

**MOVIMENTO DIARIO DE ATENDIMENTO
INDIVIDUAL DE DENTISTA/ ATENÇÃO BÁSICA**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	UNIDADE	DATA
CATEGORIA	223204 – DENTISTA CLINICO GERAL 2232B1 – DENTISTA DE SAUDE DA FAMILIA	

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

SEXO	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
IDADE															

ESPECIFICAÇÕES	REGISTRO DAS ATIVIDADES REALIZADAS															CÓD	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA																0301010153	
ATIVIDADES EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO AT. B.																0101010010	
APLICAÇÃO	TOPICA DE FLUOR INDIVIDUAL POR SESSÃO)															0101020074	
	CARIOSTATICO (POR DENTE)															0101020058	
	SELANTE (POR DENTE)															0101020066	
	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA															0101020082	
AÇÃO COLETIVA	ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA															0101020031	
	APLICAÇÃO TOPICA DE FLUOR GEL															0101020015	
	EXAME BUCAL C/ FINALIDADE EPIDEMIO.															0101020040	
	BOCHECHO FLUORADO															0101020023	
SELAMENTO	PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA															0101020090	
OBTURAÇÃO	DENTE DECIDUO															0307020037	
CONSULTA	DOMICILIAR															0301010137	
ATENDIMENTO	URGENCIA EM AT. B.															0301060037	
	CAPEAMENTO PULPAR															0307010015	
RESTAURAÇÃO	DENTE PERMANENTE POSTERIOR															0307010040	
	DENTE PERMANENTE ANTERIOR															0307010031	
	DENTE DECIDUO															0307010023	
PULPOTOMIA DENTARIA																0307020070	
ACESSO A POLPA DENT. E MEDICAÇÃO CURATIVO																0307020010	
VISITA DOMICILIAR																0307020029	
RAIOX																0101030029	
REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)																0204010187	
CONTENÇÃO OU ESPLINTAGEM																0414020243	
ODONTOSECÇÃO/RADILECTOMIA/TUNELIZAÇÃO																0414010019	
REMOÇÃO FOCO REDIDUAL																0414020219	
RASPAGEM	ALISAMENTO SUBGENGIVAS															0414020286	
	ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (POR SEXTANTE)															0307030016	
EXCISÃO E SUTURA																0307030016	
DRENAGEM DE ABCESSO																0404020097	
CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM																0404020054	
REDUÇÃO	CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO-DENT.															0414010019	
TRATAMENTO	ENUCLEADOR DE CISTO															0414010086	
	FISTULA BUCO-SINUSAL															0414010329	
	HEMORRAGIA															0414010256	
	ALVEOLITE															0414020359	
EXODONTIA	DECIDUO															0414020383	
	PERMANENTE															0414020120	
ULOTOMIA / ULECTOMIA																0414020138	
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS PSEUDOCISTOS																0414020405	
CURETAGEM PERAPICAL																0414020200	
CONDUTA	RETORNO															0414020073	
	ENCAMINHAMENTO P/ ESPECIALIDADE																
	ENCAMINHAMENTO P/ URGÊNCIA																

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.
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.
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!!!

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

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

RAÇA/COR _____ ETNIA INDIGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

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

COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO _____ MÊS ATENDIMENTO _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____

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

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

CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____

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

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA _____	QTDE. _____	DATA (DD/MM) _____	SERVIÇO _____	CLASSIFICAÇÃO _____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território

AÇÕES REALIZADAS

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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **MG** NÚMERO **02.722.126**
Série N

Data: ____ / ____ / ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **MG** NÚMERO **02.722.126**
Série N

De ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____

Órgão Emissor: _____
Hércules Antônio Borges - ME - Rua Domingos Francisco, 178-A - N. Sra. da Conceição - CEP 34505-770 - Sabará - MG - Fone: (31) 3671-1255 / 4133-0681 - CNPJ 71.108.963/0001-71
400 Elicóps - 25X1 Via - Notificação de Receita B - Série N - Numeração de 02.718.801 a 02.728.800 - Autorização VISA Nº M-40.653 em 28/03/2017.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Dom Pedro II, 200 - Centro - Sabará - MG - Fone: 3672-7701

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data



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



PARA O (A) SR(A):	DATA DE NASC:	PRONTUÁRIO:
ENDEREÇO:		FONE:

EXAME DE REFRAÇÃO

LONGE	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BASE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO						
OLHO ESQUERDO						
PERTO	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BASE	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 _____ de _____
 LOCAL E DATA

 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



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



PARA O (A) SR(A):	DATA DE NASC:	PRONTUÁRIO:
ENDEREÇO:		FONE:

EXAME DE REFRAÇÃO

LONGE	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BASE	DIST. PUPILAR
OLHO DIREITO						
OLHO ESQUERDO						
PERTO	ESFÉRICO	CILINDRICO	EIXO	PRISMA	BASE	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 _____ de _____
 LOCAL E DATA

 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



Prefeitura Municipal de Sabará
Secretaria Municipal de Saúde
SEMUSA



RECEITUÁRIO MÉDICO

____/____/20____

CARIMBO E ASSINATURA



Prefeitura Municipal de Sabará
Secretaria Municipal de Saúde
SEMUSA



RECEITUÁRIO MÉDICO

____/____/20____

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ

SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará



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

UNIDADE DE ASSISTENCIAL

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

M

F

CLÍNICA:

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

SABARÁ, _____ DE _____ DE 20_____

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ

SEMUSA - Secretaria Municipal de Sabará



UNIDADE DE ASSISTENCIAL

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

M

F

CLÍNICA:

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

SABARÁ, _____ DE _____ DE 20_____

CARIMBO E ASSINATURA

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina Hemorrágica

Nódulo:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização
 QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

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

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

____ / ____ / ____ | _____

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

____ | _____

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - 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**



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: ____/____/____



**Secretaria Municipal de Saúde
CEAE / CEMAE - 3674-2871
RETORNO 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: ____/____/____

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: ____/____/____
 menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residencia:

19 UF: 19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº 23 Complemento

24 Ponto de referência 25 CEP

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

26 Telefone fixo 27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade 30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

DADOS PESSOAIS

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

[01] Convive com companheiro e filho(s)
[2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
[3] Convive com companheiro, com filho(s) e/ou outros familiares
[4] Convive com familiar(es), sem companheiro
[5] Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
[6] Vive só

[11] branca
[2] preta
[3] amarela
[4] parda
[5] indígena
[9] ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro: 35 Folha: 36 Termo 37 Data de emissão:

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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE
DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

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

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. 52 Tipo de gravidez: Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada 53 Gravidez Planejada NÃO SIM

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____ 55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gestas Prévias

<2500g Ectópica

>4500g Pré-eclâmpsia Eclâmpsia

Final da gestação anterior, < de 1 anos

Abortos

3 ou mais abortos

Parto Vaginal

Partos Cesariana

2 Cesarianas prévias

Nascidos Vivos

Nascidos vivos mortos 1 Semana depois 1 Semana

Vivem

Diabetes NÃO SIM

Pré-eclâmpsia NÃO SIM

Eclâmpsia NÃO SIM

Cardiopatia NÃO SIM

Tromboembolismo NÃO SIM

Doença Mental NÃO SIM

Hipertensão NÃO SIM

Outros, qual: _____

SISPRENATAL :

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ____/____/____

GESTACÃO ATUAL

57

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

SITUAÇÃO VACINAL

58 Situação da vacina antitetânica

[1] Não vacinada INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
[2] Imunizada a menos de 5 anos 2ª ____/____/____;
[3] Imunizada a mais de 5 anos 3ª ____/____/____;
[4] Vacinação incompleta Reforço ____/____/____.
[9] Ignorado

59 Hepatite B

[1] Sim INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
[2] Não 2ª ____/____/____;
[9] Ignorado 3ª ____/____/____;

60 INFLUENZA

[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado
DATA ____/____/____

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

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

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

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

TESTES RÁPIDOS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
65 Gravidez	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	66 Sífilis	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
67 HIV	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	70 Hemoglobina HB<11g/dl	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Anemia Tratada? () Sim () Não
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	72 VDRL+	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
75 Urina , Alteração?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não	Data: ____/____/____	IgG Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	IgM Positivo ?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
79 Ultrassom Obstétrico	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não
			78 Outros informar: _____	

EX. ADICIONAIS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		
83 TOT alterado	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		

EX. EXAMES ESPECIAIS



	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
84 Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Ácido Úrico	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
86 Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91 Outros	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
92 Cardiotocografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		

93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ____/____/____



Nome Completo/Nome da Mãe/Endereço Completo	¹ Faixa 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 Raça*	³ Documento: (1) Cartão SUS, (2) CPF ou (3) NIS*	<u>Peso (Kg)*</u>	<u>Altura (metros)*</u>	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-gestacional (Kg) (apenas para gestantes)	⁵ Doenças*	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*																	

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) diarreia; (4) infecções intestinais virais; (5) infecção respiratória aguda; (6) hipovitaminose A; (98) outras deficiências e/ou intercorrências; (99) sem 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.

Fazer no DEMAN – Coletar urina e fezes – Jejum 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					
ID..DE		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		CLÍNICA Infectologia	
DADOS CLÍNICOS					
MATERIAL A EXAMINAR SANGUE, URINA E FEZES					
EXAMES SOLICITADOS Hemograma, VDRL, TSH, T4 livre, EAS e EPF					
_____ de _____ de 20 _____			_____		
LOCAL E DATA			CARIMBO E ASSINATURA		

Fazer no DEMAN – Coletar urina e fezes – Jejum 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					
ID..DE		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		CLÍNICA Infectologia	
DADOS CLÍNICOS					
MATERIAL A 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 Nº:

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

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

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território

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

04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

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

Obrigatório somente para antropometria

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

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada

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

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 : 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 CI na entrega

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

____ / ____ / ____

RESULTADO

Procedimento cirúrgico

- Biópsia incisional
 Biópsia excisional
 Biópsia por agulha grossa (core biopsy)
 Biópsia estereotáxica
 Ressecção segmentar
 Excisão de ductos principais
 Mastectomia glandular
 Ressecção segmentar com esvaziamento axilar
 Mastectomia simples
 Mastectomia radical e radical modificada

Recebido em

____ / ____ / ____

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material

- Satisfatória
 Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR

Dimensão máxima tumor dominante

- < 2cm
 2 - 5cm
 > 5cm
 Não avaliável

Dimensão máxima tumor secundário

- < 2cm
 2 - 5cm
 > 5cm
 Não avaliável

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES

- Sim
 Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

- Hiperplasia ductal sem atípias
 Hiperplasia ductal com atípias
 Hiperplasia lobular com atípias
 Adenose, SOE
 Lesão esclerosante radial
 Condição fibrocística
 Fibroadenoma
 Papiloma solitário
 Papiloma múltiplo
 Papilomatose florida do mamilo
 Mastite
 Outros _____

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)

- Carcinoma intraductal (*in situ*) de baixo grau histológico
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de grau intermediário
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de alto grau histológico
 Carcinoma lobular *in situ*
 Doença de Paget do mamilo sem tumor associado
 Carcinoma ductal infiltrante
 Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante
 Carcinoma lobular invasivo
 Carcinoma tubular
 Carcinoma mucinoso
 Carcinoma medular
 Outros _____

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO

- Sim - especifique _____
 Não

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

- Multifocalidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Multicentricidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Grau histológico I II III Não avaliável
 Invasão vascular Sim Não Não avaliável
 Infiltração perineural Sim Não Não avaliável
 Embolização linfática Sim Não Não avaliável

Extensão do tumor:

- Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração
 Não Não avaliável

- Mamilo Sim Não Não avaliável
 Músculo peitoral Sim Não Não avaliável
 Fáscia do peitoral Sim Não Não avaliável
 Gradil costal Sim Não Não avaliável

Margens Cirúrgicas Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Não avaliável

Linfonodos Axilares Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados _____

Número de linfonodos comprometidos:

- 0 (zero) 1 a 3 4 a 10 mais de 10

Presença de coalescência linfonodal Sim Não Não avaliável

Extravasamento da cápsula linfonodal Sim Não Não avaliável

Receptores hormonais:

- Receptor de estrogênio Positivo Negativo NR
 Receptor de progesterona Positivo Negativo NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

- Sim, especifique _____
 Não

Observações _____

Data da liberação do resultado _____ / _____ / _____

Médico Responsável pelo resultado

CRM

CNPF(CPF)

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
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Tipo de procedimento cirúrgico*

- Biópsia
 Exereses da Zona de Transformação
 Conização
 Histerectomia Simples
 Histerectomia c/anexectomia uni ou bilateral
 Outros _____

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

- Biópsia, número de fragmentos _____
 Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ x _____ cm
 Distância da margem mais próxima _____ mm
 localização do tumor:
 Ectocérvice
 Endocérvice
 Junção 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 viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

- NIC I (displasia leve)
 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)
 Moderadamente diferenciado (Grau II)
 Pouco diferenciado (Grau III)
 Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

- Profundidade da invasão _____ mm
 Vascular
 Sim
 Não
 Corpo uterino
 Sim
 Não
 Peri-neural
 Sim
 Não
 Vagina
 Sim
 Não
 Parametrial
 Sim
 Não
 Linfonodos regionais examinados _____ e comprometidos _____

Margens cirúrgicas

- Livres
 Comprometidas
 Impossível de serem avaliadas

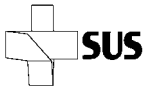
Diagnóstico Descritivo _____

Controle de representação histológica*
 Fragmentos
 Blocos

Data do resultado* _____ / _____ / _____

Responsável*

CRM



LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO () CNS () CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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);
- () 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.

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

Esp.: _____
Dr.(a): _____
Nome: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____
Ass.: _____



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*

CBO:*

Cód. CNES UNIDADE:*

Cód. EQUIPE (INE):*

DATA:*

/ /

Nº CARTÃO SUS: _____

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:*

/ /

Sexo:*

Feminino

Masculino

Local de Atendimento:*

CRIANÇAS MENORES**
DE 6 MESES

A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
Mingau	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Água/chá	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Leite de vaca	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Fórmula Infantil	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Suco de fruta	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Fruta	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe
Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**

A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/>	1 vez	<input type="radio"/>	2 vezes	<input type="radio"/>	3 vezes ou mais	<input type="radio"/>	Não Sabe				
Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/>	1 vez	<input type="radio"/>	2 vezes	<input type="radio"/>	3 vezes ou mais	<input type="radio"/>	Não Sabe				
Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/>	Em pedaços	<input type="radio"/>	Amassada	<input type="radio"/>	Passada na peneira	<input type="radio"/>	Liquidificada	<input type="radio"/>	Só o caldo	<input type="radio"/>	Não Sabe
<i>Ontem a criança consumiu:</i>												
Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Mingau com leite	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
iogurte	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, beralha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Fígado	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Feijão	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/>	Café da manhã	<input type="checkbox"/>	Lanche da manhã	<input type="checkbox"/>	Almoço	<input type="checkbox"/>	Lanche da tarde	<input type="checkbox"/>	Jantar	<input type="checkbox"/>	Ceia
<i>Ontem você consumiu:</i>												
Feijão	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	Não Sabe						
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/>	Sim	<input type="radio"/>	Não	<input type="radio"/>	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**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	UNIDADE
CATEGORIA: 223115 – MÉDICO CLÍNICO	DATA: / /

REGISTRO PRONTUÁRIO														
1		3		5		7		9		11		13		15
2		4		6		8		10		12		14		

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
SEXO															
IDADE															

ESPECIFICAÇÕES	REGISTRO DE ATIVIDADES REALIZADAS															CÓD.	TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15		
ATIVIDADE EDUCATIVAS/ORIENTAÇÕES EM GRUPO																0101010010	
VISITA DOMICILIAR																0101030029	
ATIVIDADES FÍSICAS EM GRUPO																0101010036	
AVALIAÇÃO ANTO MÉTRICA																0101040024	
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL																0301010039	
CONSULTA	CONSULTA MÉDICA															0301010064	
	AVAL. CLÍNICO FUMANTE															0301010099	
	DOMICILIAR															0301010137	
	DIG. TUBERCULOSE															0301010021	
	HANSENÍASE															0301010064	
	TRAT (SUPE CURA) TUBER.															0301010013	
MOTIVO DA CONSULTA	VIOLÊNCIA																
	EXC. SUTURA , LESÃO NA BOCA															0404020097	
	ELETROCARDIOGRAMA															0211010036	
	OUTROS																

T R A T A M E N T O A C O M P A N H A M E N T O	DENGUE															0303010010	
	DENGUE HEMORRÁGICA															0303010029	
	HANSENÍASE															0303010088	
	TUBERCULOSE (POR DIA)															0303010215	
	MICOSE															0303010169	
	DOENÇA INFEC. INTESTINAL															0303010061	
	OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS															0303010037	
	INFEC. DE TRANSMISSÃO SEXUAL															0303010126	
	HEPATITES VIRAIS															0303010118	
	OUTRAS DOENÇ. CAUSADAS POR VÍRUS															0303010193	
	ANEMIA NUTRICIONAL															0303020059	
	DIABETES															0303030038	
	DESNUTRIÇÃO															0303030020	
	DISTÚRBIOS METABÓLICOS															0303030046	
	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO															0303060190	
	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA															0303060212	
	CRISE HIPERTENSIVA															0303060107	
	CRISE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA															0303060182	
	MIOCARDIOPATIA															0303060239	
	INTERCORRÊNCIAS CLÍNI. GRAVIDEZ															0303100044	
PNEUMONIA OU INFLUENZA (GRIPE)															0303140151		
HIV (AIDS) POR DIA															0303180072		
OUTROS															0401010023		

**MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO
INDIVIDUAL DE ENFERMEIRO**



RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	UNIDADE:	DATA
CATEGORIA 223505 - ENFERMEIRO 223545 - ENFERMEIRO OBSTÉTRICO 2235C1 - ENFERMEIRO SAÚDE DA FAMÍLIA 2235C2 - ENFERMEIRO DO PACS		

REGISTRO PRONTUÁRIO														
01	03	05	07	09	11	13	15	02	04	06	08	10	12	14

SEXO	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
IDADE															

ESPECIFICAÇÕES		REGISTRO DAS ATIVIDADES REALIZADAS															CÓD	TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15		
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA																	0101040024	
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL																	0301100039	9
MEDICAÇÃO	INJETÁVEIS	SC/ID															0301100020	
		IM															0301100020	
		EV															0301100020	
	ORAL/INSTILAÇÃO																0301100020	
	PARA TUBERCULOSE																0301100020	
	PARA HANSENIASE																0301100020	
INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO																0301100101		
TRO																0301100187		
CURATIVO	SIMPLES															0401010023		
	PEQUENO QUEIMADO															0413010058		
	ACOMP. PACIENTE PEQUENO QUEIMADO															0413010040		
	DRENAGEM/DREBRIDAMENTO															0401010031		
RETIRADA	PONTOS															0301100152		
	CORPO ESTRANHO															0404010300		
	MIIASE																	
VISTA	RECÉM-NASCIDOS															0101030010		
	DESNUTRIDOS															0101030010		
	ACAMADOS															0101030010		
	P/ TUBERCULOSE															0101030010		
	P/ HANSENIASE															0101030010		
	OUTROS MOTIVOS															0101030010		
ATIVIDADE EDUCATIVA NA COMUNIDADE	HIPERTENSOS															0101010010		
	DIABÉTICOS															0101010010		
	SAÚDE DO IDOSO															0101010010		
	NÃO ESPECIFICADO															0101010010		
COLETA	MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL PREVENTIVO															0201020041		
																0201020033		
	TESTE PEZINHO															0201020050		
TESTE GLICOFITA																0214010015		
REALIZAÇÃO DE PPD																0202030245		
ACOMP. EM TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA																0301030154		
ATIVIDADES EM GRUPO/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO																0101010010		
ORDENHA MAMARIA																0301100136		
OXIGÊNIO TERAPIA																0301100144		
ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO																0101010036		

**MOVIMENTO DIÁRIO DE ATENDIMENTO
INDIVIDUAL DE MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	UNIDADE
CATEGORIA: 223116 – MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	DATA: / /

REGISTRO PRONTUÁRIO														
1		3		5		7		9		11		13		15
2		4		6		8		10		12		14		

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
SEXO															
IDADE															

RELAÇÃO DO NÚMERO DE SISPRENATAL														
1		3		5		7		9		11		13		15
2		4		6		8		10		12		14		

ESPECIFICAÇÕES	REGISTRO DE ATIVIDADES REALIZADAS															CÓD.	TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15		
AFERIÇÃO DE PRESSÃO																0301100039	
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA																0101040024	
ATIVIDADES EDUC./ORIENTAÇÕES GRUPO																0101010010	
VISITA DOMICILIAR																0101030029	
ASS. DOMICILIAR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR																0301050023	
ATIVIDADES FÍSICAS EM GRUPO																0101010036	
CADASTRAMENTO DE GESTANTES																0801010012	
CONSULTA	AVAL.CLÍNICO FUMANTE															0301010099	
	PRÉ-NATAL															0301010110	
	PUERPERAL															0801010012	
	DOMICILIAR															0301010137	
	1º CONSULTA R.N															0301010145	
	PUERICULTUTA															0301010080	
	DIG. TUBERCULOSE															0301010021	
	HANSENIASE															0301010064	
	TRAT(SUPE.CURA) TUBER.															0301010013	
	CONSULTA MÉDICA															0301010064	
INDICAÇÕES	DIAFRAGMA															0301040010	
	DIU															0301040028	
COLETA DE MAERIAL	CITOPATOLÓGICO															0201020033	
	TRIAGEM NEONATAL															0201020050	
M O T I V O - N A T A L A T E N D I M E N T O	1º TRIM																
	2º TRIM.																
	3º TRIM.																
	Risco gestante (B – baixo) (A - alto)																
	Nº DE COUNSLTAS (INCLUINDO ESTA)	1 A 3															
		4 A 6															
		7 OU MAIS															
	EX. PROTOCOLO REALIZADO	ABO / RH															
		VDRL															
		URINA															
		GLICEMIA															
		HB															
		HT															
		Hbs Ag															
		IGM / IGG - TOXO															
ANTI - HIV																	
VACIANA ANTI-	1º DOSE																



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ
Secretaria Municipal de Saúde
Odontologia

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	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ
Secretaria Municipal de Saúde
Odontologia

Agendamento Diário
Controle de Lesão
(MANHÃ/TARDE)

Unidade:

Equipe de Referência:

_____/_____/_____ Horas Prontuário Nome Obs				_____/_____/_____ Horas Prontuário Nome Obs			
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	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ
Secretaria Municipal de Saúde
Odontologia

Agendamento Diário
Controle de Lesão
(TARDE/MANHÃ)

Unidade:

Equipe de Referência:

____/____/____				____/____/____			
Horas	Prontuário	Nome	Obs	Horas	Prontuário	Nome	Obs
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	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ
Secretaria Municipal de Saúde
Odontologia

Agendamento Diário
Controle de Lesão
(TARDE/TARDE)

Unidade:

Equipe de Referência:

____/____/____				____/____/____			
Horas	Prontuário	Nome	Obs	Horas	Prontuário	Nome	Obs
13:10				13:10			
13:30				13:30			
13:50				13:50			
14:10				14:10			
14:30				14:30			
14:50		Intervalo		14:50		Intervalo	
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		Término	



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

R: CHARLES GOUNOT, Nº 250, B: SOBRADINHO, CEP: 34565-220-SABARÁ
Fone: (31) 3674-6295- Telefax (31) 3674-6295

Controle de Roedores

Nº Ordem de Serviço:

01 - Cadastro do Solicitante

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Referência: _____

Área: _____ Quarteirão: _____

Tipo de Imóvel:
 Residência Prédio Comércio Órgão Público Escola Unidade de Saúde Lote Vago
 Indústria Logradouro Público Outros (especificar) _____

Problema:
 Ratazana Camundongo Rato de Telhado

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 _____

Presença de Roedores: Sim Dia Não Noite
Presença de animais domésticos:
Quais: _____

03 - Orientações repassadas para o morador

As observações assinaladas abaixo referem-se à situação encontrada no imóvel no ato da vistoria.
1 – Telar ralos e outras passagens de água nas áreas interna e externa.
2 – Recompôr 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, aparados e /ou capinados.
6 – Limpar e organizar depósitos e áreas externas evitando acúmulo de pedras, madeiras, tijolos, entulhos, etc.
7 – Manter o ambiente limpo, acondicionando adequadamente alimentos e o lixo.
8 – Realizar o controle da população de baratas e/ou outros insetos.
9 – Colocar o lixo em saco plástico em recipiente fechado ou em locais altos. Colocá-los ensacados na rua nos dias e horários de coleta.
10 – Não jogar lixo ou entulho no quintal, córrego e lotes vagos.
11 – Guardar alimentos em embalagens bem fechadas e em locais elevados do chão.
12 – Manter móveis afastados da parede.
13 – Não acumule garrafas, engradados e materiais de construção ou troque-os de lugar pelo menos uma vez por mês.
14 – Telar e /ou vedar portas e janelas.
15 – Limpar restos de ração de animais jogados no chão, recolher e lavar os comedouros no período noturno.
16 – Manter os abrigos de animais sempre limpos.
17 – Tampar adequadamente as caixas de gordura e esgoto não deixando frestas.
18 – Estocar mercadoria sobre estrados afastados do chão, das paredes e/ou um espaço que permita a inspeção e higienização em todos os lados.
19 – Instalar tampas em pontos de luz, caixas de fiação abertas e de telefone.
X- Outros (quais) : _____

Data da próxima vistoria: _____

Assinatura do morador (1ª vistoria) _____ Assinatura do agente/número: _____

Observações (2ª visita):
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- X-

Raticida:
Bloco (unid) : _____ Isca (unid) : _____ Pó (grs) : _____

Assinatura do Morador (2ª vistoria): _____

Assinatura do Agente/número: _____ Assinatura do Responsável _____



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

R: CHARLES GOUNOT, Nº 250, B: SOBRADINHO, CEP: 34565-220-SABARÁ
Fone: (31) 3674-6295- Telefax (31) 3674-6295

Controle de Vetores

Nº Ordem de Serviço:

01 - Cadastro do Solicitante:

Nome:

Telefone:

Endereço:

Bairro:

Referência:

Quarteirão:

Área:

Tipo de Imóvel:

1 Residência 1 Prédio 1 Comércio 1 Órgão Público 1 Escola 1 Unidade de Saúde 1 Lote Vago
1 Indústria 1 Logradouro Público 1 Outros (especificar) _____

Problema:

1 Piolho de pombo 1 Pulga 1 Mosquito 1 Carrapato 1 Barbeiro 1 Caramujo 1 Percevejo

02 - Dados Sobre o Trabalho

Data da Solicitação:

Data da Vistoria:

03 - Orientações repassadas para o morador

As observações assinaladas abaixo se referem à situação encontrada no imóvel no ato da vistoria.

1 – Telar ralos e outras passagens de água nas áreas interna e externa.

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, aparados e /ou capinados.

6 - Limpar e organizar depósitos e áreas externas evitando acúmulo de pedras, madeiras, tijolos, entulhos, etc.

7 - Manter o ambiente limpo, acondicionando adequadamente alimentos e o lixo.

8 – Realizar o controle da população de baratas e/ou outros insetos.

9 – Colocar o lixo em saco plástico em recipiente fechado ou em locais altos. Colocá-los ensacados na rua nos dias e horários de coleta.

10 – Não jogar lixo ou entulho no quintal, córrego e lotes vagos.

11 – Guardar alimentos em embalagens bem fechadas e em locais elevados do chão.

12 – Manter móveis afastados da parede.

13 – Não acumule garrafas, engradados e materiais de construção ou troque-os de lugar pelo menos uma vez por mês.

14 – Telar e /ou vedar portas e janelas.

15 – Limpar restos de ração de animais jogados no chão, recolher e lavar os comedouros e bebedouros no período noturno.

16 – Manter os abrigos de animais sempre limpos.

17 – Tampar adequadamente as caixas de gordura e esgoto não deixando frestas.

18 – Estocar mercadoria sobre estrados afastados do chão, das paredes e/ou um espaço que permita a inspeção e higienização em todos os lados.

19 – Instalar tampas em pontos de luz, caixas de fiação abertas e de telefone.

20 – Vedar caixas d'água e demais reservatórios.

21 – Eliminar qualquer recipiente que possa acumular água.

22 – Manter as calhas limpas e desobstruídas.

23 – Telar e/ou vedar vãos e frestas onde os pombos possam se abrigar.

24 – Não alimentar os pombos.

25 – Controlar de carrapatos/pulgas nos animais e no ambiente.

26 – Usar aspirador de pó em todo o ambiente, priorizando cantos e frestas.

27 – Evitar que os animais tenham acesso a rua.

28 – Eliminar colchões e móveis infestados.

Xoutros(quais) _____

Assinatura do morador

Assinatura 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 _____,

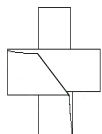
permaneceu nesta unidade do dia ____/____/____, de

_____ às _____ horas para fins de: _____

_____.

Unidade de Saúde

Carimbo e assinatura do emitente



SUS

PCE - PROGRAMA DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE



DIÁRIO DE COPROSCOPIA E TRATAMENTO				01 Controle	02 UF	03 Regional de Saúde	04 Folha		
05 Município		06 Nº e Nome da Localidade			07 Categoria da Localidade		08 Micro área		
09 Fase	1-LIT, 2-AVR 3-VIG	Nº	10 Data Coproscopia	11 Data Laboratório	12 Data tratamento	13 Coproscopia 1- inq. Cencitário 2-inq por amostragem 3- busca passiva		14 Tratamento 1-Total da população (Coletivo) 2- positivos 3-positivos conviventes	

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	RESULTADO DO EXAME COPROLÓGICO										40	41	42	43	44	45						
										25	26	27	28	29	30	31	32	33	34							35	36	37	38	39	
Nº Quarteirão	nº casa	Situação de Casa	Nº prontuário família	Nº de residentes	Nome dos residentes	Idade/Data nascimento	Sexo	Nº amostra ou Nº cartão SUS	Amostra recolhida?	S.m. Nº ovos	Asc	Anc	Tae	TT	EV	SS	HN	EH	EC	IB	EM	GL	outro	Peso (Kg)	Conv. a tratar	Med. S.m.	Quantidade Consumida	Medic. Helminto	Medic. Protozoario	Motivo não tratamento	
01																															
02																															
03																															
04																															
05																															
06																															
07																															
08																															
09																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

46 Matrícula/Nome Ag. de saúde (distribuição/coleta recipiente)	47 Matrícula/Nome do técnico do laboratório	48 Matrícula/Nome Ag. Saúde que efetuou o tratamento	49 Matrícula/Nome do supervisor
---	---	--	---------------------------------

50 - Legenda		51 - Abreviaturas			
Situação da Casa	0-normal. 1-nova, 2-demolidada, 3-desabitada, 4-fechada, 5-nova desabitada, 6-nova fechada, 7-Recusa	S.m. - Shistosoma mansoni	TT - Trichuris trichiura	EH - Entamoeba histolytica	GL - Giardia Lamblia
Medicamento	1-Mansil capsula, 2-Mansil Xarope, 3-Praziquantel, 4-Praziquantel Xarope, 5-Albendazol, 6-Mebendazol, 7-Tiabendazol 8-Ivermectina, 9-Tinidazol, 10-Metronidazol, 11-Secnidazol, 99-não tratado	ASC - Ascaris lumbricoides	EV - Enterobius vermicularis	EC - Entamoeba coli	
Contra-indicação	1-cardíaco 2-convulsões 3-grávida 4-febril 5-outros 6-recusa 7-ausente 8-amamentação	ANC - Ancilostomídeos	SS - Strongyloides stercoralis	IB - Iodamoeba bütschlii	
		TAE - Taenia sp	HN - Hymenolepis nana	EM - Endolimax nana	



FORMULÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

NOME DO USUÁRIO: _____

U.S.: _____ D.N.: ___/___/___ PRONTUÁRIO: _____

DATA DA ESTRATIFICAÇÃO: ___/___/___

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO)

PREDITORES	PONTOS
IDADE	
HDL	
COLESTEROL TOTAL	
PAS NÃO TRATADA	
PAS TRATADA	
TABAGISMO	
DIABETES	
TOTAL	

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 TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE DE SAÚDE.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GLOBAL PARA EVENTO CARDIOVASCULAR MAIOR:

BAIXO (< 10% EM 10 ANOS) MODERADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS)

ESTRATIF. DE RISCO P/ A ORGAN. DA REDE: BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO

NOME E REGISTRO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: _____

DATA DA ESTRATIFICAÇÃO: ___/___/___

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL (FRAMINGHAM REVISADO - RISCO CLÍNICO)

PREDITORES	PONTOS
IDADE	
HDL	
COLESTEROL TOTAL	
PAS NÃO TRATADA	
PAS TRATADA	
TABAGISMO	
DIABETES	
TOTAL	

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 TABELAS DIFERENCIADAS POR SEXO E DISPONÍVEIS NA UNIDADE DE SAÚDE.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GLOBAL PARA EVENTO CARDIOVASCULAR MAIOR:

BAIXO (< 10% EM 10 ANOS) MODERADO (10% A 20% EM 10 ANOS) ALTO (>20% EM 10 ANOS)



ESTRATIF. DE RISCO P/ A ORGAN. DA REDE: BAIXO MODERADO ALTO MUITO ALTO

NOME E REGISTRO DO PROFISSIONAL 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	
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES		
UNIDADE ASSISTENCIAL	CTA-SAE Sabará	PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE		
ID - DE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CLÍNICA Infectologia
DADOS CLÍNICOS		
MATERIAL A EXAMINAR		
EXAMES SOLICITADOS		
Sorologia Toxoplasmose IgG, CMV IgG, Anti-HAV total, HBsAg, Anti-HBs, AntiHBc total, Anti-HCV, Anti-HTLV, Sorologia para Chagas		
_____ de _____ de 20 _____		_____
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA

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

	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		
ID - DE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CLÍNICA Infectologia
DADOS CLÍNICOS		
MATERIAL A EXAMINAR		
EXAMES SOLICITADOS		
Sorologia Toxoplasmose IgG, CMV IgG, Anti-HAV total, HBsAg, Anti-HBs, AntiHBc total, Anti-HCV, Anti-HTLV, Sorologia para Chagas		
_____ de _____ de 20 _____		_____
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA



FICHA DE ACOLHIMENTO SAE SABARÁ

DADOS DO SERVIÇO

CNES	7 0 0 9 4 8 8	Prontuário	
CNS		DATA DA PRIMEIRA CONSULTA	MÉDICO
NÚMERO DE SINAN (Hepatites Virais)		DATA DA NOTIFICAÇÃO (Hepatites Virais)	

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

NOME DO CLIENTE	
NOME SOCIAL	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE	
IDENTIDADE N°/ORGÃO	CPF
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NATURALIDADE
SITUAÇÃO CONJUGAL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Amasiado <input type="checkbox"/> NR	OCUPAÇÃO
ESCOLARIDADE Analfabeto 1ª a 4ª séries incompletas 1ª a 4ª séries completas 5ª a 8ª séries incompletas Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Educação superior incompleta Educação superior completa Ignorado	
COR Branca Preta Parda Amarela Indígena Ignorado	CONVÊNIO DE SAÚDE Não Sim. Qual?
ENDEREÇO (RUA/AV E N°)	COMPLEMENTO
CIDADE	BAIRRO
CEP	TELEFONES

DIAGNÓSTICO COMPARTILHADO

<input type="checkbox"/> Sim. Com quem?	<input type="checkbox"/> Não	Telefone para contato
---	------------------------------	------------------------------

HISTÓRIA CLÍNICA

MOTIVO DA ENTREVISTA			
<input type="checkbox"/> Tratamento/Sintomático	<input type="checkbox"/> Tratamento/Assintomático	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Outros:
FORMA DE ENCAMINHAMENTO			
<input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> Hospital Geral	<input type="checkbox"/> Rede Básica	<input type="checkbox"/> Iniciativa Própria
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Solicitação Médica	<input type="checkbox"/> Outros	

DOAÇÃO DE SANGUE

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quando?	Local:	Resultado HIV <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente Indeterminado Ignorado
--	---------------	---

SOROLOGIA ANTI-HIV ANTERIOR

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quando?	Local:	Resultado HIV <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente Indeterminado Ignorado
--	---------------	---

EXAMES

		Data	Resultado	Local
Anti-HIV	<input type="checkbox"/> TR	___/___/___		
Confirmatório	<input type="checkbox"/> Venoso	___/___/___		
HBsAg		___/___/___		
Anti-HBc total		___/___/___		
Anti-HBs		___/___/___		



PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE A DENGUE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL

Dengue SE: _____ Ano: _____
() Suspeito () Confirmado

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

End: _____ N° _____

Bairro: _____ Sabará/MG

Data da notificação: ___/___/___ Início dos sintomas: ___/___/___

- 1) 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? ___/___/___

Obs: _____

Responsável pela investigação: _____

Resultado da amostra encontrada: _____ Data: ___/___/___



PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE A DENGUE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO AMBIENTAL

Dengue SE: _____ Ano: _____
() Suspeito () Confirmado

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

End: _____ N° _____

Bairro: _____ Sabará/MG

Data da notificação: ___/___/___ Início dos sintomas: ___/___/___

- 1) 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? ___/___/___

Obs: _____

Responsável pela investigação: _____

Resultado da amostra encontrada: _____ Data: ___/___/___



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº 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

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

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

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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	B	C	D1	D2	E	TOTAL
com <i>Aedes aegypti</i>								
com <i>Aedes albopictus</i>								

Nº de imóveis com espécimes, por tipo

	R	C	TB	PE	O	Total
com <i>Aedes aegypti</i>						
com <i>Aedes albopictus</i>						
outros						

Nº de exemplares

Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1- Caixa D'água (elevado)

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

--



CNES DO ESTABELECIMENTO							NOME DO ESTABELECIMENTO				

UF		MÊS		ANO				FOLHA		

SEQUENCIA		PROCEDIMENTO								CBO					IDADE			QTD								
0	1																									
0	2																									
0	3																									
0	4																									
0	5																									
0	6																									
0	7																									
0	8																									
0	9																									
1	0																									
1	1																									
1	2																									
1	3																									
1	4																									
1	5																									
1	6																									
1	7																									
1	8																									
1	9																									
2	0																									

TOTAL					
-------	--	--	--	--	--

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

DATA: _____/_____/_____

CADASTRO DO IDOSO

FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA

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

Ficha:		Secretaria Municipal de Saúde Sistema de Informação de de Atenção Básica		Nome do ACS	
Município	Segmento	Unidade	Área	Microárea	Ano

IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Nome:

Nº cartão SUS

Doc. Id:

Data. Nasc.: / /

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade:

End.:

Classificação de risco: a resposta afirmativa à questão nº 1 ou a qualquer item da questão nº 2,o idoso é considerado frágil.

01	Acima de 80 anos		SIM		NÃO
02	60 anos ou mais		SIM		NÃO
03	Tem urina solta (Incontinência urinária)		SIM		NÃO
04	Não é capaz de controlar as fezes (Incontinência fecal)		SIM		NÃO
05	Usa mais de 5 (cinco) medicamentos continuamente		SIM		NÃO
06	Tem mais de 5 (cinco) doenças confirmadas		SIM		NÃO
07	Em esquecimento progressivo que impede atividades normais		SIM		NÃO
08	Teve queda nos últimos 6 meses		SIM		NÃO
09	Foi internado nos últimos 6 meses		SIM		NÃO
10	Está acamado		SIM		NÃO
11	Mora só		SIM		NÃO
12	Mora em asilo (institucionalizado)		SIM		NÃO
13	Tem dependência para atividades do dia a dia		SIM		NÃO
14	É CONSIDERADO IDOSO FRÁGIL		SIM		NÃO
INCAPACIDADE/COMPROMETIMENTO EM QUANTOS ITENS					

OUTRAS DOENÇAS

() Alcoolismo	() Acidente Vascular Cerebral	() Diabetes
() Doença de Parkinson	() Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	() Fraturas
() Hipertensão Arterial	() Osteoporose	() Pneumonia
() Doença de Alzheimer	Cartão de vacina em dia () SIM () NÃO	
() Faz uso de prótese dentária removível		() Foi ai dentista no último ano
Faz uso de medicamentos? Citar:		
É alérgico? Citar		
Outras doenças confirmadas? Citar		

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO:

FOLHA:

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

_____-____

/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*:
MUNICÍPIO*:
UF*:
BAIRRO*:
TIPO DE LOGRADOURO*:
NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*:
 SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:
PTO. REFERÊNCIA:
MICROÁREA*
 FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

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

LOCALIZAÇÃO*
 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
 Casa Apartamento Cômodo Outro

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

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha
<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

 Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

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

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

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

DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não

QUAL(IS)?
 Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

 Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

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

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME: _____

CNS DO RESPONSÁVEL: _____

CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____

TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura**Legenda:** Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.**FA:** 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***Campo obrigatório******Campo com obrigatoriedade condicional**

CNS DO PROFISSIONAL*
CBO*
CNES*
INE*
DATA*
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

 Sim Não

 FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:*
SEXO:* F M

RAÇA/COR:* Branca Preta Parda Amarela Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*
 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*
 Desconhecido

NACIONALIDADE:* Brasileira Naturalizado Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**
DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

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

 FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não

 PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não

 POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

 É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA:*
 Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

 Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da D.O.:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	1 - QUAL? _____	
		2 - QUAL? _____
		3 - QUAL? _____
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

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

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

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

Externo do cartão

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ
Secretaria Municipal de Saúde



CARTÃO DE CONSULTA
Acompanhamento da Unidade Básica
Odontologia/Especializada

Nome: _____

Unidade: _____

Nº 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: _____

Data nasc.: ____/____/____

End.: _____

Centro de Saúde: _____

Nº Prontuário: _____

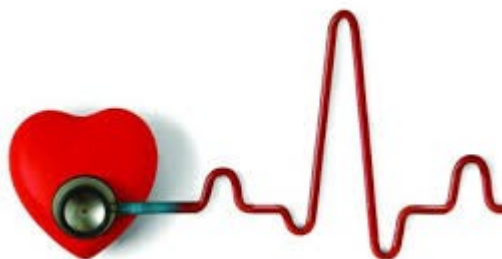
CARTÃO DE CONTROLE DE GLICOSE (GL.)



- 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.	→			→			→



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.**

DATA P.A.	→			→			→		
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.	→			→			→		
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.									
DATA P.A.	→			→			→		

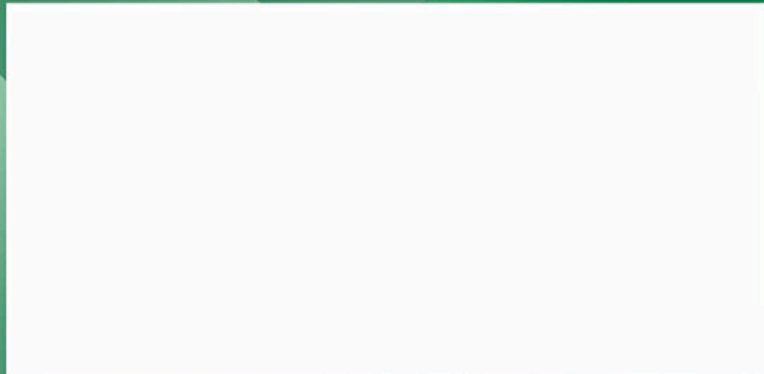
Cartão do Usuário



Cartão Nacional de Saúde



Sistema Único de Saúde



DISQU SAÚDE136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde N° Protocolo
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF Apellido da Mulher

Data de Nascimento* / / Idade Nacionalidade

Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

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

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

Sim. Quando fez o último exame? ano

Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

4. Está grávida?* Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim Não Não sabe

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

Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

/ / Não sabe / Não lembra

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

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

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

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

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

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

Data da coleta* / /

Responsável*

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: _____

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: _____

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 Sabará	PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE		
ID-.DE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CLÍNICA Infectologia
DADOS CLÍNICOS		
MATERIAL A 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

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 Sabará	PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE		
ID-.DE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CLÍNICA Infectologia
DADOS CLÍNICOS		
MATERIAL A 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