020102005	0	V
TESTE G																	j				021401001	5	- 100.2
REALIZA	ÇĀO	DE PPD										T									020203024	5	7
<u>AMBULÂI</u>	NCIA			ÞΕ																	030103015	4	
		EM GRUPO EM GRUP									j							-			010101001	0	
ORDENH						I										-					030110013		
OXIGÊNIC		RAPIA SICA EM G	RUF	O,		$\overline{}$	- 1	<u> </u>							-+			-			030110014		·

MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESI	PONS	SÁVEL P	ELO PR	EEN	CHIMEN	го								UNI	IDA	DE										
CAT	EGO	ORIA:	223110	6 – M	1ÉDICO	ESTRA	ATÉGIA :	SAÚI	DE DA	A FAI	MÍLI	4		DA	ТА	:			/				/			
							I			REG	ISTR		- 1	ÁRIO	0											
1			3			5			7			_	9				11				13			15		
2			4			6			8				10				12				14					
		01	02	,	03	04	0	_	06		07		08		09	<u> </u>	10		11		12		13	14	Т	15
SEX	<u></u>	01	0.	<u> </u>	03	04	U	3	00	-	07		00		U	9	10		- 11		12		13	14		15
IDA																										
								R	ELAÇ	ÃO D	O NÚ	MERO) DE	SISPE	REN	ATAI										
1			3			5			7				9				11				13			15		
2			4			6			8				10				12				14					
			ESPEC	CIFIC	AÇÕES				_								DES R						1	CÓD.		TOTAL
	2203	(0 DE DE						01	02	03	04	05	0	6 ()7	80	09	10	11	12	13	14	15	02044004		
		ÃO DE PE			ICA				+			+		-										03011000	_	
					AÇÕES GI	RIIPO																		01010400	-	
		OMICIL			IÇOLO G																			01010300		
				PE M	ULTIDIC	IPLINA	 R																	03010500	-	
		DES FÍSI																						01010100	036	
CAD	AST	RAMENT	O DE G	EST	STANTES																			08010100	012	
				AV	AVAL.CLÍNICO FUMANTE																			03010100	099	
				PR	É-NATAL																			0301010	110	
				PU	ERPERAI																			08010100	012	
				DO	MICILIA	R			_			_												0301010	\rightarrow	
	CC	ONSULTA	1		CONSULT				_			_												03010101	_	
					ERICULT		-		-															03010100		
					G. TUBER NSENIAS		E		+															03010100	-	
				_	AT(SUP.E		THRED		+															03010100		
					NSULTA																			0301010		
					AFRAGM																			03010400		
	IND	DICAÇÕE	ES	DIU	J																			03010400	028	
601		. DE MA	EDIAI	CII	TOPATOL	ÓGICO																		02010200	033	
COI	_E 17	A DE MAI	EKIAL	TR	IAGEM N	EONAT	AL							I										02010200	050	
	1	° TRIM												\perp												
M	、	° TRIM.						_	_		_	_	\perp	\perp												
OI	ک ا	° TRIM.						-	-		-	+	-	+												
I I	- -			1	o) (A - alto)		+	+		+	+	+	+												
O		N° D COUNSU		1 A 4 A				+	+	-	+	+		+	\dashv											
1 1	Γ λ	(INCLU			U MAIS				+						\dashv											
A				-	O / RH																					
T E				VD																						
N				UR	INA									\top												
D I				GL	ICEMIA																					
M E		EX PROTO		НВ																						
N T		REALIZ		нт																						
0				Hbs	s Ag									\perp												
					M / IGG -	тохо		-	-				_	\perp												
				-	TI - HIV			+	+	_	+	+		+												

		2ª DOSE								
	TETÂNICA	REFORÇO								
		IMUNE								
		PRÉ NATAL ALTO RISCO								
		DHEG								
	DIAGNÓSTICO	DIABETES GESTACIONAL								
		BAIXO PESO								
		SOBRE PESO								

	EC	PECIFICAÇÕES				R	EGIS	гко г	E ATI	IVIDA	DES I	REAL	ZAD/	AS				cán	
	E3.	PECIFICAÇÕES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	CÓD.	TOTAL
M		INICIANDO O USO																	
O T		CONTINUADO USO																	
I		ANTICONCEPCIONAL ORAL																	
v o	PLANEJA	ANTICONCEP. INJETAVEL																	
D	MENTO	USO DE DIAFRAGMA																	
0	FAMILIAR	USO DE CONDOM																	
A		MÉTODOS NATURAIS																	
T E		STB																	
N		VASECTOMIA																	
D I	DOENÇA IN	FLAM / VAGINA / COLO																0303010126	
M E	VIOLÊNCIA	ı																	
N	EXCISÃO E	SUTURA DE LESÃO NA BOCA																0404020097	
T O	ELETROCA	RDIOGRAMA																0211020036	
	DENGUE																	0303010010	
	DENGUE HI	EMORRAGICA																0303010029	
	HANSENIAS																	0303010028	
Т		OSE (POR DIA)																0303010215	
R	MICOSE	OSE (FOR BEI)																0303010169	
A T		FEC. INTESTINAL																0303010103	
A	-	DENÇAS BACTERIANAS																0303010001	
M E		TRANSMISSÃO SEXUAL																0303010037	
N T	HEPATITES																	0303010120	
0		DENÇAS CAUSADAS POR VÍRUS																0303010118	
		TRICIONAL																0303010133	
A C	DIABETES	TRICIONAL																0303020039	
O M	DESNUTRIC	240																0303030030	
P		S METABÓLICOS																	
A N																		0303030046	
H A		GUDO DO MIOCÁRDIO ICIA CARDIACA																0303060190	
M																		0303060212	
E N	CRISE HIPE																	0303060107	
T O		RTENÇÃO SECUNDÁRIA																0303060182	
U	MIOCARDI																	0303060239	
		RÊNCIAS CLÍNICAS GRAVIDEZ																0303100044	
		A OU INFLUENZA (GRIPE)																0303140151	
	HIV (AIDS)																	0303180072	
CURA-	_	NO QUEIMADO																0413010058	
TIVOS		DEBRIDAMENTOS (PACIENTE)	-															0401010015	
	OUTROS																	0401010023	
	ALTA																		
C	RETORNO																		
O		AMENTO P/ ESPECIALIDADE	-																
N D		AMENTO P/ URGÊNCIA																	
U T		ÃO DE PATOLOGIA CLÍNICA																	
A	-	ÃO DE IMAGENOLOGIA																	
		ÃO DE US OBSTRÉTRICO																	
	SUPLEMEN	TAÇÃO ALIMENTAR																	



Agendamento Diário Controle de Lesão (MANHÃ/MANHÃ)

Unidade:	Equipe de Referência:

Horas	Prontuário	Nome	Obs	Horas	Prontuário	Nome	Obs	
8:10				8:10				
8:30				8:30				
8:50				8:50				
9:10				9:10				
9:30				9:30				
9:50		Intervalo		9:50		Intervalo		
10:00				10:00				
10:20				10:20				
10:40				10:40				
11:00				11:00				
11:20				11:20				
11:40				11:40				
12:00		Término		12:00		Término		



Agendamento Diário Controle de Lesão (MANHÃ/TARDE)

Unidade:	Equipe de Referência:

						//	
Horas	Prontuário	Nome	Obs	Horas	Prontuário	Nome	Ob
8:10				13:10			
8:30				13:30			
8:50				13:50			
9:10				14:10			
9:30				14:30			
9:50		Intervalo		14:50		Intervalo	
10:00				15:00			
10:20				15:20			
10:40				15:40			
11:00				16:00			
11:20				16:20			
11:40				16:40			
12:00		Término		17:00		Término	



Agendamento Diário Controle de Lesão (TARDE/MANHÃ)

Unidade:	Equipe de Referência:

		//			_		
Horas	Prontuário	Nome	Obs	Horas		Prontuário	Prontuário Nome
13:10				8:10			
13:30				8:30	_		
13:50				8:50	_		
14:10				9:10			
14:30				9:30			
14:50		Intervalo		9:50			Intervalo
15:00				10:00			
15:20				10:20			
15:40				10:40	_		
16:00				11:00			
16:20				11:20			
16:40				11:40			
17:00		Término		12:00			Término



Agendamento Diário Controle de Lesão (TARDE/TARDE)

Unidade:	Equipe de Referência:

		<i></i>				
Ioras	Prontuário	Nome	Obs	Horas	Pr	ontuário
3:10				13:10		
13:30				13:30		
13:50				13:50		
14:10				14:10		
14:30				14:30		
14:50		Intervalo		14:50		
15:00				15:00		
15:20				15:20		
15:40				15:40		
16:00				16:00		
16:20				16:20		
16:40				16:40		•
17:00		Término		17:00		



Prefeitura Municipal de Sabará SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde



CONTROLE CLÍNICO INDIVIDUAL

UNIDADE DE SAÚ	DE:	
NOME		INSCRIÇÃO:
DATA	ANAMNESE	

UNIDADE DE SA	AÚDE:		
NOME			INSCRIÇÃO:
DATA		ANAMNESE	<u>I</u>



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde Centro de Controle de Zoonoses

R: CHARLES GOUNOT, N° 250, B: SOBRADINHO, CEP: 34565-220-SABARÁ

Fone: (31) 3674-6295- Telefax (31) 3674-6295

Controle de Roedores

N° Ordem de Serviço:					
01 - Cadastro do Solicitante					
Nome:			Telefone:		
Endereço:		Bairro:			
-					
Referência:					
Área:	Quarteirão:				
Tipo de Imóvel:	_				
	0	Escola	☑ Unidade de Saúde	☑ Lote Vago	
	(especificar)				
□ Ratazana □ Camundongo □ Rato de Telhac	lo				
02 - Dados Sobre o Trabalho					
Data da Solicitação:		Data	da Vistoria:		
Sinais da presença de roedores: Ninheiras: ⊠ Fezes ⊠ Roeduras ⊠ Pêlos ⊠	Trilhas ⊠ Manchas de	gordura 🗵	Outros sinais		
1 CZCS TCCCCCCC TCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC	Tillias Tilaireilas de				
Presenca de Roedores: ⊠ Sim ⊠ Dia			resença de animais doméstic nais:	os:	
Presença de Roedores: ⊠ Sim ⊠ Dia ⊠ Não ⊠ Noite		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	iais.		
03 - Orientações repassadas para o morador					
As observações assinaladas abaixo referem-se à situaçã	ío encontrada no imóv	el no ato d	la vistoria		
1 – Telar ralos e outras passagens de água nas áreas int		0 1 110 0 10 0	W / ISVOITW.		
2 – Recompor rede de esgoto.					
3 – Eliminar frestas nas paredes, pisos, janelas, portas	e rodapés.				
4 – Rebocar parede e muros.					
5 – Manter terrenos, quintais e jardins limpos, aparado					
6 – Limpar e organizar depósitos e áreas externas evita			s, tijolos, entulhos, etc.		
7 – Manter o ambiente limpo, acondicionando adequad		lixo.			
8 – Realizar o controle da população de baratas e/ou ou 9 – Colocar o lixo em saco plástico em recipiente fecha		Cologó la	a anaaaadaa na maa naa diaa	a harárias da calata	
10 – Não jogar lixo ou entulho no quintal, córrego e lo		. Coloca-ic	os ensacados na rua nos dias	e norarios de coleta.	
11 – Guardar alimentos em embalagens bem fechadas		lo chão			
12 – Manter móveis afastados da parede.	com rocars crevados a	io chao.			
13 – Não acumule garrafas, engradados e materiais de	construção ou troque-	os de lugai	pelo menos uma vez por m	ês.	
14 – Telar e /ou vedar portas e janelas.					
15 – Limpar restos de ração de animais jogados no chã	o, recolher e lavar os o	comedouro	os no período noturno.		
16 – Manter os abrigos de animais sempre limpos.					
17 – Tampar adequadamente as caixas de gordura e est					
18 – Estocar mercadoria sobre estrados afastados do ch 19 – Instalar tampas em pontos de luz, caixas de fiação			que permita a inspeção e hig	gienização em todos os lados.	
X- Outros (quais) :	abertas e de telefone.				
Data da próxima vistoria:					
Assinatura do morador (1ª vistoria)		Δς	ssinatura do agente/número:		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
Observações (2ª visita): 1-∞ 2-∞ 3-∞ 4-∞ 5-∞ 6-∞ 7-∞ 8-∞ 9-∞ 10-∞ 1	1-⊠ 12-⊠ 13-⊠ 14-⊠	15-⊠ 16	5-⊠ 17-⊠ 18-⊠ 19-⊠ X-⊠	3	
Raticida:	D(()				
Bloco (unid) : Isca (unid) : Assinatura do Morador (2ª vistoria):	Pó (grs) :				
115511attata do 14101adoi (2. ¥151011a).					
Assinatura do Agente/número:	Assir	natura do F	Responsável		



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde Centro de Controle de Zoonoses

R: CHARLES GOUNOT, N° 250, B: SOBRADINHO, CEP: 34565-220-SABARÁ Fone: (31) 3674-6295-Telefax (31) 3674-6295

Controle de Vetores

			00	illioic ac vc	tores	
Nº Ordem de Serviço:						
01 - Cadastro do Solicitante:						
Nome:				Telefone:		
Endereço:			Bairro:			
Referência:						
Quarteirão:				Área:		
Tipo de Imóvel: † Residência † Prédio † Indústria † Logradour		o † Órgão Outros (especifi		† Escola	↑ Unidade de Saúde	↑ Lote Vago
Problema: † Piolho de pombo † Pulga 02 - Dados Sobre o Trabalho		†Carrapato	↑Barbei	ro †Caramujo	†Percevejo	
Data da Solicitação:	,		Data	da Vistoria:		
03 - Orientações repassadas	s para o morador					
1 – Telar ralos e outras pass 2 – Recompor rede de esgot 3 – Eliminar frestas nas pare 4 - Rebocar parede e muros 5 - Manter terrenos, quintais 6 - Limpar e organizar depós 7 - Manter o ambiente limpo 8 – Realizar o controle da po 9 – Colocar o lixo em saco p coleta. 10 – Não jogar lixo ou entulh 11 – Guardar alimentos em s 12 – Manter móveis afastado 13 – Não acumule garrafas, 14 – Telar e /ou vedar portas 15 – Limpar restos de ração 16 – Manter os abrigos de ai 17 – Tampar adequadament 18 – Estocar mercadoria sob todos os lados. 19 – Instalar tampas em por 20 – Vedar caixas d'água e o 21 – Eliminar qualquer recip 22 – Manter as calhas limpa 23 – Telar e/ou vedar vãos e 24 – Não alimentar os pomb 25 – Controlar de carrapato 26 – Usar aspirador de pó ei 27 – Evitar que os animais to 28 – Eliminar colchões e mó Xoutros(quais)	edes, pisos, janela s. e jardins limpos, a sitos e áreas exteri, acondicionando a pulação de barata plástico em recipier no no quintal, córre embalagens bem sos da parede. engradados e mais e janelas. de animais jogado nimais sempre limite as caixas de gorore estrados afasta demais reservatóri iente que possa ao se desobstruídas. e frestas onde os poos. s/pulgas nos animim todo o ambiente enham acesso a reservación enham acesso a reservación en estrados de luz, caixas demais reservatóri iente que possa ao se frestas onde os poos.	s, portas e roda aparados e /ou nas evitando ac adequadamente as e/ou outros ir nte fechado ou ego e lotes vago fechadas e em teriais de consti os no chão, recipos. rdura e esgoto r ados do chão, d de fiação abert os. cumular água. pombos possam tais e no ambiele, priorizando ca	capés. capinado cúmulo d e aliment nsetos. em locai os. locais el rução ou olher e la não deixa las pareo cas e de t	os. e pedras, madeiras os e o lixo. s altos. Colocá-los evados do chão. troque-os de lugar avar os comedouro ando frestas. des e/ou um espaço elefone.	ensacados na rua nos d pelo menos uma vez po s e bebedouros no períod	r mês. do noturno.
Assinatura do morador			As	sinatura do agente/	/número:	



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto que
,
portador (a) do CPF de números,
permaneceu nesta unidade do dia/, de
-
às horas para fins de:
Unidade de Saúde
Carimbo e assinatura do emitente



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto que
portador (a) do CPF de números
permaneceu nesta unidade do dia/, de
às horas para fins de:
Unidade de Saúde
Carimbo e assinatura do emitente



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ

ATENÇÃO PRIMÁRIA / ODONTOLOGIA

NOME DO US	SUÁRIO:					C	ARTÃ	DO SUS										
ENDEREÇO:																		
UNIDADE DE	ATENÇÃO					E	QUIPE	DE REFER	ÊNCIA:									
			CO	NTROLI	E DE TRATAN	IENTO C	OM	PLETA	DO									
DATA	CLASSIFICAÇÃO	DATA	CLASSIFICAÇÃO	DATA	CLASSIFICAÇÃO	DATA	CLA	SSIFICAÇÃO) [DATA	CL	ASSIFICA	ĄÇÃO	ı	DATA	CL	ASSIFI	CAÇÃO
ı																		
OBSERVAÇ	ÇÃO:																	

								PCE - PROG	KAIVIA L	DE CON	1 I I	KOLE DA	E2C	(UIS I	<u>U</u> S) <u> </u>) V	US	E												10
				D	IÁRI	O DE COP	ROS	COPIA E TRATAMEN	ITO	01 Controle			02 UF		03 R	legion	al de Sa	aúde				04	1 Folha	1							do.
			05 Mun	icípio			06 Nº	e Nome da Localidade			07 C	ategoria da Localidad	de				08	Micro	área												
S	U	S	09 Fase	:		2-AVR Nº		10 Data Coproscopia	11 Data Laborató	rio	12 D	ata tratamento	13	1- inq. Cen	citáric	o 2-ind	q por a	mostr	agem 3	_	1-To				Coletivo)	atos	2-		4		
15		16	17	18	3-VIG			20	l	21	22	23	24	busca pass	ıvd		RESUL	TADO	DO EXA	AMF				ilivos	conviver		0 41	42	43	44	45
			Casa			<u> </u>								25	26				31 3					38	39				_		
Nº Quarteirão		nº casa	Situação da Ca	Nº prontuário família	Nº de residentes			Nome dos residentes		Idade/Data nascimento	Sexo	№ amostra ou № cartão SUS	Amostra recolhida?	S.m. Nº ovos	Asc				SS H						Peso (K	g) vac	Med. S.m.	Quantidade Consumida	Medic. Helminto	Medic. Protozoario	Motivo não tratamento
ı																				1			1								
2																															
1																															
,																															
5																															
,																															
3																															
9																															
L																															
!																															
B	_																			1											
46 Ma	atrícula	a/Nome A	Ag. de saú	úde (distrib	ouição/o	coleta recipient	e)	47 Matrícula/Nome do técnico	do laboratório			48 Matrícula/Nome	Ag. Saúc	le que efetu	ou o ti	ratam	ento			49	Matrí	cula/N	ome d	o supe	ervisor						
Situaç								50 - Legenda echada, 5-nova desabitada, 6-nov						m Shistosso					Trichur		niura	51 - Ab	reviatı	EH -	Entamo			ca	GL - Gia	ırdia Lan	nblia
Medic	camer	nto						el, 4-Praziquantel Xarope, 5-Albe Secnidazol, 99-não tratado	ndazol, 6-Mebendaz	ol, 7-Tiabendaz	ol			C - Ascaris Iu IC - Ancilosto					Enterol Strongy						Entamoe Iodamoel						
		icação 7/07/201		co 2-conv	rulsões	3-grávida 4-fel	oril 5-ou	utros 6-recusa 7-ausente 8-ama	mentação				TA	E - Taenia sp)			HN -	Hymer	nolepi	s nana	1		EM ·	- Endolim	ax na	na				





FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

NOME DO USUÁRIO:									
U.S.:	D.N.	:// PRONTUÁRIO:							
DATA DA ESTRATIFICAÇÃO:// ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL (<i>FRAMINGHAM REVISADO</i> - RISCO CLÍNICO)									
PREDITORES	PONTOS	OBSERVAÇÕES GERAIS							
IDADE		1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN							
HDL		HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO							
COLESTEROL TOTAL		EXAME DE BASE.							
PAS NÃO TRATADA		2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO							
PAS TRATADA		DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS							
TABAGISMO		DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE							
DIABETES		DE SAÚDE.							
TOTAL									
BAIXO (< 10% EM 10 AN	IOS) MODER	VENTO CARDIOVASCULAR MAIOR: ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE:							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OI	MODER RGAN. DA REDE: DFISSIONAL DE SA DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: TRATIFICAÇÃO://							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OI NOME E REGISTRO DO PRO	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: TRATIFICAÇÃO:// CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO)							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OI NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: TRATIFICAÇÃO:// CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO)							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OI NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: CRATIFICAÇÃO:// CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EM							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: TRATIFICAÇÃO:// CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS							
BAIXO (< 10% EM 10 AN ESTRATIF. DE RISCO P/ A OI NOME E REGISTRO DO PRO PRODICIO DE RISCO DE	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE.							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EM HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EM HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO DIABETES	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO	DATA DA EST	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO DIABETES TOTAL	DATA DA EST SCO CARDIOVASO PONTOS	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO LÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EN HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO DIABETES TOTAL CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DATA DA EST SCO CARDIOVASO PONTOS GLOBAL PARA EV	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EM HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE DE SAÚDE.							
ESTRATIF. DE RISCO P/ A OF NOME E REGISTRO DO PRO ESTRATIFICAÇÃO DE RI PREDITORES IDADE HDL COLESTEROL TOTAL PAS NÃO TRATADA PAS TRATADA TABAGISMO DIABETES TOTAL CLASSIFICAÇÃO DE RISCO BAIXO (< 10% EM 10 AN	DATA DA EST SCO CARDIOVASO PONTOS GLOBAL PARA EVIOS) MODER	ADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS) BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO ÚDE: TRATIFICAÇÃO: / / CULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO) OBSERVAÇÕES GERAIS 1) A ESTRATIFICAÇÃO DEVE SER APLICADA EM HIPERTENSOS SEM DOENÇA CARDIOVASCULAR NO EXAME DE BASE. 2) O TOTAL DE PONTOS OBTIDOS NO SCORE DE RISCO DEVE SER RELACIONADO AO PERCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTRATIFICADO CONFORME TABELA: DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADI DE SAÚDE.							

Marcação via Secretaria de Saúde – Trazer Xerox RG, Cartão SUS e Comprovante de residência.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA	SUS States
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES	
UNIDADE ASSISTENCIAL CTA-SAE Sabará	PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE	
IBDE SEXO F CLÍNICA INFECTOlogia	
DADOS CLÍNICOS	
MATERIAL A EXAMINAR	
EXAMES SOLICITADOS	
Sorologia Toxoplasmose IgG, CMV IgG, Anti-HAV total, HBsAg, Anti-HBs, AntiHBc to Sorologia para Chagas	otal, Anti-HCV, Anti-HTLV,
de de 20	
LOCAL E DATA CARIM	BO E ASSINATURA

Marcação via Secretaria de Saúde – Trazer Xerox RG, Cartão SUS e Comprovante de residência.

		RA MUNICIPAL DE SABARÁ aria Municipal de Saúde SEMUSA	SUS States
		CO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS ÃO/RESULTADO DE EXAMES	
UNIDADE ASSISTENCIAL (CTA-SAE Sabará		PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE			
IDDE	SEXO F	CLÍNICA Infectologia	
DADOS CLÍNICOS			
MATERIALA EXAMINAR			
EXAMES SOLICITADOS			
Sorologia Toxoplasmo Sorologia para Chaga		/ total, HBsAg, Anti-HBs, AntiHBc total, Ar	nti-HCV, Anti-HTLV,
	de de 20	CARIMBO E ASSI	INATURA



Anti-HBs total
Anti-HBs

FICHA DE ACOLHIMENTO SAE SABARÁ

	DAI	DOS DO SERVIÇO)						
CNES 7 0 0 9 4 8	: 8	Pront	uário						
CNS		DATA DA PR	RIMEIRA CONSULT	ТА	MÉDICO				
NÚMERO DE SINAN		DATA DA N	NOTIFICAÇÃO)					
(Hepatites Virais)		(Нера	tites Virais)						
	IDENTIF	FICAÇÃO DO CLI	ENTE						
NOME DO CLIENTE		•							
NOME SOCIAL					DATA DE NASCIMENTO				
NOME DA MÃE									
IDENTIDADE N°/ORGÃO	CPF	SEXO	NATURA	LIDADE					
SITUAÇÃO CONJUGAL			CUPAÇÃO						
☐Solteiro ☐Casado ☐Separac	do Uiúvo Amasiado	lo 🗆 NR							
ESCOLARIDADE Analfabeto 1ª a 4º séries 1ª a 4º séries incompletas completas		nental Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Educação superior incompleta	Educação Ignorado superior completa				
COR		CONVÊNI	O DE SAÚDE	•	•				
Branca Preta Parda	Amarela Indígena Ig	gnorado Não	Sim. Qual?						
ENDEREÇO (RUA/AV E Nº)			COMPLEMENT	TO BAIRRO					
CIDADE	CEP	TELEFONES	s 						
DIAGNÓSTICO COMPARTILHADO)								
Sim. Com quem?			Telefone para contato						
	HIS	STÓRIA CLÍNICA							
MOTIVO DA ENTREVISTA	1	ı		İ					
☐ Tratamento/Sintomático FORMA DE ENCAMINHAMENTO	☐ Tratamento/Assintomático	o Transfer	ência		Outros:				
□ СТА	☐ Hospital Geral	☐ Rede Bá	sica		niciativa Própria				
☐ Maternidade	☐ Solicitação Médica	☐ Outros							
DOAÇÃO DE SANGUE					1				
□ Não □ Sim. Quando? SOROLOGIA ANTI-HIV ANTERIO.	Local:	Resultado HIV	Reagente	☐ Não reagente	Indeterminado Ignorado				
□ Não □ Sim. Quando?	Local:	Resultado HIV	Reagente	☐ Não reagente	Indeterminado Ignorado				
EXAMES									
	Data	Resultad	0		Local				
Anti-HIV TR									
Confirmatorio									
HBsAg	/								

Anti-HCV									
~ ,									
EXPOSIÇÃO SANGUÍNEA O PACIENTE FOI SUBMETIDO OU	EVDOSTO A.								
					_ r	1.71.			
Drogas inaláveis ou crack	☐ Drogas injetáveis		tuagem/pierc	ing		Hemodiálise			
Transplante						lão houve exposiç	ão.		
Data do transplante/acidente ou transf	usao://	Loca	l :						
ORIENTAÇÃO SEXUAL									
☐ Heterossexual	☐ Homossexual	Пв	Bissexual		П	IGN			
PARCERIA FIXA ATUAL			, issexuur			1011			
□ Não □ Sim. Tempo?		Nome:					□ IGN		
PARCERIA ATUAL FEZ SOROLOGI	A?						L ION		
□ Não □ Sim. Resultad		□ Negativo		determinado	□ Janela		GN		
Observações:									
Observações.									
ANTECEDENTES DE DST's									
□ Não	□ Sim. Qual?		Quar	ndo?			□ IGN		
USO ATUAL DE PRESERVATIVOS	= W	_ 1	**		- -				
□ Sempre □ Nunca □ Às Vezes □ Raramente									
DEPENDENTES			ı	1					
NOME			IDADE	SOROLOG	GIA □ HIV	□ HBsAg	☐ Anti HCV		
				□ Não	□ HIV	□ HBsAg	☐ Anti HCV		
				□ Não	□ HIV	□ HBsAg	☐ Anti HCV		
				□ Não	□ HIV	□ HBsAg	☐ Anti HCV		
INTEGRAÇÃO SAE - CENTRO DE S	AÚDE NA ASSISTÊNCIA AO	OS USUÁRIOS I	PORTADOR	ES DO HIV					
Usuário frequenta centro de saúde?	□ Não			г :					
	☐ Sim. Qual?			Equipo	2 :				
		OBSERVAÇ	ÕES						

FICHA DE VISITA **DOMICILIAR**

Prefeitura Municipal de Sabará

CITC
303

Secretaria Municipal de Saúde - Superintendência de Vigilância à Saúde - Centro de Controle de Zoonoses

IMÓVEL N° :	LOCAL:			
DATA	HORA	PROGRAMA	AG. SANITÁRIO	ASSINATURA
SUPERVISOR: _		do Agente di	Importante: Esta ficha é o Centro de Controle de Zoonos	é um comprovante da visita

FICHA DE VISITA **DOMICILIAR**

Prefeitura Municipal de Sabará



Secretaria Municipal de Saúde - Superintendência de

Vigilância à Saúde - Centro de Controle de Zoonoses

do Agente do Centro de Controle de Zoonoses de Sabará - 3674-6295

IMÓVEL N° :	LOCAL:			
DATA	HORA	PROGRAMA	AG. SANITÁRIO	ASSINATURA

FICHA DE VISITA **DOMICILIAR**

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde - Superintendência de

Vigilância à Saúde - Centro de Controle de Zoonoses

IMÓVEL N°:	LOCAL:			
DATA	HORA	PROGRAMA	AG. SANITÁRIO	ASSINATURA
SUPERVISOR: _			Importante: Esta ficha é	s um comprovante da visita

FICHA DE VISITA **DOMICILIAR**

Prefeitura Municipal de Sabará

Secretaria Municipal de Saúde - Superintendência de

Vigilância à Saúde - Centro de Controle de Zoonoses

do Agente do Centro de Controle de Zoonoses de Sabará - 3674-6295

IMÓVEL Nº:	LOCAL:			
DATA	HORA	PROGRAMA	AG. SANITÁRIO	ASSINATURA

SUPERVISOR:	Importante: Esta ficha é um comprovante da visita
	do Agente do Centro de Controle de Zoonoses de Sabará - 3674-629.



Prefeitura Municipal de SabaráSuperintendência de Vigilância à Saúde Centro de Controle de Zoonoses de Sabará



PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE A DENGUE

	Dengue SE: Ano: () Suspeito () Confirmado
ome:	
lade: _	Telefone:
nd:	Nº
airro:	Sabará/MG
ata da	notificação:// Início dos sintomas://
	É a primeira vez que adquire a doença () Sim () Não
2)	Procurou o Posto Médico () Sim Qual?()Não
3)	Fez exame de sorologia? () Sim Onde?()Não
4)	Existe outras pessoas no imóvel com os mesmos sintomas? () Sim. Quantas? () Não
5)	Viajou recentemente? () Sim. Destino? () Não
6)	Se viajou, quantos dias permaneceu no local?
7)	Informe: Data da ida: / / Retorno: / /
8)	O paciente trabalha? () Sim. Onde? () Não
9)	Caso trabalhe, conhece alguém no seu local de trabalho que está com a doença? () Sim () Não
10)	Tem observado a presença do mosquito no seu local de trabalho? () Sim () Não
11)	Ao vistoriar o imóvel, foi encontrado alguma situação que representa risco de foco para a proliferação do mosquito Aedes aegypti? Quais
12)	Durante a vistoria foi encontrado a presença de larvas ou pulpas do mosquito? () Sim () Não
13)	Foi realizado algum trabalho específico nessa área? () bloqueio () fumacê () mutirão - Se sim, quando?//
bs: _	
ocpor	rával polo invectigação:
espons	sável pela investigação: Data://



Prefeitura Municipal de Sabará Superintendência de Vigilância à Saúde



Centro de Controle de Zoonoses de Sabará

PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE A DENGUE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL
Dengue SE: Ano: () Suspeito () Confirmado
Nome:
dade: Telefone:
End: N°
Bairro:Sabará/M
Data da notificação:// Início dos sintomas://
 É a primeira vez que adquire a doença () Sim () Não Procurou o Posto Médico () Sim Qual?
12) Durante a vistoria foi encontrado a presença de larvas ou pulpas do mosquito? () Sim () Não
13) Foi realizado algum trabalho específico nessa área? () bloqueio () fumacê () mutirão - Se sim, quando?//
Obs:
Responsável pela investigação: Data://

4	SUS

Sistema Ministério Único de da

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Saúde Saúde	DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento d	e Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE-	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE-	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - № DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 -RAÇA/COR
	Masc. 1 Fem. 3
—11 - NOME DA MÃE—	DDD 12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	
	DDD
—15 - ENDEREÇO (RUA, №, BAIRRO)—	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
	— JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS—	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃ	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇA	0—
22 DDINGIDAIS DESLII TADOS DE DDOVAS DIACI	NÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
22 - FRINGIFAIS RESULTADOS DE FROVAS DIAGI	VOSTICAS (KESULTADOS DE EXAMES KENEIZADOS)
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
	PROCEDIMENTO SOLICITADO
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
OO OLÍNIOA OO OADÁTED DA INTE	TRANSÃO DO PROFINITO DO PROFINITO POR PROFIN
29 - CLÍNICA———30 - CARÁTER DA INTE	RNAÇÃO 31 - DOCUMENTO 32 - № DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTEN	
PREENCHER EM	CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
	- CNPJ DA SEGURADORA————41 - SÉRIE————41 - SÉRIE————————————————————————————————————
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TIPICO 42 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	- CNPJ EMPRESA43 - CNAE DA EMPRESA44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA— () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
	AUTORIZAÇÃO
—46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR—	—————————————————————————————————————
49 - Nº DOCU	JMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR————————————————————————————————————
() CNS () CPF	
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATUR	RA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)————————————————————————————————————



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD REGISTRO DIÁRIO DE SERVIÇO ANTIVETORIAL



Municí	pio: SABARÁ Localidade:											Cat	ego	ria:		_	Zona	:	_	Tipo:	SEDE	Conclu	ído: _		
Data d	a Atividade:/ Semana:		_	Ciclo/	_ : Ano	/_						At	ivida	ide:	1	L- LI 3	3- PE (Ponto	Estrat	égico)	4- T (T	ratamento	o) 6·	- PVE	
				DES	OUI	SA FI	NT		101	Ó	SIC	`Δ ΄	/ TI	RΔΤ	AMEN	ITO									
Número do quarteirão	Nome do Logradouro	Número	Tipo de Imóvel	Hora de Entrada	Visita (N-Normal / R- Recuperada	Pendência (F - Fechada / R -						ionad		Imóveis inspecionados (LI)	1	da Amos	Ouant. Túbitos	N° de depositos Eliminados	N° de Imóveis Tratados	Fo	Tratamen	nto Perifocal		Censo	
Número			Tipo	Hora	Visita (1 Re	Pendência J	A1	A2	В	С	D1	D2	Е	Imóveis	Inicial	Final	Quant.	N° d Eli	N° de Im	Quant. Gr	Quant. Dep	Quant. Gr	Cão	Gato	Hab
																							†		
																							<u> </u>		<u> </u>
																							ऻ		<u> </u>
																							├─		
																							├─	\vdash	\vdash
																						 	 	$\vdash \vdash \vdash$	\vdash
																							\vdash	$\vdash \vdash \vdash$	
																									<u> </u>
																							<u> </u>	igsqcut	<u> </u>
																				<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
	TOTAL						_	1				1						1	l						
	IOIAL																<u> </u>					<u> </u>			
	Assinatura do Agente]	R	С	ТВ	PE	0	TOTAL	REC	FEC	RESG	1
	Assinatura do Supervisor																				1	1	1		l .

Tipo de imóvel: R - Residencial / C - Comércio / TB - Terreno Baldio / PE - Ponto Estratégico / O - Outros

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti										

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus												

Nº depósitos com espécimes por tipo											
	A1	A2	В	С	D1	D2	E	TOTAL			
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus	com Aedes albopictus										

Nº de imóveis com espécimes, por tipo											
R C TB PE O Total											
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus											
outros											

Nº de exemplares							
Larvas	Pupas	Exúvia	de pupa	Adu	ltos		

A1- Caixa D'água (elevado) A2- Outros depós

A2- Outros depósitos de armazenamento de água (abaixo)

B- Pequenos depósitos imóveis C- Depósitos fixos D1 - Pneus e outros materiais rodantes

D2- Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E- Depósitos naturais

Data	da	Entrada	

Data	da	Conclusão

Laboratório					

Laboratorista	

Assinatura	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ

ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



N°: 2 – SEMANA EPID.: FOLHA: PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE LEISHMANIOSE 1 – DISTRITO REGIONAL: SUS/MG **BOLETIM DE REGISTRO DIÁRIO DE INQUÉRITO CANINO** 3 – ENDEMIA TRABALHADA: 4 – MUNICÍPIO: 5 - LOCALIDADE: 6 – CATEGORIA: 7 – CÓDIGO DO MUNICÍPIO.: 8 – CÓDIGO LOC.: CALAZAR 🗔 L.T.A. 🗔 9 – RUA (PONTO DE REFERÊNCIA, ETC.) 10 – INÍCIO DO INQUÉRITO 11 – TÉRMINO DO INQUÉRITO/...../...../ COLETA **DATA LABORATÓRIO** CÓDIGO DA NOME DO CÃO **RESULTADO** QUART. NOME DO PROPRIETÁRIO **ENDEREÇO BAIRRO** TELEFONE DATA CASA HAB. **AMOSTRA** Total de Casas Total de Casas Total de Amostras Total de Amostras Agente responsável pela coleta: **Positivas** Visitadas Trabalhadas Coletadas Supervisor: Responsável pela leitura de exames:



Secretaria Municipal de Saúde

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (CONSOLIDADO) – BPA/C



CNES DO ESTABELECIMENTO								NOM	IE D	O ES	ΓAΒΕΙ	LECI	MEN'	ГО				_		
	UF			M	ÊS					AN	Ю		I				FOLI	HA		_
																				_
OU	ENCIA		PE	enc:	EDIN	/EN	το				CH	 RO			(DAD)E)TD	
0	1																			_
)	2					+						+							\dashv	
)	3																		\dashv	_
)	4																		\exists	
)	5																			
)	6																			
)	7																			
)	8																			
)	9																			
1	0																			
1	1																			
1	2																			
1	3																		\perp	_
1	4																		\dashv	
1	5											_							\dashv	
1	6		-						-			_					_		\dashv	_
1	7											_							\dashv	_
<u> </u>	8		-									\perp	_				_		\dashv	_
1	9																		\dashv	_
2	0																			_
													TO	OTAL						T
	ONSÁVEI	DEL	O DD	EEN	CH	MEN	TO N	IO EC	ידע ס די	ECI	MENI	TO D	E C A T	IDE.						_
:JP	ONSAVEI	- CEL	O PR	LLE1\	СПП	VIEIN	101	IO ES	IADE	للانتد	VIEIN	ע ט ז	i sat	DE.						

CADASTRO DO IDOSO

FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA

Secretaria de Estado de Saúde – MG - Coordenadoria da Atenção Básica

Fic	ha:		Secretaria Mun Sistema de Informação		Nome do ACS					
N	Município	Segmento	Unidade	Área	Microárea	Ano				
	IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO									
No	me:									
Nº	cartão SUS			Doc. Id:	Doc. Id:					
Da	ta. Nasc.:	/	/	Sexo: () Masculino () Fen	ninino				
Esc	colaridade:									
Enc	d.:									
	Classificaçã	o de risco: a resp	osta afirmativa à questão nº 1	1 ou a qualquer item da q	uestão nº 2,o idoso é co	nsiderado frágil.				
01	Acima de 8	0 anos		SIM	[NÃO				
02	60 anos ou	mais		SIM	I	NÃO				
03	Tem urina s	olta (Incontinêr	ncia urinária)	SIM]	NÃO				
04	Não é capaz	z de controlar as	fezes (Incontinência fecal)	SIM]	NÃO				
05	Usa mais de	e 5 (cinco) medi	camentos continuamente	SIM]	NÃO				
06	Tem mais d	e 5 (cinco) doen	ças confirmadas	SIM]	NÃO				
07	Em esqueci	mento progressi	vo que impede atividades no	ormais SIM]	NÃO				
80	Teve queda	nos últimos 6 m	neses	SIM]	NÃO				
09	Foi internac	lo nos últimos 6	meses	SIM	I	NÃO				
10	Está acama	do		SIM	I	NÃO				
11	Mora só			SIM	I	NÃO				
12	Mara em as	ilo (institucional	lizado)	SIM	I	NÃO				
13	Tem depend	lência para ativi	dades do dia a dia	SIM	I	NÃO				
14	É CONSID	ERADO IDOSC) FRÁGIL	SIM]	NÃO				
IN	CAPACIDA	DE/COMPRO	METIMENTO EM QUAN	NTOS ITENS						
			OUTRA	AS DOENÇAS						
()) Alcoolismo			scular Cerebral	() Diabetes					
()	Doença de l	Parkinson	() Doença Puln	nonar Obstrutiva Crônica	a () Fraturas					
	Hipertensão		() Osteoporose		() Pneumonia	l				
()) Doença de A	Alzheimer	Cartão de vacina	em dia () SII	M () NÃO					
	-	prótese dentária	removível			ista no último ano				
		icamentos? Cita								
	lérgico? Cita		· tou							
Ou	uas uvenças	confirmadas? C	ıtaı							



CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PRO	FISSIONAL*		CBO*	1-1 1 1	CNES*	1	INE	*	DATA*	,
<u> </u>			'''-	' ''			.	_''	<u>-' </u>	
CEP*: MUNICÍPIO*: UF*:									:	
BAIRRO*: TIPO DE LOGRADOURO*: NOME DO LOGRADOURO*:										
NÚMERO*: SEM NÚMERO COMPLEMENTO: PTO. REFERÊNCIA: MICROÁREA										CROÁREA*
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 Urbana Rural										
Casa	TIPO DE DOMICÍLIO Casa Apartamento Cômodo Outro Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a) Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica									
				← MATERIA	L PREDOMI	NANTE NA (CONSTRUC	ÇÃO DAS PAREDES EXTE	RNAS DE SEU DO	MICÍLIO >
Pavimento (Chão Batido	Fluvial C		Alvenaria/		Taipa:	Revestin	Outros: Madeira Aparo Material Apro	elhada O Palha	
	e Energia Elétrica?	Sim	Nao							
	NTO DE ÁGUA nada até o Domicílio	Poç Out		no Domicílio	Ciste	rna	Filtr	rada Fervida Tratamento		neral
FORMA DE ES	COAMENTO DO BA	NHEIRO O	U SANITÁRI	o ——			- DEST	INO DO LIXO		
	ora de Esgoto ou Plu um Rio, Lago ou Ma) Fossa Sépti) Céu Aberto	0	a Rudiment a Forma	ar	17	etado Queimado/ (Enterrado	Céu Aberto (Outro
ANIMAIS NO DO	MICÍLIO?						!			
) Não	Gato	Cacho	rro Pá	issaro	Outros	Q	uantos:		
FAMÍLIAS —										
№ PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RES	SPONSÁVI	EL**	DATA DE NA DO RESPO		(SAL. M		NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		_ _ _		/	/	W1012	34+			
		_ _ _		/	/	4912	34+	_		
		_ _ _		/	/	49912	34+			
		_ _ _		/	/	\(\frac{1}{4}\frac{1}{2}\)	34+	_		
TERMO DE REC Eu,	JSA DO CADASTRO			-		or(a) do R0	5 nº	, goza	ndo de plena col	nsciência
dos meus atos,	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.									

1/2

xistem outros profissionais de saúde vinculados à i	instituição (não inclui profissionais da redo	e pública de saúde)? Sim Não	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		5 pasea de cadae). 51111 5 14d5	
NOME:	DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA — CNS DO RESE	PONSÁVEL:	
CARGO NA INSTITUIÇÃO:		TEL. CONTATO:	
TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMA			
instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa		do RG nº, responsável saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta insti	
ciente de que esta recusa não implicara o não ate			

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

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, 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 medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

2/2

CD/e-SUS AB v.2.1

^{*}Campo obrigatório
**Campo com obrigatoriedade condicional



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 RESPONSA	ÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RI	ESPONS	ÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
	Sim Não					_
NOME COMPLETO:* _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _	_ _ _		_ _ _
NOME SOCIAL:			DATA DE	NASCIM	IENTO:* / /	SEXO:* FM
RAÇA/COR:* Branca Preta Parda	Amarela Indígena	Etnia:**		Nº N	NIS (PIS/PASEP) L	
NOME COMPLETO DA MÃE:* Desconhecido	_ _ _ _ _	_		_ _		
NOME COMPLETO DO PAI:*	_	.	_	_ _		
NACIONALIDADE:* Brasileira Naturalizado	Estrangeiro PAÍS DE N	ASCIMENTO:**			DATA DE NATURALIZAÇ	ÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UI	F DE NASCIMENT	·o:**			
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /	TELEFONE CELULAR:	()	[E-MAIL:		
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS — RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPON Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Ent Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Ger FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim N	eado(a) Neto(a)/Bisnet nro/Nora Outro parente				OCUPAÇÃO -	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQU		·		_	✓ SITUAÇÃO NO MERCA	ADO DE TRABALHO
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 E. Ensino Médio, Médio 2º Ensino Médio Especial Ensino Médio EJA (Sup Superior, Aperfeiçoame Doutorado Alfabetização para Adu Nenhum	² Ciclo (Científico, Te oletivo) ento, Especialização	écnico etc.)		Empregador Assalariado com ca Assalariado sem ca Autônomo com pre Autônomo sem pre Aposentado/Pensio Desempregado Não trabalha Servidor público/m Outro	orteira de trabalho evidência social evidência social onista
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? A	DARTICIDA DE ALG	utra(s) Criança(s) UM GRUPO	Adolesc		Sozinha Creche (Outro Sim () Não
	COMUNITÁRIO?		<i></i>	TGC F	PRIVADO?	JIII J Nao
E MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONA DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não SE SIM, QUAL? Heterossexual Bissexual Outra Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR ID Sim Não SE SIM, QUAL? Homem transexu Mulher transexu	ual Travesti	0	Sim C	QUAL(IS)? ————————————————————————————————————	initiva Outra
saída do cidadão do cadastro						
(SE Ó	BITO, INDIQUE:	Núme	ero da D.O.: _			
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVI	DIIAI DA ATENÇÃO P	ÁSICA ——				
Eu,		, portador(a) c			, gozando de s. Estou ciente de que ess	

Assinatura

1/2

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS	L SE SIM OLIAL É A I	MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTÁ GESTANTE? () Sim () Não	SE SIM, QUAL E A I	MATERNIDADE DE REFERENCIA:	
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? Abaixo do Peso Peso Adequado Acima	do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**	Sim Não
ESTÁ FUMANTE?	Sim Não	Asma DPOC/Enfisema Outra	Não Sabe
FAZ USO DE ÁLCOOL?	Sim Não	ESTÁ COM HANSENÍASE?	Sim Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	Sim Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE?	Sim Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	Sim Não	TEM OU TEVE CÂNCER?	Sim Não
TEM DIABETES?	Sim Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? "SE SIM, POR QUAL CAUSA?	Sim Não
TEVE AVC/DERRAME?	Sim Não	32 311,1 011 43712 3713371.	
TEVE INFARTO?	Sim Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?	Sim Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?	Sim Não	ESTÁ ACAMADO?	Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO?	Sim Não
Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS?	Sim Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	Sim Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** Insuficiência Renal Outro Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	Sim Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE————————————————————————————————————	QUAL?-	3 - QUAL?	
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA			
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?	Sim Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	Sim Não
< 6 meses	> 5 anos	SE SII I, INDIAGE AGAE(13).)
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?	Sim Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?	Sim Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?	Sim Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? ————	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? 1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes			
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**	Sim Não
Restaurante Popular Doação Restaurante Doação Grupo Religioso Doação de Popular	Outras	Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal	Outras

2/2

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

CI/e-SUS AB v.2.1

^{*}Campo obrigatório

^{**}Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

Externo do cartão

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde CARTÃO DE CONSULTA Acompanhamento da Unidade Básica Odontologia/Especializada Nome: Unidade: N° Prontuário:
OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO NO DIA DO ATENDIMENTO

Interno do cartão



CARTÃO DE CONTROLE DE GLICOSE (GL.)



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde



Nome:			 	
Oata nasc.:	/	/		
End.:				
Centro de Saúd	e:		 	
Nº Prontuário:				

CARTÃO DE CONTROLE DE GLICOSE (GL.)



• Os valores da GL. deverão ser registrados de acordo com o sentido das setas.

ESTE CARTÃO É IMPORTANTE PARA SUA SAÚDE. TRAGA-O SEMPRE CONSIGO.

				_	
DATA G.L.		_			
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.					
DATA GL.	-		-		



CARTÃO DE CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL (P.A.)



Prefeitura Municipal de Sabará Secretaria Municipal de Saúde



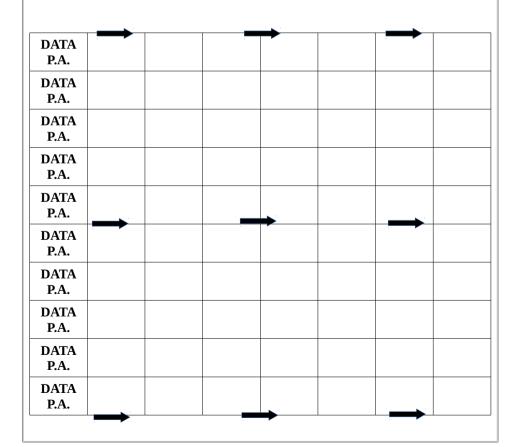
Nome:
Data nasc.:/
End.:
Centro de Saúde:
Nº Prontuário:

CARTÃO DE CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL (P.A.)



- Os valores da P.A. deverão ser registrados de acordo com o sentido das setas.
- Esses valores expressam a medida da P.A. em mmHg.

ESTE CARTÃO É IMPORTANTE PARA SUA SAÚDE. TRAGA-O SEMPRE CONSIGO.







SAE – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA-SABARÁ



HIV/AIDS - CD4/CV/TARV/GENO

NOME DO PACIENTE:

DATA DO	CARGA VI	IRAL	CI	04	TARV	D	ATA DE	MOTIVO DA TROCA	DATA DA	A GENO
EXAME	CÓPIAS	LOG	μl	%			INÍCIO			
			•							

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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 Apelido da Mulher CPF Nacionalidade Data de Nascimento^{*} Idade Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia Dados Residenciais Logradouro Número Complemento Bairro Município Código do Município CEP DDD Telefone Ponto de Referência Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo DADOS DA ANAMNESE 1. Motivo do exame* 7. Já fez tratamento por radioterapia?* Sim ☐ Não Não sabe Rastreamento Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) 8. Data da última menstruação / regra:* Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento) 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?* Não sabe / Não lembra Sim. Quando fez o último exame? 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida) ☐ Não Não sabe Não Não / Não sabe / Não lembra 3. Usa DIU?* Sim Não sabe 4. Está grávida?* Sim Não Não sabe 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) 5. Usa pílula anticoncepcional?* Sim Não Não sabe Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* Sim Não Não sabe EXAME CLÍNICO 11. Inspeção do colo* 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? ■ Normal ___ Sim Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) Não Alterado NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado Colo não visualizado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia. Data da coleta* Responsável* / ___ / __

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

IDENTIFICAÇÃO D	O LABORATÓRIO
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*
RESULTADO DO EXAME CITOPA	ATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO
AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*
AMOSTRA REJEITADA POR:	Satisfatória Satisfatória
Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário	Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
Lâmina danificada ou ausente	Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço Sangue em mais de 75% do esfregaço
Causas alheias ao laboratório; especificar:	Piócitos em mais de 75% do esfregaço
Outras causas; especificar:	Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*	Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
Escamoso	 Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço Outros, especificar
Glandular	Contos, especialcui
Metaplásico	
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO	1 , ,
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?	CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
Sim Não	Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS	
Inflamação	Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
Metaplasia escamosa imatura	Não se pode afastar lesão de alto grau
Reparação	De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
Atrofia com inflamação	Não se pode afastar lesão de alto grau
Radiação	ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS
Outros; especificar:	
MICROBIOLOGIA	Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
Lactobacillus sp	Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-
Cocos	epiteliais cervicais graus II e III)
Sugestivo de Chlamydia sp	Lesão intra-epitelial de alto grau , não podendo excluir micro-invasão
Actinomyces sp	Carcinoma epidermóide invasor
Candida sp	ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES
Trichomonas vaginalis	Allrias Em CELOLAS GLANDOLAKES Adenocarcinoma "in situ"
Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes	Adenocarcinoma invasor: Cervical
Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)	Endometrial
Outros bacilos	
Outros; especificar:	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*	

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Nome animal:
Código amostra:
Data da coleta:/
Resp. coleta:
Nº registro:

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Iome animal:
Código amostra:
Oata da coleta:/
lesp. coleta:
T ^o registro:

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Nome animal:
Código amostra:
Data da coleta:/
Resp. coleta:
Nº registro:

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Nome animal:
Código amostra:
Data da coleta:/
Resp. coleta:
Nº registro:

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Nome animal:
Código amostra:
Data da coleta:/
Resp. coleta:
Nº registro:

Prefeitura Municipal de Sabará

Centro de Controle de Zoonoses de Sabará R. Charles Gounor nº 250 – Sobradinho - Sabará/MG – 3674-6295.



DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Coleta de sangue realizada pelo CCZ (Centro de Controle de Zoonoses Sabará) para diagnóstico de leishmaniose visceral canina , o responsável deverá ligar para o ccz para conhecimento do resultado. Resultado positivo será comunicado pessoalmente por funcionário do ccz no momento do recolhimento do animal.

Nome animal:	
Código amostra:	
Nº registro:	

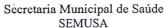
SISPNCD - SISTEMA DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE

	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL									Número de Controle:							
		UF: Município:									,	Ano:					
ERAIS	Localidade:						Categoria:						Zona:				
DADOS GERAIS		Atividade:										Microárea:					
	Ciclo/Ano:						Semana Epidemiológica:							Agente Comunitário de Saúde:			
				Nº de Imó	veis Trab	alhados	s por Tip	00			Nº imóvei	s			Pendências	,	
MPO	Total quart. Concluidos		Residência	Comércio	TB	PE	Our	tros	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Ins- pecionados	Amostras Coletada:		Fechados	Re- cuperados	
E CA	l					s					L		ال		L		
0 D					Nº (de Dep	ósitos Ir	specio	nados p	oor Tipo				_ ,,			
RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO			A1	A2	В		С		01	D2	E	Total		Depósitos Biminados			
0 TR												L					
No D			Depósito	s Tratados c							Adul	ticida Resid	lual)			
RESUN	Tipo				Qtde. (ml ou g) Dep. Tra Larvicida				Tipo				ıantidade ml ou g)	Total de agentes na semana	Total de dias trab. na semana		
							+		-	8			20				
			Nº de depósitos com A1 A2 B					pécimes, p	D1	D2	E Total						
					Λ.		712					DE		Total			
			Com Aede		150					eta.	i i	i Sa					
	Com Aedes albopictus							005					100	L			
			xa D'Água 1 - Pneus e c	A2 - Outro outros materi	-							quenos depo catas, entul	ósitos móvei hos E -	is C - Dep Depósitos na	oósitos fixos turais	_	
0	Nº de imóveis com e						espécimes, por tipo						Nº de exemplares				
RESUMO DO LABORATÓRIO	3			Residência		cio	ТВ	PI	PE	Outros	Total	Larva	as Pupa	as Exúvia de pur		s	
ABOF	3	Com Aede						+									
00 F			s albopictus	9 22				+							32	-	
MO	2	Outros						_								\exists	
RESU	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes a			s aegypti	aegypti Nº e seq. do		dos qua	os quarteirões co		com Aedes albopictus			quarteirões c + Aedes albor				
				5.0		-		+	2.						6.		
	33							+	2.				-		C.		
	3								2.						K-e		
	3,								6.				2		0		
	3					1 -			6						<i>x</i> .		
															0		

Fazer na SANTA CASA DE SABARÁ – 12 HORAS DE JEJUM



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ





Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA	303 3 303				
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES					
UNIDADE ASSISTENCIAL CTA-SAE Sabará	PRONTUÁRIO				
NOME DO PACIENTE					
SEXO M F Infectologia					
DADOS CLÍNICOS					
MATERIALA EXAMINAR SANGUE					
EXAMES SOLICITADOS					
Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total e frações, Triglicérides, Glicemia de jejum, TGO, TGP, FA, GGT, Uréia e Creatinina					
	IMBO E ASSINATURA				
LOCAL E DATA CARI	DASSINATURA				

Fazer na SANTA CASA DE SABARÁ – 12 HORAS DE JEJUM

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA					
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES						
UNIDADE ASSISTENCIAL CTA-SAE Saba	ará	PRONTUÁRIO				
NOME DO PACIENTE						
IE·.DE SEXO M	F Infectologia					
DADOS CLÍNICOS						
MATERIALA EXAMINAR SANGUE						
EXAMES SOLICITADOS						
Bilirrubinas totais e frações, Colesterol Total e frações, Triglicérides, Glicemia de jejum, TGO, TGP, FA, GGT, Uréia e Creatinina						
de	de 20					
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA				