



Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia

Anexo-A: Ficha de Atendimento

**ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA**

CLASSIFICAÇÃO:

VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

1. NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

2. DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ HORÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO: \_\_\_\_h \_\_\_\_min

4. É GESTANTE? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) INCERTEZA

5. DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

7. QUEIXA:

8. FLUXOGRAMA:

9. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:

PA= \_\_\_\_x\_\_\_\_ mmHg FC= \_\_\_\_ bpm FR= \_\_\_\_ ipm Temp.= \_\_\_\_ °C

SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl.

CONTRAÇÕES UTERINAS: ( ) Não ( ) Sim Hipertonia uterina ( ) Não ( ) Sim

DOR: \_\_\_\_/10 Localização: \_\_\_\_\_

PERDA DE LÍQUIDO: ( ) Não ( ) Sim Aspecto: ( ) Claro ( ) Meconial fulido ( ) Meconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL: ( ) ausente ( ) presente sem repercussão hemodinâmica

( ) presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): \_\_\_\_ se ausente Outras queixas: \_\_\_\_\_

10. MEDICAMENTOS EM USO:

11. Observações: ( ) Alergias ( ) Drogas ( ) Vítima de violência

Horário de término da classificação: \_\_\_\_h \_\_\_\_min Horário do atendimento clínico: \_\_\_\_h \_\_\_\_min

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura

Item 2

2



**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: FISIOTERAPIA NEURO INFANTIL**

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IDADE: \_\_\_\_\_      SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IDADE: \_\_\_\_\_      SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IDADE: \_\_\_\_\_      SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      IDADE: \_\_\_\_\_      SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_



**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: FISIOTERAPIA NEURO ADULTO**

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_



**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: FISIOTERAPIA TRAUMATO ORTOPEDIA**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**D. NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **IDADE:** \_\_\_\_\_      **SEXO:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**FONE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**QUEIXA REFERIDA:** \_\_\_\_\_

**ENCAMINHADA POR:** \_\_\_\_\_

**DATA DO ENCAMINHAMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SITUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**D. NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **IDADE:** \_\_\_\_\_      **SEXO:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**FONE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**QUEIXA REFERIDA:** \_\_\_\_\_

**ENCAMINHADA POR:** \_\_\_\_\_

**DATA DO ENCAMINHAMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SITUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**D. NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **IDADE:** \_\_\_\_\_      **SEXO:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**FONE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**QUEIXA REFERIDA:** \_\_\_\_\_

**ENCAMINHADA POR:** \_\_\_\_\_

**DATA DO ENCAMINHAMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SITUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**D. NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **IDADE:** \_\_\_\_\_      **SEXO:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**FONE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**QUEIXA REFERIDA:** \_\_\_\_\_

**ENCAMINHADA POR:** \_\_\_\_\_

**DATA DO ENCAMINHAMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SITUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

Nov 5



15

**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: FONOAUDIOLOGIA**

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

17/04/16



**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: PSICOLOGIA**

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

7



**BARCARENA**  
PREFEITURA

SEMUSB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II**  
**AGENDAMENTO: TERAPIA OCUPACIONAL**

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_  
D. NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
QUEIXA REFERIDA: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADA POR: \_\_\_\_\_  
DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_



VERSO

1 - Que solicitei e autorizo a internação de \_\_\_\_\_

para tratamento hospitalar na Unidade Mista de

da Fundação

Nacional de Saúde;

2 - Que autorizo a equipe médica do hospital a realizar quaisquer tipos de exames e tratamentos que vierem ser necessários, inclusive transfusões de sangue, anestésias e cirurgias:

3 - Que assumo o compromisso de comparecer ao hospital sempre que solicitado, e também de retirar imediatamente o paciente quando autorizada sua saída ou caso ocorra óbito.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável ou do próprio paciente, se lúcido e maior

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_

Endereços para Avisos: \_\_\_\_\_

Testemunha

(Ident. nº \_\_\_\_\_)

Testemunha

(Ident. nº \_\_\_\_\_)

REQUERIMENTO DE ALTA E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através deste venho requerer a saída imediata da unidade, do Sr. (a) \_\_\_\_\_, apesar de opinião contrária do médico assistente. Dr. \_\_\_\_\_, razão pela qual isento o referido médico e a Fundação Nacional de Saúde de qualquer responsabilidade pelas consequências que possam resultar desta minha decisão. Declaro ainda que me foram dados amplos esclarecimentos sobre os riscos existentes.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável ou do próprio paciente, se lúcido e maior

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_

Item 91



**BARCARENA**  
PREFEITURA  
*Trabalho que une o nosso povo*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **ATESTADO MÉDICO**

Atesto que \_\_\_\_\_

com \_\_\_\_\_ anos de idade, portador do Doc: \_\_\_\_\_

deverá afastar-se do trabalho por um período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

dias, a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ conforme CID: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Ass. do Médico n.º CRM**

- Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 é expedido para justificativa de **01 a 15 dias** de **afastamento do trabalho**

- Parágrafo XVIII do Art. 7º da Constituição da República Federativa do Brasil e Art. 3º do Decreto nº 75.207/75

**CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER II**

NOME: \_\_\_\_\_ Competência : \_\_\_\_\_ 2021

Tipo de Atendimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total	
Avaliações																																	
Atendimento Individual																																	
Falta do Paciente																																	
Falta do Servidor (a)																																	
Parecer/Laudo																																	
Reuniões e Eventos																																	

Observações:



*Item 12  
Bolsim n  
nos 12m-2*

Estado do Pará  
Município de Barcarena  
Prefeitura Municipal de Barcarena

9



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

COMPETENCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FOLHA: \_\_\_\_

Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____
Nome do Paciente: _____				Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid:	_____ _____ _____	Procedimentos	_____ _____ _____	Quantidade	_____ _____ _____



*Item 12*

Estado do para  
Município de Barcarena  
Prefeitura Municipal de Barcarena

*131*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

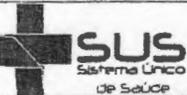
COMPETÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FOLHA: \_\_\_\_

Nome do Paciente: _____				
Cartão SUS: _____				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____/____/____		Endereço: _____ N° _____		
Bairro: _____		Fone: _____	Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid: _____	_____	Procedimentos	_____	Quantidade
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Nome do Paciente: _____				
Cartão SUS: _____				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____/____/____		Endereço: _____ N° _____		
Bairro: _____		Fone: _____	Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid: _____	_____	Procedimentos	_____	Quantidade
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Nome do Paciente: _____				
Cartão SUS: _____				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____/____/____		Endereço: _____ N° _____		
Bairro: _____		Fone: _____	Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid: _____	_____	Procedimentos	_____	Quantidade
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Nome do Paciente: _____				
Cartão SUS: _____				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____/____/____		Endereço: _____ N° _____		
Bairro: _____		Fone: _____	Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid: _____	_____	Procedimentos	_____	Quantidade
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Nome do Paciente: _____				
Cartão SUS: _____				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____/____/____		Endereço: _____ N° _____		
Bairro: _____		Fone: _____	Data Inc. Sessão	____/____/____
Cid: _____	_____	Procedimentos	_____	Quantidade
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Item 13

Ministério da Saúde



BPA-I

Boletim de Produção Ambulatorial  
Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_  
CBO \_\_\_\_\_ MÊS/ANO \_\_\_\_\_ EQUIPE \_\_\_\_\_ FOLHA \_\_\_\_\_

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. Fem.  
COD LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N° DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. Fem.  
COD LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N° DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. Fem.  
COD LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ N° DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL  
CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA / /

14

**Prefeitura Municipal de Barcarena**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**PREFEITURA**  
**FOZ DE BARCARENA**

Folha: \_\_\_\_\_

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

**BOLETIM DE PRODUÇÃO DIÁRIO**

Unidade / Posto: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Atividade Profissional: \_\_\_\_\_ C.B.O: \_\_\_\_\_

Nº	Número do Prontuário	SEXO		Código Procedimento	Idade	CID
		Masc.	Fem.			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

Carimbo

Assinatura do Responsável



# 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\* LOCALIZAÇÃO\*

Próprio  Financiada  Alugada  Arrendado  Cedido  Ocupação  Situação de Rua  Outra  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)/Meio(a)  Assentado(a)  Possesiro  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(S)?  Gato  Cachorro  Pássaro  Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

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

*Item 16*

FRONT

# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA\*

CPF \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_

Sim  Não

CPF \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_

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:\*\* / /

TEL. CELULAR: ( )

E-MAIL:

## INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*  Sim  Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche  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 de 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

VERSO

## CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE?  Sim  Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

Abaixo do Peso  Peso Adequado  Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):\*\*

Asma  DPOC/Enfisema  Outra  Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?  Sim  Não

FAZ USO DE ALCOOL?  Sim  Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?  Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  Sim  Não

TEM DIABETES?  Sim  Não

TEVE AVC/DERRAME?  Sim  Não

TEVE INFARTO?  Sim  Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):\*\*

Insuficiência Cardíaca  Outra  Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?  Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?  Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?  Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  Sim  Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

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

ESTÁ ACAMADO?  Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?  Sim  Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

## CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?  Sim  Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?  Sim  Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses  6 a 12 meses  1 a 5 anos  > 5 anos

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?  Sim  Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?  Sim  Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez  2 ou 3 vezes  mais de 3 vezes

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):\*\*

Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outras

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular  Doação Restaurante  Outras  
 Doação Grupo Religioso  Doação de Popular

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



FRENTE

170118

**REDE ODS**  
Barcarena/PA

**SEMUSB**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PREFEITURA DE BARCARENA**

Este Cartão é um documento. Não Jogue fora!

**CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO**

**PREFEITURA DE BARCARENA**

Nome:  Tipo sanguíneo:

RG/Orgão Emissor:  Data de Nascimento:

Endereço:

Cidade:  UF:  Cep:

VERSO

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)		Influenza (gripe)		Dupla Viral

F. Amarela		Hepatite B		Outras Vacinas



FRENTE

Itene 20

	
<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSB</b>	
<b>CARTEIRA DE SAÚDE</b>	
NOME: _____	
Satisfaça as exigências do Código Estadual de Saúde para trabalhar no Estado do Pará: no período contido no verso.	
Nascimento: ____/____/____	R. G.: _____
Profissão/Ocupação: _____	
_____ Assinatura do (a) Portador(a)	
OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DO REGISTRO GERAL	

VERSO

Validade até: ____/____/____  _____ Chefe de Unidade CR	Validade até: ____/____/____  _____ Chefe de Unidade CR
Validade até: ____/____/____  _____ Chefe de Unidade CR	Validade até: ____/____/____  _____ Chefe de Unidade CR



*Atene 23*

# SINAIS VITAIS



NOME:								Leito:	PUNÇÃO VENOSA
CONTROLE DE SINAIS VITAIS									
DATA	HORA	PA	PULSO	FR	TEMP.	SpO2	GLICÊMIA		
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	
								AVP: ___ N° Data da Punção __/__/____. Hora: ____. Tec. _____. Troca: __/__/____. Hora: ____. Tec: _____.	

**Legendas:** SpO2: (Saturação de oxigênio) FR: (Frequência Respiratória)  
 PA: (Pressão Arterial) TEMP: (Temperatura)  
 AVP: (Acesso Venoso Periférico - membro em que se encontra o Acesso)  
 N°: (Numero do Gelco)

**CONTROLE DE PORTARIA**

Data. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Diurno ( ) Noturno - Ag. Portaria. \_\_\_\_\_

LEITO		PACIENTE	ADMISSÃO	ALTA	ACOMPANHANTE
E D I A T R I A  1	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

LEITO		PACIENTE	ADMISSÃO	ALTA	ACOMPANHANTE
P E D I A T R I A  2	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				

LEITO		PACIENTE	ADMISSÃO	ALTA	ACOMPANHANTE
P E D I A T R I A  3	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

*Itam 27*

**CONTROLE DE PORTARIA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Diurno ( ) Noturno - Ag. Portaria. \_\_\_\_\_

	LEITO	ADMISSÃO	PACIENTE	DNV do RN	ACOMPANHANTE	ALTA
OBS	1					
	2					
ENF.01	1					
	2					
	3					
ENF.02	1					
	2					
	3					
	4					
ENF. 3	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
ENF. 04	1					
	2					
	3					
	4					
	EXTRA					
ENF. 05	1					
	2					
	3					
	4					
PRÉ-PARTO	1					
	2					
	EXTRA					
ENF. 06	1					
	2					
	3					
ENF. 07	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	EXTRA					
ENF.08	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	EXTRA					



Item 24

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

DECLARAÇÃO QUE O(A) SR(A) \_\_\_\_\_  
PORTADOR DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

PERMANECEU NESTA UNIDADE NO DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_

HORAS PARA O FIM DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / /  
UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA  
MÉDICO

SAE- DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM - CLÍNICA OBSTÉTRICA DHEG

FRENTE

NOME: \_\_\_\_\_

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

ENFR: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	HORÁRIO
<p><b>1. Risco de infecção relacionado a procedimentos.</b></p> <p><b>2. Dor aguda relacionada a agentes lesivos( biológicos, físicos, psicológicos)</b></p> <p><b>3. Baixa auto- estima situacional relacionada a gravidez.</b></p> <p><b>4. volume de líquido excessivo relacionado a retenção em função da DHEG</b></p>	<p>1. Lavar as mãos antes e depois dos procedimentos – ATENÇÃO.</p> <p>2. Manter sistema fechado de drenagem urinária - ATENÇÃO.</p> <p>3. Observar características da drenagem urinária - ATENÇÃO.</p> <p>4. Obter amostras de urina através do orifício do sistema fechado de drenagem urinária – S/N</p> <p>5. Trocar acesso endovenoso a cada 72h – ATENÇÃO.</p> <p>6. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção – ATENÇÃO.</p> <p>7 – Facilitar medidas de higiene – ATENÇÃO.</p> <p>8. Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua local, as características, início, duração, frequência, intensidade ou gravidade – ATENÇÃO.</p> <p>9. Administrar analgésico conforme prescrições médica – ATENÇÃO.</p> <p>10. Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais – ATENÇÃO.</p> <p>11. Monitorar o nível da auto- estima – ATENÇÃO.</p> <p>12. Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos e reforça – las ATENÇÃO.</p> <p>13. Avaliar e localização e extensão do edema – ATENÇÃO.</p> <p>14. Pesar diariamente a paciente - M</p> <p>15. Monitorar sinais vitais de ___ / ___ h -</p> <p>16. Monitorar os indicadores de sobrecarga e retenção de líquidos9 crepitação, distensão da veia do pescoço – ATENÇÃO.</p> <p>17. Monitorar busca de manifestação neuromusculares de hipermagnesemia ( fraqueza ao afastar reflexos dolorosos profundos, paralisia muscular e musculatura flácida) – ATENÇÃO.</p>		

<p><b>5. Náusea relacionada as alterações da gravidez</b></p> <p><b>6. Prevenção do sono relacionada a mudança de ambiente e desconforto físico.</b></p> <p><b>7. Risco de função hepática prejudicada relacionada a complicação da DHEG.</b></p> <p><b>8. Eliminação urinária prejudicada relacionada a alterações fisiológicas da gravidez e complicação da DHEG.</b></p>	<p>18. Assegurar administração de drogas anticéticas para prevenir náuseas conforme prescrição – ATENÇÃO.</p> <p>19. Usar higiene oral promove conforto – ATENÇÃO.</p> <p>20. Orientar a não ingerir líquidos com alimentos, dando preferência aos intervalos das refeições- ATENÇÃO.</p> <p>21. Oferecer a pessoa o uso dos analgésicos prescrito – ATENÇÃO.</p> <p>22. Monitorar/registrar o padrão do sono paciente – ATENÇÃO.</p> <p>23. Monitorar resultados de exames laboratoriais de função hepática ( TGO,TGP. Bilirrubina)</p> <p>24. Identificar sinais e sintomas de complicações hepáticas ( dor no hipocôndrio direito, palidez, icterícia)</p> <p>25. Orientar dieta hipossódica e hiperproteica – ATENÇÃO</p> <p>26. Promover repouso – ATENÇÃO.</p> <p>27. Monitorar ingesta e eliminação – ATENÇÃO.</p> <p>28. Realizar sondagem conforme prescrições médica – ATENÇÃO.</p> <p>29. Orientar a paciente /família e registrar o débito urinário - ATENÇÃO</p> <p>30. Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência a consistências, o odor, o volume e a cor – ATENÇÃO.</p> <p>31. Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária: ATENÇÃO</p> <p>32. Monitorar sinais de constipação- ATENÇÃO.</p> <p>33. Administrar enema quando adequado – ATENÇÃO.</p> <p>34. COMINICAR ao enfermeiro alterações e intercorrência – ATENÇÃO.</p>	
---	---	--

20/11/11  
26

SAE – DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM EM ALCON - NEONATOLOGIA

IME: \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ENFER: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

SO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO RÉCÉM NASCIDO NO ALCON	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Atividade</b>  <input type="checkbox"/> Ativo    <input type="checkbox"/> Reativo  <input type="checkbox"/> Hipoativo    <input type="checkbox"/> Sonolento</p> <p><b>Pele e mucosas</b>  <input type="checkbox"/> Coradas    <input type="checkbox"/> Descoradas  <input type="checkbox"/> Hidratada    <input type="checkbox"/> Desidratada    <input type="checkbox"/> Aquecida  <input type="checkbox"/> Ictérica    <input type="checkbox"/> Descamativa    <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><b>Fontanelas</b>  <input type="checkbox"/> Planas/Normotensas    <input type="checkbox"/> Deprimida  <input type="checkbox"/> Abauladas</p> <p><b>Cabeça</b>  <input type="checkbox"/> Bossa    <input type="checkbox"/> Cefalohematoma  <input type="checkbox"/> Escoriações    <input type="checkbox"/> Mascara Equimótica</p> <p><b>Padrão Respiratório</b>  <input type="checkbox"/> Eupneico    <input type="checkbox"/> Dispneico    <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal</p> <p><b>Abdome</b>  <input type="checkbox"/> Flácido    <input type="checkbox"/> Globoso  <input type="checkbox"/> Distendido    <input type="checkbox"/> Tenso    <input type="checkbox"/> Outros</p> <p><b>Coto Umbilical</b>  <input type="checkbox"/> Com Clampe    <input type="checkbox"/> Sem Clampe  <input type="checkbox"/> Gelatinoso  <input type="checkbox"/> Em Desidratação    <input type="checkbox"/> Em Mumificação  <input type="checkbox"/> Hiperemiado</p> <p><b>Genito- Urinário</b>  <input type="checkbox"/> Integro    <input type="checkbox"/> Ânus Pérvio    <input type="checkbox"/> Eliminações  <input type="checkbox"/> Alterações</p>	<p><b>1. Risco de lesão relacionada a:</b>  <input type="checkbox"/> Extremo de idade    <input type="checkbox"/> Desidratação;    <input type="checkbox"/> Lesões por pressão    <input type="checkbox"/> Eritema    <input type="checkbox"/> Lacerações. Trauma    <input type="checkbox"/> Irritantes químicos</p> <p><b>2. Risco de desequilíbrio na temperatura corpórea:</b>  <input type="checkbox"/> Extremo de peso    <input type="checkbox"/> Extremo de idade    <input type="checkbox"/> Exposição e extremo de temperatura ambiente, roupa inadequada  <input type="checkbox"/> Infecção Neonatal</p> <p><b>3. Integridade da pele prejudicada</b>  <input type="checkbox"/> Coto umbilical  <input type="checkbox"/> Punção para coleta sanguínea</p> <p><b>4. Risco para infecção:</b>  <input type="checkbox"/> Exposição ambiental aumentada a patógenos  <input type="checkbox"/> Resíduo gástrico acumulado</p> <p><b>5. Risco para queda:</b>  <input type="checkbox"/> Extremos de idade    <input type="checkbox"/> Bebê deixado sem vigilância em superfície elevada, ex: cama    <input type="checkbox"/> Incapacidade do auto cuidado da mãe</p> <p><b>6. Desobstrução ineficaz de vias aéreas</b>  <input type="checkbox"/> Dispneia    <input type="checkbox"/> Via aérea obstrutiva</p> <p><b>7. Risco de glicemia instável:</b>  <input type="checkbox"/> PIG    <input type="checkbox"/> GIG    <input type="checkbox"/> Sonolência    <input type="checkbox"/> Infecções</p> <p><b>8. Dor aguda:</b>  <input type="checkbox"/> Evidência observada de dor    <input type="checkbox"/> Expressão Facial  <input type="checkbox"/> Choros</p> <p><b>9. Amamentação Ineficaz ou interrompida relacionada:</b>  <input type="checkbox"/> Defeito orofaringe  <input type="checkbox"/> Sucção ineficaz  <input type="checkbox"/> Pega ineficaz  <input type="checkbox"/> Mãe portadora de doença que impossibilita a amamentação</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Anotar e conferir as duas pulseira, 1x por plantão e quando manipular o RN</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e depois dos procedimentos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Verificar e anotar temperatura axila de 6/6h e comunicar se <math>&lt;36^{\circ}\text{C}</math> <math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Anotar e observar o padrão de atividade e reatividade.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Realizar e orientar a mãe e acompanhante sobre o banho de imersão do RN 1x /dia.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Orientar e realizar higiene do coto umbilical com álcool a 70%, 3 x /dia.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Observar e comunicar se o clampe do coto umbilical estiver aberto, ou com risco de sangramento.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Orientar e manter RN no berço com decúbito elevado e lateralizado.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar sudorese, extremidade fria, cianose, dispneia, obstrução nasal e batimento de asa de nariz.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Observar e anotar e comunicar sinais de hipoglicemia como: tremores, hipoatividade e glicemia capilar <math>&lt;40\text{mg/dl}</math>.</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Anotar presença e quantidade de eliminações vesico intestinal.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Observar e comunicar local de aplicação de vacina como: hiperemia, calor e edema</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Observar fáceis de dor, choro ou agitação intensa</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Comunicar e anotar presença de lesões de pele, equimose, hematoma e hiperemia</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Observar e orientar quanto amamentação exclusiva.</p>
<p><b>ANOMALIAS CONGÊNITAS</b> _____</p>		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM




**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SAE - DIAGNOSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CLINICA PEDIATRICA**

NOME: \_\_\_\_\_

PEDIATRIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO
<p><b>1-Comportamento infantil desorganizado a:</b>  <input type="checkbox"/> Dor/procedimento invasivos/ dolorosos;  <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar  <input type="checkbox"/> Impropriedade do ambiente físico/permanência</p> <p><b>2-Náusea relacionada a:</b>  <input type="checkbox"/> irritação gastrointestinal <input type="checkbox"/> medicação</p> <p><b>3-Diarreia relacionada a:</b>  <input type="checkbox"/> efeitos adversos de medicação;  <input type="checkbox"/> processo infecciosos/parasitas _____  <input type="checkbox"/> alimentação SOG, VO,GTT  <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> má absorção</p> <p><b>4-Elim. urinaria prejudicada relacionada a:</b>  <input type="checkbox"/> infecção do trato urinaria <input type="checkbox"/> nefropatia  <input type="checkbox"/> lúpus/neuropatia <input type="checkbox"/> desidratação  <input type="checkbox"/> processo cirúrgico</p> <p><b>5-Risco de infecção relacionada:</b>  <input type="checkbox"/> presença de vias invasivas(cat. Periferico ou central, sondas, drenos, etc.)  <input type="checkbox"/> defesas primarias e secundarias inadequadas  <input type="checkbox"/> presença de ferida operatória  <input type="checkbox"/> desnutrição  <input type="checkbox"/> imunossupressor</p> <p><b>6-Dor aguda relacionada:</b>  <input type="checkbox"/> agentes lesivos  <input type="checkbox"/> biológicos/químicos/físicos/psicológicos</p> <p><b>7-Hipertermia relacionada a:</b>  <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> desidratação</p> <p><b>8-Risco para aspiração relacionada:</b>  <input type="checkbox"/> alimentação por sonda  <input type="checkbox"/> deglutição prejudicada  <input type="checkbox"/> esvaziamento gástrico retardado</p>	<p>1-Lava as mãos antes e depois dos procedimentos - ATENÇÃO</p> <p>2-Pesar a criança uma vez ao dia ou quando necessário - S/N</p> <p>3-Orientar a mae da importância da higiene corporal diariamente - M T N</p> <p>4-Realizar ou orientar banho no leito quando tiver no Oxi-hood ou CPAP - M</p> <p>5-Orientar a mãe a higiene oral com antisséptico bucal - M T N</p> <p>6-Organizar o material de trabalho necessário para executar os cuidados - ATENÇÃO</p> <p>7-Instalar oxigênio conforme prescrição medica - ATENÇÃO</p> <p>8-Fazer controle de SSVV de 6/6, salvo crianças graves de 4/4h -</p> <p>9-Orientar a mãe a trocar os lençóis após higiene corporal, mantendo limpos e esticados - ATENÇÃO</p> <p>10-Orientar a mudança de decúbito, massagem de conforto e deambular quando possível - ATENÇÃO</p> <p>11-Observar a presença de cianose, dispneia, taquipneia e registrar, acionar o enfermeiro - ATENÇÃO</p> <p>12-Avaliar local de venoclise, observando sinais de flebite e infiltrações evitando compressão e uso de adesivos desnecessários - ATENÇÃO</p> <p>13-Realizar limpeza rigorosa com álcool a 70% na conexão do neofix ou torneirinha antes de qualquer infusão- ATENCAO</p> <p>14-Monitorar cuidadosamente os gotejamentos dos líquidos intravenosos - ATENÇÃO</p> <p>15-Oferecer liquido CPM - M T N</p> <p>16-Administrar medicação antitérmica CPM - ATENÇÃO</p> <p>17-Avaliar intensidade da dor, se é aguda ou crônica - ATENÇÃO</p> <p>18-Utilizar bomba de infusão para o controle de drogas vasoativas e aportes S/N</p>	<hr/>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- resíduo gástrico acumulado
- 9-Integridade da pele relacionada a:**  
 processo cirúrgico  outros fatores  
 desnutrição  venopunções  
 retenção de líquidos
- 10-Desobstrução das vias aéreas relacionadas a:**  
 espasmos de via aérea  infecção  
 secreção retida e/ou muco excessivo  
 processo alérgico
- 11-Risco para integridade da pele prejudicada:**  
 imobilização física  turgos da pele  
 desnutrição  medicação  
 pele molhada  hipotermia ou hipertermia
- 12-Mobilidade física prejudicada relacionada a:**  
 uso de medicação contínuo em B. desconforto  
 dor, desconforto  
 prejuízos musculoesqueléticos neuromusculares
- 13-Padrão ineficaz de alimentação infantil a:**  
 jejum oral prejudicado  prematuridade  
 anormalidade anatômica  
 Prejuízo/retardo neurológico  
 hipersensibilidade oral
- 14-troca de gazes prejudicada relacionada a:**  
 dispnéia de esforço  agitação  
 cianose  ortopneias  taquipneia  
 comprometimento pulmonar
- 15-risco para déficit do volume de líquidos relacionados a:**  
 diarreia  vômitos  hipertermia  
 perda de líquido por vias anormais.
- 16- débito cardíaco diminuído relacionado a:**  
 frequência cardíaca alterada  
 fadiga  edema  ganho de peso  
 pelo fria e pegajosa  dispnéia  
 oligúria  cianose  tosse  estenose

- 19-Observar medidas de assepsia na realização dos cuidados – ATENÇÃO
- 20-Limpar com antisséptico os estetoscópios e termômetros antes de usar em cada criança M T N
- 21-Administrar a dieta por gavagem sob a ação da gravidade, manter decúbito elevado durante a dieta M T N
- 22-Observar e comunicar ao enfermeiro os casos de vômito, distensão abdominal, cianose e resíduo gástrico - ATENÇÃO
- 23-verificar a aceitação e tolerância a alimentação M T N
- 24-Observar e anotar saturação de O2 quando estiver monitorado e comunicar o enfermeiro qualquer intercorrência – ATENÇÃO
- 25- Fazer controle hídrico rigoroso e registrar qualquer intercorrência – M T N
- 26-Registrar e observar os episódios de diarreias e/ou vômito, comunicar ao enfermeiro alguma intercorrência - M T N
- 27-Estimular e orientar ingestão de líquidos - M T N
- 28-Aspirar VAS, fluidificando com soro fisiológico as narinas S/N - M T N
- 29-Administrar aerossóis COM, observar a eficácia do aerossol - ATENÇÃO
- 30-Realizar curativo conforme rotina e necessidade – ATENÇÃO
- 31-Estimular e orientar um nível de atividade para a criança, de acordo com a sua tolerância, por exemplo, deambular
- 32-Promover a permanência da mãe ou responsável da criança; M T N
- 33-Fazer e registrar glicemia digital conforme necessidade
- 34-incorporar os pais nos cuidados com a criança
- 35-Proporcionar informações claras ao pais - ATENÇÃO
- 36- Troca de equipo a cada 96 h
- 37-troca de cateter a cada 72 h

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Item 28

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE AGRAVOS**  
**COORDENAÇÃO NACIONAL DE DOENÇAS ENTÉRICAS RESSO: II IMP**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DS: \_\_\_\_\_ U. SAÚDE: \_\_\_\_\_

ANO: \_\_\_\_\_ SEM. EPIDEM. \_\_\_\_\_

**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DIARRÉIA POR FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRAT. E S. EPIDEMIOLÓGICA**

FAIXA ETÁRIA	Nº DE CASOS	PLANO DE TRAT.	Nº DE CASOS
< 1 ano			A
1 - 4			B
5 - 9			C
10 ou +			IGN
IGN			
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>

PROCEDÊNCIA	Nº DE CASOS	ANÁLISE
		1) Houve aumento de casos? _____
		2) Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos? _____
		3) Houve mudança de faixa etária: _____
		Se sim, para qual? _____ O que sugere essa mudança? _____
		4) Ao casos estão concentrados em alguma(s) localidade(s)? _____, se sim, em qual(is) e qual a explicação _____
		5) Colheu material para exame? Qual? _____
		6) Qual o plano de tratamento mais usado? _____
		Se C, por quê? _____
		7) Houve registro de óbitos? _____
		Quantos? _____
		Com assistência médica? N.º _____
		Sem assistência médica? N.º _____
		8) Se houve mudança no comportamento usual das diarreias, quais as medidas que foram tomadas? _____
		9) Houve a ocorrência de surto(s)? _____
		Sim ( ) N.º _____ Investigados N.º _____
		Não ( ) _____

A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
UNIDADES DE SAÚDE QUE ATENDEM A DIARRÉIA N.º \_\_\_\_\_  
UNIDADES DE SAÚDE QUE MONITORIZAM A DIARRÉIA N.º \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

VISTO DA CHEFIA: \_\_\_\_\_

Jun 29

FRENTE

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II  
Dr. Carlos Alberto Machado



FICHA DE ACOLHIMENTO

01-IDENTIFICAÇÃO:

DQ: SIM  NÃO   
MATRÍCULA:

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

Alcunha: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA/EXPED.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ÓRG. EMISS.: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

D/NASC.: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

EST.CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

CONJUGE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: AV/RUA: \_\_\_\_\_

PERÍMETRO: \_\_\_\_\_ BAIRO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

02- HISTÓRICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA: (1ªCRISE) INTERNAÇÕES PRÉVIAS, SITUAÇÃO ATUAL:

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

03-EXAME DO ESTADO MENTAL: ASPECTO DE HIGIENE, COGNIÇÃO, ORIENTAÇÃO, MEMÓRIA, ATENÇÃO  
DISTÚRBIOS DO SENSO, PERCEÇÃO, HUMOR, etc.

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

04- ANTECEDENTES PESSOAIS:

1)DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS: \_\_\_\_\_

2)CRÔNICO-DEGENERATIVA: \_\_\_\_\_

3)ÁLCOOL: \_\_\_\_\_

4)TABAGISMO: \_\_\_\_\_

VERSO

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II**  
**Dr. Carlos Alberto Machado**



5) D.ST: \_\_\_\_\_

6) SONO E REPOUSO: \_\_\_\_\_

05) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO DESENVOLVIMENTO (Infância, adolescência, vida adulta):

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

06- MOTIVO DA PROCURA DO SERVIÇO:

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

07- HISTÓRIA FAMILIAR: antecedentes familiares, condições de moradia, situação sócio-econômica, dinâmica, familiar:

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

08-ENQUADRE DE CRITÉRIOS: área de abrangência, CID, idade:

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

09-IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

10- PARECER DA EQUIPE:

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

11-PROJETO TERAPÉUTICO:

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

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO DE REFERÊNCIA

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO SUBSTITUTO

Barcarena, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO ACOLHEDOR

Itaus 30



10

# SEMUSB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.E.R.

Centro Especializado em Reabilitação

## FICHA DE ACOLHIMENTO ADULTO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Prontuário: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO:

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

C.SUS: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### SISTEMA DE SAÚDE

Tipo de Atendimento á Realizar?

Fisioterapia ( ) Hidroterapia ( ) Fisioterapia Respiratória ( ) Psicologia ( ) Terapeuta Ocupacional ( )  
) Fonoaudiologia ( )

Apresenta algum problema de Saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Diabético ( ) Hipertenso ( ) outros \_\_\_\_\_

Toma algum tipo de medicamento de Forma Contínua? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

É acompanhado por algum especialista? Sim ( ) Não ( ) Neurologista ( ) Ortopedista ( )  
cardiologista ( ) Reumatologista ( ) Oncologista ( ) Geriátrica ( )  
outro? \_\_\_\_\_

Realização acompanhamento de saúde em outra cidade? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

Tem o TFD? Sim ( ) Não ( ) Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tem diagnostico? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Frequência de atendimento: ( ) Diário ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Anual

E acompanhado em Barcarena? Sim ( ) Não ( )

CAPS II ( ) CAPS AD ( ) CTA ( ) Unidade Especializada ( )

É acompanhado por alguma UBS ou Posto de Saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? Sim ( ) Não ( )

Possui na família alguém com outra patologia? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

Participar de algum projeto voltado a saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma Carteira de passe Livre: Sim ( ) Não ( )

( ) Arcon ( ) Municipal ( ) Interestadual

Tem dificuldade de locomoção? Sim ( ) Não

Possui Cadeira de Roda ? Sim ( ) não ( )

Cadeira Simples( ) cadeira adaptada( )

**USO DE DROGAS:**

Tabagismo ( ) Sim ( ) Não maços/dia: \_\_\_\_\_

Etilismo ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Drogas Ilícitas ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Atividade Física: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**TIPO DE DEFICIÊNCIA:**

( ) Física (motora) ( ) leve ( ) moderado

( ) Intelectual (cognitiva) ( ) leve ( ) moderado

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

( ) PC ( ) AVC ( ) TCE ( ) Lesão Medular ( ) Amputação

Outras: \_\_\_\_\_

( ) Deficiência Cognitiva, adquirida, Hereditária ou doença rara Qual? \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

( ) Deficiência Intelectual ( ) TEA Outras: \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Número de pessoas que mora na residência: \_\_\_\_\_

Número de Adulto: \_\_\_\_\_ Número de Criança: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO HABITACIONAL/ SOCIOECONÔMICO E SANEAMENTO BÁSICO**

Recebi algum benefício assistencial? Sim ( ) Não ( )

Qual? Bolsa Familiar ( ) BPC ( ) Outro \_\_\_\_\_

É acompanhado pelo CRAS? Sim ( ) Não ( )

É acompanhado pelo CREAS? Sim ( ) Não ( )

Casa: Própria ( ) Alugada ( ) Valor \_\_\_\_\_ Cedida ( )

Tipo de Moradia: Madeira ( ) Alvenaria ( ) Mista ( ) outras ( )

Número de compartimentos \_\_\_\_\_

Sistema de água: Encanada ( ) poço ( ) Igarapé ( ) rio ( )

Sistema de energia: Luz elétrica ( ) Vela ( ) outros ( )

**ENCAMINHAMENTOS**

( ) Fisioterapia neuro infantil

( ) Médico Neurologista

( ) Fisioterapia respiratória

( ) Médico Neuropediatra

( ) Fonoaudiologia

( ) Unidade de saúde ou UBS

( ) Psicologia

( ) CRAS

( ) Terapeuta Ocupacional

( ) CREAS

( ) Médico Ortopedista

( ) UPA

**OUTRAS INFORMAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

**SEMUSB**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Itay 31



11

**C.E.R.**

Centro Especializado em Reabilitação

**FICHA DE ACOLHIMENTO CRIANÇA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Prontuário: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO:**

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

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_/\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DE SAÚDE**

**Tipo de Atendimento á Realizar?**

Fisioterapia ( ) Fisioterapia Respiratória ( ) Psicologia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapeuta Ocupacional ( )

Apresenta algum problema de Saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual?

Diabético ( ) Asma ( ) Alergia ( ) outros \_\_\_\_\_

É acompanhado por algum especialista? Sim ( ) Não ( )

Pediatra ( ) Neurologista ( ) Neuropediatra ( ) Ortopedista ( ) Cardiologista ( ) Reumatologista ( )

Oncologista ( ) Pneumologista ( ) Geneticista ( ) Hematologista ( ) Endocrinologista ( )

Outro? \_\_\_\_\_

Cartão de Vacinação está atualizado? Sim ( ) Não ( )

Realização acompanhamento de saúde em outra cidade? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

Tem o TFD? Sim ( ) Não ( ) Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Frequência de atendimento: ( ) Diário ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Anual

E acompanhado em Barcarena? Sim ( ) Não ( )

CAPS ( ) CAPS AD ( ) CTA ( ) Unidade Especializada ( )

É acompanhado por alguma UBS ou Posto de Saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? Sim ( ) Não ( )

Possui na família alguém com outra patologia? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

Participar de algum projeto voltado à saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma Carteira de passe Livre? Sim ( ) Não ( )

( ) Arcom ( ) Municipal ( ) Interestadual

Tem dificuldade de locomoção? Sim ( ) Não ( )

Possui Cadeira de Roda ? Sim ( ) não ( ) Cadeira Simples ( ) Cadeira adaptada ( )

**Tem dificuldade nas avd's?**

( ) alimentação ( ) higiene/ vestuário ( ) Locomoção

Apresenta dificuldade na fala?



( ) sim ( ) não Qual? Gagueira ( ) Fala poucas palavras ( ) Não forma frases ( ) Troca de letras  
( ) Fala com dificuldade compreensão ( ) outros \_\_\_\_\_  
**Compreende o que o outro fala?** ( ) sim ( ) sim om dificuldade ( ) não

**TIPO DE DEFICIÊNCIA:**

( ) Física (motora) ( ) leve ( ) moderado  
( ) Intelectual (cognitiva) ( ) leve ( ) moderado

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

( ) PC ( ) AVC ( ) TCE ( ) Lesão Medular ( ) Amputação

Outras: \_\_\_\_\_

( ) Deficiência Cognitiva, adquirida, Hereditária ou doença rara Qual? \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

( ) Deficiência Intelectual ( ) TEA Outras: \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR/ SITUAÇÃO ESCOLAR**

Número de pessoas que mora na residência: \_\_\_\_\_

Número de Adulto: \_\_\_\_\_ Número de Criança: \_\_\_\_\_

Possui irmão Sim ( ) Não ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Tem Convivência? ( )

Pais moram juntos Sim ( ) Não ( ) Tem Convivência? Sim ( ) Não ( )

Quem cuida da criança?

Mãe ( ) Pai ( ) Madrasta ( ) Padrasto ( ) Avó ( ) Tia ( ) Irmão ( ) Babá ( )

Outros? \_\_\_\_\_

Pessoas que residem com o paciente:

NOME	IDADE	PARENTESCO	PROFISSÃO

Estuda? Sim ( ) Não ( ) Qual escola? \_\_\_\_\_

( ) Pública ( ) Particular Qual ano? \_\_\_\_\_

Nome da Professora? \_\_\_\_\_

Apresenta alguma dificuldade na Escola? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Já repetiu algum ano letivo? Sim ( ) Não ( )

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Possui Cuidador/Professor auxiliar? ( ) Sim ( ) Não

**SITUAÇÃO HABITACIONAL/ SOCIOECONÔMICO E SANEAMENTO BÁSICO**

Recebi algum beneficio assistencial? Sim ( ) Não ( )

Qual? Bolsa Familiar ( ) BPC ( ) Renda Pará ( )

Renda Familiar? 01 salario ( ) 02 salários ( ) Mas de 03 salários ( ) Não possui renda ( )



É acompanhado pelo CRAS? Sim ( ) Não ( ) pelo CREAS? Sim ( ) Não ( )  
É acompanhado por algum instituto ou programa social? Sim ( ) Não ( )  
Casa: Própria ( ) Alugada ( ) Valor \_\_\_\_\_ Cedida ( )  
Tipo de Moradia: Madeira ( ) Alvenaria ( ) Mista ( ) outras ( )  
Número de compartimentos \_\_\_\_\_  
Sistema de água: Encanada ( ) Poço ( ) Igarapé ( ) Rio ( )  
Sistema de energia: Luz elétrica ( ) Vela ( ) Gerador ( ) outros ( )

#### **ENCAMINHAMENTOS INTERNOS**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia Neuro infantil | <input type="checkbox"/> Médico Neurologista  |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia respiratória   | <input type="checkbox"/> Médico Neuropediatra |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia              | <input type="checkbox"/> Médico Ortopedista   |
| <input type="checkbox"/> Psicologia                  | <input type="checkbox"/> Hidroterapia         |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional       | <input type="checkbox"/> Nutricionista        |

#### **ENCAMINHAMENTOS PARA OUTROS SERVIÇOS**

- Unidade de saúde ou UBS
- CAPS AD
- CAPS II
- CRAS
- CREAS
- Conselho Tutelar

#### **OUTRAS INFORMAÇÕES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do profissional**



Item 32

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARCARENA/SEMUSB

CAPS AD- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ÁLCOOL E DROGAS

FICHA DE ACOLHIMENTO

1-IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ () mas ()fem.

Data nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Cartão sus: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ contato: \_\_\_\_\_

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

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Perimetro: \_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_

2- HISTORICO (crises, tratamentos, internações prévias, situação atual): \_\_\_\_\_

Multiple horizontal lines for historical notes.

3-ESTADO MENTAL: (aspectos de higiene, cognição, orientação, memória, atenção, distúrbios senso, percepção, humor etc.)

Multiple horizontal lines for mental state notes.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA - 24 HORAS / BARCARENA FICHA DE ACOLHIMENTO

Nº Sequencial:

Dados de Identificação do Paciente

Nome do Paciente:

D. Nasc.:

Idade:

Sexo:

RG:

Cartão SUS

Endereço:

Bairro:

Nº:

Hora:

Telefone:

Data:

Dados Clínico do Paciente Hipertenso: ( ) Sim ( ) Não Diabético: ( ) Sim ( ) Não Cardiopata: ( ) Sim ( ) Não

Pressão Arterial \_\_\_x\_\_\_ mmHg Glicemia Capilar: \_\_\_mg/dl FC: \_\_\_ bpm FR: \_\_\_ rpm

Saturação: \_\_\_ SpO<sup>2</sup> Tax: \_\_\_ C° Peso: \_\_\_ Kg Escala de Dor: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Aguda

Alérgico: ( ) Sim ( ) Não

Cor da Classificação: ( ) Vermelho ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul

Enfermagem:

Ass. e Carimbo Enf. da Triagem

Motivo do Atendimento:

Tratamento Realizado:

Exames Laboratoriais Solicitados: ( ) Sim ( ) Não

Assinatura e Carimbo do Médico Plantonista:

Assinatura do Paciente:

1. Nº do Prontuário:		2. Nº do Cartão SUS		3. Data: ____/____/____	
4. Nome Social (se aplicável):			5. Data de Nascimento:		
6. Nome Civil:			7. CPF:		
8. Esta é uma visita de intercorrência (anterior ao prazo estabelecido para retorno)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (responder 8a)					
8a. Qual o motivo da visita de intercorrência? <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de Infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroconversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST					
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV</b>					
9. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e pesquisa adicional de infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
10. Nos últimos 3 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal					
11. Nos últimos 3 meses com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais					
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes					
13. Nos últimos 3 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)					
14. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
15. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Pode marcar mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleve®) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias					
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP</b>					
17. Desde a última visita, sentiu algum mal estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro					
17a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica					
<b>AUTO RELATO SOBRE ADESÃO</b>					
18. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? ( ) no. comprimidos					
19. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixou de tomar <input type="checkbox"/> Outro.					
<b>Exames de Seguimento</b>		<b>Data da Coleta</b>		<b>Resultados dos Exames trimestrais</b>	
20a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, ELISA)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
20b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/ <input type="checkbox"/> (Titulação)	
21. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
22. Identificação de Clamídia				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
23. Identificação de Gonococo				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
24. Teste para Hepatite B (HBsAg)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado	
25. Sorologia Anti-HBs quantitativa				<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL	
26. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado	
27. Avaliação de Proteinúria				<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado	
28. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)				<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado	
<b>Exames de Segurança</b>				<b>Resultado do Exame</b>	
29. Teste Rápido de HIV realizado hoje				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente	
30.1. Creatinina Sérica					
30.2. *Idade (em anos completos)				_____ anos	
30.3. Peso (Kg)				_____ Kg	
30.4. Resultado					
30. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimado:				<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min	
*Sugestão para cálculo de ClCr = (((140 - Idade) x Peso(kg)) / (Creatinina Sérica x 72)). Se mulher, multiplicar por 0.85. Se menor que 60ml/min, ineligível p PrEP					
31. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível					

CONDUTA FINAL	
32. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda	
33. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias	
34. Médico: Data da Prescrição: ____/____/____ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)	
35. Usuário(a): Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário) Data ____/____/____ Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)	

Setembro/2018

DETALHAMENTO DOS CAMPOS
As alternativas com ícone "O" indicam que uma única resposta é possível e com "□" que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)
1- Número do Prontuário: Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
2- Número do Cartão SUS: Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
3- Data: Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
4- Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuem nome social que divirja do nome de registro.
5- Data de nascimento: Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
5- Nome civil: Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
7- CPF: Inserir o CPF do usuário <b>(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)</b>
8- Visita de Intercorrência: Assinalar "sim" se for uma visita realizada antes da data prevista de retomo trimestral. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
8a - Motivo da Visita de Intercorrência: Se a visita for considerada de intercorrência, assinalar o motivo. <b>(Preenchimento obrigatório, se for visita de intercorrência)</b>
9- Sintomas de infecção viral aguda: Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
10 - Sintomas ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST): Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
11 - Número de parcerias sexuais: Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
12 - Uso de preservativos: Inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
13 - Tipo de relações sexuais SEM preservativo: Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
14 - Uso de álcool: Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
15 - Uso de drogas: Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
16 - Uso de drogas injetáveis: Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Se houve, informar se foi ou não durante os últimos 3 meses.
17 - Evento adverso relacionado à PrEP. Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
17a - Persistência de eventos adversos: Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.
18 - Adesão à PrEP: Indicar o número de comprimidos não ingeridos nos últimos 30 dias, relatado pelo(a) usuário(a). Caso não tenha deixado de tomar nenhum comprimido, inserir "0" (zero). <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
19 - Motivos de não-adesão: Inserir o motivo mais frequente para a não tomada de todos os comprimidos. Caso tenha tomados todos, marcar "não deixou de tomar".
20a - Teste Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (TR ou ELISA). <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
20b - Teste Não Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste não treponêmico (VDRL ou RPR) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR inserir a titulação. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
21 - Confirmado diagnóstico de Sífilis: Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
22 - Identificação de Clamídia: Inserir o resultado do exame.
23 - Identificação de Gonococo: Inserir o resultado do exame.
24 - Teste para Hepatite B (HBsAg): Inserir resultado do teste.
25 - Teste para Hepatite B (Anti-HBs): Inserir resultado do teste. Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
26 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV): Inserir resultado do teste. Se positivo, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
27 - Avaliação de Proteinúria: Avaliar a presença de proteinúria.
28 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT): Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.
29 - Teste Rápido de HIV (Retomo para dispensação): Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787">http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787</a> . <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
30.1- Creatinina Sérica: Inserir resultado da Creatinina Sérica. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
30.2- Idade (em anos completos): Inserir idade em anos completos.
30.3- Peso (Kg): Inserir peso em Kg.
30.4 - Resultado do Clearance de Creatinina: Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.
30 - Clearance de Creatinina estimado: Inserir os dados dos itens 28.1 a 28.3 para cálculo do resultado do Clearance de Creatinina ou utilizar outro método de cálculo como MDRD. Se menor que 60ml/min, inelegível para uso da PrEP. <b>Preenchimento obrigatório.</b>
31 - Vacinação para Hepatite B: Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente.
32 - Conduta: Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
33 - Prescrição para PrEP: Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
34 - Médico: Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. <b>(Preenchimento obrigatório).</b>
35 - Usuário(a): Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.



HOSPITAL MUNICIPAL  
**WANDICK  
GUTIERREZ**

**PREFEITURA**  
de **BARCARENA**



**FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM**

1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____			Sexo: ( ) M ( ) F
Idade: _____	DN: ____/____/____	SISREG: _____	CSUS: _____ DATA ____/____/____
Nome da mãe: _____			Religião: _____
Profissão: _____	Estado Civil: _____	TEL: _____	
Endereço: _____ nº _____		Beirro: _____	Cidade: _____
Hipótese diagnóstica: _____		Procedência: _____	
2. HISTÓRIA DOENÇA ATUAL			
HDA: _____			
_____			
_____			
_____			
3. ANTECEDENTES			
Alergia: _____			
Doenças/distúrbios: ( ) HAS ( ) DM ( ) Obesidade ( ) Hiper-Hipotireoidismo ( ) HIV ( ) Câncer ( ) Cardiopata ( ) Outros: _____			
Tratamentos Anteriores: _____			
Medicação em uso (Nome, dose e horário): _____			
Fatores de Risco: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Sedentarismo ( ) Obesidade ( ) Dislipidemia ( ) Outros: _____			
ANTECEDENTES FAMILIARES: ( ) HAS ( ) DM ( ) Obesidade ( ) Câncer ( ) Cardiopata ( ) Outro: _____			
4. HÁBITOS			
A - CUIDADOS CORPORAIS:		B - SONO E REPOUSO:	
( ) Satisfatório ( ) Insatisfatório		( ) Regular ( ) Dificuldade para conciliar sono ( ) Insônia ( ) Sonolência	
C - DIURESE			
( ) Espontânea ( ) Estimulada ( ) SVD nº ____ ( ) Cat. Intermitente ( ) Cistostomia ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Piúria ( ) Hemodíálise ( ) Nictúria ( ) Incontinente ( ) Hematúria ( ) Limpida ( ) Colúrica ( ) Sedimentada			
D - ELIMINAÇÃO INTESTINAL:		E - NUTRIÇÃO:	
( ) Regular ( ) Constipação ____ dias ( ) Enterorragia		( ) Oral/Tipo: _____ ( ) Jejum _____ Horas	
( ) Diarreica ( ) Incontinência ( ) Melena		( ) SNE ( ) SNG ( ) Gastrostomia	
( ) Fecaloma ( ) Hematoquesia		( ) Fechada ( ) Aberta ( ) Aspectos de drenagem	
5. EXAME FÍSICO			
CONSCIÊNCIA		MOVIMENTAÇÃO	CRÂNIO
( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Falhas de Memória		( ) Deambula	( ) S/Anormalidades
( ) Orientado ( ) Sedado ( ) Outros: _____		( ) Deambula com ajuda	( ) Incisão
( ) Comatoso ( ) Alerta		( ) Restrito ao leito	( ) Drenos
( ) Torposo ( ) Comunicação verbal		( ) S/movimento	( ) Deformidades
( ) Confuso ( ) Comunicação não verbal		( ) Acamado	( ) Outras: _____
OLHOS		OUVIDOS	PESCOÇO
( ) Sem alterações ( ) Midriase ( ) Escotoma		( ) Audição normal	( ) Sem alterações
( ) Acuidade diminuída ( ) Miose ( ) Fotopsia		( ) Diminuição da acuidade auditiva	( ) Linfonodos infartados
( ) Hiperemia ( ) Anisocoria ( ) Fosfeno		( ) Zumbido	( ) Tireóide aumentada
( ) Lentos corretivos ( ) Visão Turva		( ) Hiperemia	( ) Turgência de Jugular
( ) Exoftalmia ( ) Foto Regente		( ) Usa prótese	( ) Rigidez de nuca
( ) Isocória ( ) Diplopia			( ) Outros: _____
TÓRAX E PULMÃO			
Expansão: ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Superficial ( ) Profundo		DRENO TORÁCICO: ( ) Sim ( ) Não	
Padrão respiratório: ( ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispneia ( ) Hemoptise ( ) Ventilação Mecânica		DOR INSPIRATÓRIA: ( ) Sim ( ) Não	
Murmúrios vesiculares: ( ) Ausentes ( ) Presentes		Tosse: ( ) Ausente ( ) Seca ( ) Expectoração	
Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Estertores ( ) Sibilos ( ) Creptantes ( ) Estridor Traqueal		Outros: _____	
( ) Ar ambiente ( ) Venturini			
( ) MNC ____ 1/min ( ) Cat O2 SPO2 _____			



HOSPITAL MUNICIPAL  
**WANDICK  
GUTIERREZ**

**PREFEITURA**  
do **BARCARENA**

**FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM**



**CARDIOVASCULAR:** ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico **Perfusão periférica:** ( ) Normal ( ) Diminuída em - MSD/MSE/MID/MIE  
( ) Dor precordial ( ) Arritmia ( ) Presença de sopro  
**Ausculta:** ( ) BCRNF EM 2T ( ) BCR HIPERFONÉTICAS EM 2T ( ) BCR HIPOFONÉTICAS EM 2T ( ) BANF **Outros:** \_\_\_\_\_  
**ABDOME:** ( ) Plano ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Assimétrico ( ) Doloroso ( ) Timpânico ( ) Maciço ( ) Ostomia  
( ) Drenos ( ) Indolor ( ) RHA + ( ) RHA - ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**PELE MUCOSA:** ( ) Normocorada ( ) Hidratada ( ) Sudoréica  
( ) Hipocorada ( ) Hipohidrata  
( ) Hipercorada ( ) Desidratada  
( ) Cianótica ( ) Ictérica **TURGÓR:** ( ) Preservado ( ) Diminuído  
**MMSS:** ( ) S/N ( ) Edema ( ) Lesões  
( ) Força preservada ( ) Parestesia ( ) Amputação  
( ) C/ sensibilidade ( ) Paresia ( ) Imobilização  
( ) Pulsos palpáveis ( ) Rede v. preservada ( ) Contido

**MMII:** ( ) S/A ( ) Lesão  
( ) C/Sensibilidade ( ) Edema  
( ) Força preservada ( ) Paresia  
( ) Amputação ( ) Contido  
( ) Rede Venosa preservada  
**GENITAL**  
( ) S/A  
( ) Leucorréia  
( ) Menorréia  
( ) Edema  
( ) IST  
**ESCALA DE BRADEN**  
( ) 6 a 11 risco alto  
( ) 12 a 17 risco médio  
( ) 18 a 20 risco baixo  
Presença de lesões: ( ) N ( ) S  
Local: \_\_\_\_\_

**6. ESCALA DE BRADEN**

DESCRIÇÃO	1	2	3	4
Percepção sensorial	( ) Totalmente limitado	( ) Muito limitado	( ) Levemente limitado	( ) Nenhuma limitação
Umidade	( ) Totalmente molhado	( ) Muito molhado	( ) Ocasionalmente molhado	( ) Raramente molhada
Atividade	( ) Acamado	( ) Confinado à cadeira	( ) Deambulação ocasional	( ) Deambulação frequente
Mobilidade	( ) Totalmente imóvel	( ) Bastante limitado	( ) Levemente limitado	( ) Sem limitação
Nutrição	( ) Muito pobre	( ) Provável inadequada	( ) Adequada	( ) Excelente
Fricção/Cisalhamento	( ) Problema	( ) Problema em potencial	( ) Nenhum problema	<b>SCORE:</b>

O score pode variar de 6 a 20, sendo que quando menor o score, maior o risco para adquirir lesão por pressão

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

**7. ESCALA DE GLASGOW**

**ABERTURA OCULAR:** ESPONTÂNEO (04) AO COMANDO VERBAL (03) A DOR (02) AUSENTE (01)  
**RESPOSTA MOTORA:** OBEDECE COMANDO (06) LOCALIZAÇÃO A DOR (05) FLEXÃO INESPECÍFICA-RETIRADA (04) LEXÃO HIPERTONIA (03) HIPERTONICA (02) SEM RESPOSTA (01)  
**RESPOSTA VERBAL:** ORIENTADO E CONVERSANDO (05) DESORIENTADO E CONVERSANDO (04) PALAVRAS INAPROPRIADA (03) SONS INCOMPREENSÍVEIS (02) SEM RESPOSTA (01)  
**GLASGOW:** \_\_\_\_\_

Dor local: \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Intensidade (1 - 10) \_\_\_\_\_

**PSICO/SOCIAL**

( ) Sem alterações ( ) Queixoso ( ) Ansioso ( ) Deprimido ( ) Agitado

**8. CUIDADOS**

( ) Monitorização hemodinâmica ( ) Curativo ( ) Acesso Venoso ( ) Mudança de decúbito de horário \_\_\_ h/\_\_\_ h  
( ) Invasiva ( ) Respirador mecânico ( ) Hemotransfusão ( ) Banho no leito  
( ) Não invasiva ( ) Oxigenoterapia ( ) Passagem de sonda ( ) Lavagem de SNG/SNE  
( ) Oximetria de pulso ( ) Sinais Vitais ( ) Aspiração de TQT ( ) Outro \_\_\_\_\_

**SSVV:** PA: X mmHg P: bpm T: °C FR: rpm SpO2 % PESO: Kg ALTURA: m

**9. EXAMES/PARECERES/PROCEDIMENTOS**

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

**10. ANOTAÇÕES**

Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Hand 36

26

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM-OBSTETRÍCIA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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

D.nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ C. Sus: \_\_\_\_\_ Admitida: \_\_\_\_\_ Readmitida: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Realizou pré-natal no (a) \_\_\_\_\_ iniciado no \_\_\_\_\_ mês, com \_\_\_\_\_ consultas

SISTEMA NEUROLÓGICO

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) SNG/SOG ( ) SNG/SOE ( ) NPT ( ) VO  
( ) Sedado ( ) Terporoso ( ) Comatoso ( ) Gavagem ( ) Aberta ( ) Emese  
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não Reage ( ) Evacuações ( ) Presente ( ) Ausente

( ) Flatos ( ) Presente ( ) ausente

REGULAÇÃO VASOMOTORA

( ) Mióticas ( ) isocóricas ( ) Fotorregentes ( ) Normacárdico ( ) Bradicárdico ( ) ausentes  
( ) Não Reagente ( ) Anisocóricas ( ) Pulso ( ) Cheio ( ) Filiforme

( ) Hipotermico ( ) Subfebril \_\_\_\_\_ °C ( ) Rítmico ( ) Aritímico ( ) Normotenso  
( ) Afebril ( ) Febril \_\_\_\_\_ °C ( ) Hipertenso ( ) Hipotenso ( ) Taquicárdico

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Eupneico ( ) Bradipnéico ( ) Traquipnéico ( ) Normotenso ( ) Tenso ( ) Globoso  
( ) Dispnéico ( ) Oxigenioterapia ( ) ar ambiente ( ) Distendido ( ) Plano

( ) Mascara de venturi ( ) Intubação ( ) RHA ( ) Presente ( ) Ausente  
( ) Visceromegalias ( ) Presente ( ) FO

SISTEMA HEMATOLOGICO

( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) acianótica ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Colúnia  
( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Ictérica ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Disúria ( ) Hematúria  
( ) Hipertermico ( ) Afebril ( ) Hipotermico ( ) Cistostomia ( ) Estimulo Medicamentoso

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

( ) INFEÇÃO URINARIA ( ) IST ( ) CARDIOPATIA ( ) DIABETES ( ) GEMELAR ( ) DIABETES ( ) HIPERTENSÃO  
( ) HIPERTENSÃO ARTERIAL ( ) CIRURGIA PELVICA UTERINA ( ) MÁ FORMAÇÃO ( ) OUTROS: ( ) NEGA  
( ) MÁ FORMAÇÃO ( ) ALERGIAS ( ) TABAGISMO ( ) ETILISMO

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G ( ) P ( ) A ( ) ( ) ANTITETANICA ( ) HEP. B ( ) INFLUENZA

PARTOS: NORMAL ( ) CESARIA ( )

EXAMES

Resultados

1° 2° 3°

ABO-RH

HT/ HB

Glicemia de jejum

Urina 1

V.D.R.L

ANTI-HIV

Sorologia para toxoplasmoso IGG: IGM: 1

Sorologia para Rubéola IGG: IGM:

Sorologia para Citomegalovirus IGG: IGM:

HBsAg

Combs

Bacterioscopia da secre. vaginal

1° USG

Última USG

EXAME OBSTETRICO

DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ PA: x mmhg

BCF: \_\_\_\_\_ DU: \_\_\_\_\_ AU: \_\_\_\_\_ APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

BOLSA: \_\_\_\_\_ COLO: \_\_\_\_\_

ACESSO VENOSO EM: \_\_\_\_\_ JELCO: \_\_\_\_\_

TESTE RÁPIDO HMARAN: HIV ( ) SÍFILIS: ( ) DATA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Leve 3/4*

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM - PEDIATRIA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ C.SUS: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Admissão para Internação: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Admissão Pessoais: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: (1) Sim (2) Não

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ativo     | <input type="checkbox"/> Reativo |
| <input type="checkbox"/> Sonolento | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Sedado    |                                  |

Estado Emocional: ( ) Calmo ( ) Chorando

Pele Mucosa:

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normocoradas | <input type="checkbox"/> Hipócorada |
| <input type="checkbox"/> Íntegras     | <input type="checkbox"/> Lesão      |

Avaliação Cardíaca: (1) Sim (2) Não

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tórax Simétrico   | <input type="checkbox"/> Tórax Assimétrico |
| <input type="checkbox"/> Rítmico           | <input type="checkbox"/> Arritmico         |
| <input type="checkbox"/> Taquicárdico      | <input type="checkbox"/> Bradicárdico      |
| <input type="checkbox"/> Presença de sopro | <input type="checkbox"/> Outros: _____     |

Avaliação Pulmonar: (1) Sim (2) Não

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Murmúrios Vesiculares + | <input type="checkbox"/> Estertores | Respiração                                |  |
| <input type="checkbox"/> Sibilos                 | <input type="checkbox"/> Roncos     | <input type="checkbox"/> Espontânea       | <input type="checkbox"/> Cateter de O2 |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____           |                                     | <input type="checkbox"/> Macronebulização | <input type="checkbox"/> Outros:       |

Avaliação Abdominal: (1) Sim (2) Não

- |                                     |                                   |                                    |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plano      | <input type="checkbox"/> Globoso  | <input type="checkbox"/> Indolor   | <input type="checkbox"/> RHA- |
| <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Timpânico | <input type="checkbox"/> RHA+ |

Membros Superiores/Inferiores: (1) Sim (2) Não

- |  |                                     |                                 |                                |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paresia       | <input type="checkbox"/> Parestesia | <input type="checkbox"/> Plegia | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ |                                     |                                 |                                |

Genitália: \_\_\_\_\_

Hábitos: (1) Sim (2) Não

- |                        |                                       |   |
|------------------------|---------------------------------------|---|
| Higiene Pessoal        | <input type="checkbox"/> Satisfatória | <input type="checkbox"/> Insatisfatória |
| Alimentação:           | <input type="checkbox"/> Tolerância   | <input type="checkbox"/> Intolerância   |
|                        | <input type="checkbox"/> Inapetência  | <input type="checkbox"/> Leite Materno  |
| Eliminação Vesical:    | <input type="checkbox"/> Presente     | <input type="checkbox"/> Ausente        |
| Eliminação Intestinal: | <input type="checkbox"/> Presente     | <input type="checkbox"/> Ausente        |

Sinais Vitais: (1) Sim (2) Não

PA.: \_\_\_\_\_ mmHg Sat / Resp: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

DIRETÓRIA TÉCNICA  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE  
DIVISÃO DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

FICHA DE APRAZAMENTO E CONTRÔLE DE HANSENÍASE

NOME				MATRÍCULA				<input type="checkbox"/> CASO NOVO <input type="checkbox"/> CASO ANTIGO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> RECÍDIVA				
DATA DE NOTIFICAÇÃO			FORMA CLÍNICA			ESQUEMA TERAPÊUTICO						

ANO	JAN	FEV	FEV	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	%	REC.
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

CONTROLE DE TRATAMENTO

ANO	TRAT. INTERRUPTO		EFEITOS ADVERSOS	REAÇÕES TIPO		SITUAÇÃO CLÍNICA		GRAU MÁXIMO DE INCAPACIDADE	BACTERIOSCOPIA RES. I.B	OBSERVAÇÕES
	MOTIVO	DATA		I	II	ATIVO	INATIVO			

CONTATOS INTRADOMICILIARES

	NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1)	_____	_____	____/____	____/____
2)	_____	_____	____/____	____/____
3)	_____	_____	____/____	____/____
4)	_____	_____	____/____	____/____
5)	_____	_____	____/____	____/____
6)	_____	_____	____/____	____/____
7)	_____	_____	____/____	____/____
8)	_____	_____	____/____	____/____
9)	_____	_____	____/____	____/____
10)	_____	_____	____/____	____/____

Itam 39

FRENTE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Carimbo da Entidade Prestadora do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (PRONTUÁRIO DO CLIENTE SEM MATRÍCULA)

- INSTRUÇÕES:**
- Preencha legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.
  - São responsáveis pelas informações: o médicos, ou odontólogos ou outros profissionais de nível superior / nível médio e os diretores das unidades convenientes ou contratadas.
  - a declaração falsa e/ou fraude sujeita os infratores às sanções dos art. 171 e/ou 299 do Cod. Penal.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Documento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Data do Atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº SEQÜENCIAL: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSE / TERAPIA

DIAGNÓSTICO

CID PRINCIPAL

□ □ □ □ □ □ □ □

CID SECUNDÁRIO

□ □ □ □ □ □ □ □

**TRATAMENTO REALIZADO**

---

---

---

---

---

**CÓDIGO/PROCEDIMENTO**

Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.	Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.	Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.
□□□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□

Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.	Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.	Procedimento	Espec.	Tipo	Atend.
□□□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□

**MATERIAIS E MEDICAMENTOS USADOS**

---

---

---

---

---

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO)**

**ASSINATURA DO PACIENTE**

Stave 40



**HMARAN**  
DR. APOENIO RODRIGUES DE ALMEIDA NETES

# FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

<p>1- DATA: ____/____/2021. PA: ____X____ mmHg HOR.: ____:____</p> <p>IG: _____</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>EX. FISICO: AU: ____CM BCF: ____CM ( )C. IMPERVIO ( )C. PERVIO: ____CM</p> <p>( ) COLO GROSSO ( ) COLO MÉDIO/ESVAECIDO ( ) COLO FINO</p> <p>( ) PERDA SANGUINEA ( ) PERDA TAPÃO MUCOSO ( ) PERDA DE LA</p> <p>EXAMES: ( ) EAS/URINA _____</p> <p>USG: _____</p> <p>TRATAMENTO: _____</p> <p>DX: _____</p>	ASSINATURA/CARIMBO
<p>2- DATA: ____/____/2021. PA: ____X____ mmHg HOR.: ____:____</p> <p>IG: _____</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>EX. FISICO: AU: ____CM BCF: ____CM ( )C. IMPERVIO ( )C. PERVIO: ____CM</p> <p>( ) COLO GROSSO ( ) COLO MÉDIO/ESVAECIDO ( ) COLO FINO</p> <p>( ) PERDA SANGUINEA ( ) PERDA TAPÃO MUCOSO ( ) PERDA DE LA</p> <p>EXAMES: ( ) EAS/URINA: _____</p> <p>USG: _____</p> <p>TRATAMENTO: _____</p> <p>DX: _____</p>	ASSINATURA/CARIMBO
<p>3- DATA: ____/____/2021. PA: ____X____ mmHg HOR.: ____:____</p> <p>IG: _____</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>EX. FISICO: AU: ____CM BCF: ____CM ( )C. IMPERVIO ( )C. PERVIO: ____CM</p> <p>( ) COLO GROSSO ( ) COLO MÉDIO/ESVAECIDO ( ) COLO FINO</p> <p>( ) PERDA SANGUINEA ( ) PERDA TAPÃO MUCOSO ( ) PERDA DE LA</p> <p>EXAMES: ( ) EAS/URINA _____</p> <p>USG: _____</p> <p>TRATAMENTO: _____</p> <p>DX: _____</p>	ASSINATURA/CARIMBO
<p>4- DATA: ____/____/2021. PA: ____X____ mmHg HOR.: ____:____</p> <p>IG: _____</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>EX. FISICO: AU: ____CM BCF: ____CM ( )C. IMPERVIO ( )C. PERVIO: ____CM</p> <p>( ) COLO GROSSO ( ) COLO MÉDIO/ESVAECIDO ( ) COLO FINO</p> <p>( ) PERDA SANGUINEA ( ) PERDA TAPÃO MUCOSO ( ) PERDA DE LA</p> <p>EXAMES: ( ) EAS/URINA _____</p> <p>USG: _____</p> <p>TRATAMENTO: _____</p> <p>DX: _____</p>	ASSINATURA/CARIMBO
<p>5- DATA: ____/____/2021. PA: ____X____ mmHg HOR.: ____:____</p> <p>IG: _____</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>EX. FISICO: AU: ____CM BCF: ____CM ( )C. IMPERVIO ( )C. PERVIO: ____CM</p> <p>( ) COLO GROSSO ( ) COLO MÉDIO/ESVAECIDO ( ) COLO FINO</p> <p>( ) PERDA SANGUINEA ( ) PERDA TAPÃO MUCOSO ( ) PERDA DE LA</p> <p>EXAMES: ( ) EAS/URINA _____</p> <p>USG: _____</p> <p>TRATAMENTO: _____</p> <p>DX: _____</p>	ASSINATURA/CARIMBO



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

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

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

03 - Complementado    04 - Inexistente    **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa    02 - Antroposofia Aplicada à Saúde    03 - Homeopatia    04 - Fitoterapia    05 - Ayurveda    06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\* Campo obrigatório

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

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

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

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
**Local de Atendimento:** 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)  
 08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa  
**\* Campo obrigatório**  
**\*\* Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea**

**FICHA DE  
ATIVIDADE COLETIVA**

DIGITADO POR: -

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

<b>CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>
_____	_____	_____	_____	____/____/____

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

<b>ATIVIDADE (opção única)*</b>	<b>TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)**</b>
(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
(04) Educação em saúde	(04) Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
(05) Atendimento em grupo	(05) Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
(06) Avaliação/Procedimento coletivo	(06) Educação Permanente
(07) Mobilização social	(07) Outros

<b>PÚBLICO-ALVO</b> (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	<b>TEMAS PARA SAÚDE</b> (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	<b>PRÁTICAS EM SAÚDE</b> (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		

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"/>
		/ /	(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



HOSPITAL MUNICIPAL  
**WANDICK  
GUTIERREZ**

Item 44

**PREFEITURA**  
de **BARCARENA**

Estado do Pará  
Município de Barcarena  
Prefeitura Municipal de Barcarena  
Secretaria Municipal de Saúde

**FICHA DE BALANÇO HÍDRICO**

NOME:		IDADE:		SISREG:		DATA:										
ID:		DATA DE ADMISSÃO: / /		DATA DE NASCIMENTO: / /		LEITO:										
ADMINISTRADO										ELIMINADO					BALANÇO	ASS/ CARIMBO
MEDICAÇÃO/DIETA/HEMODERIVADO																
Hora	Hemo	Expans	Aport	Sedação	DVA	Medicação	Dieta	Água	NPP/ OUTROS	Dreno	SNG	Diurese	Evac.	Outros		
07																
08																
09																
10																
11																
12																
B.P.																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
B.P.																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
B.P.																
B.T.																
BALANÇO ANTERIOR		ENTRADA				SAÍDA				BALANÇO TOTAL				ASS/CARIMBO-ENF.		





1. Nº do Prontuário:		2. Nº do Cartão SUS		3. Data: ___/___/___	
4. Nome Social (se aplicável):				5. Data de Nascimento:	
6. Nome Civil:				7. CPF:	
8. Esta é uma visita de intercorrência (anterior ao prazo estabelecido para retorno)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (responder 8a)					
8a. Qual o motivo da visita de intercorrência? <input type="checkbox"/> Dispensa até consulta <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroconversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST					
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV</b>					
9. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e pesquisa adicional de infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
10. Nos últimos 3 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia Retal					
11. Nos últimos 3 meses com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais					
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes					
13. Nos últimos 3 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)					
*4. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
15. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Pode marcar mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias					
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim					
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A PrEP</b>					
17. Desde a última visita sentiu algum mal-estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro					
17a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica					
<b>AUTO RELATO SOBRE ADESÃO</b>					
18. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? ( ) no. comprimidos					
19. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixou de tomar <input type="checkbox"/> Outro.					
<b>Exames de Seguimento</b>		<b>Data da Coleta</b>		<b>Resultados dos Exames trimestrais</b>	
20a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, ELISA)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input checked="" type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
20b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input checked="" type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)	
21. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
22. Identificação de Clamídia				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
23. Identificação de Gonococo				<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível	
24. Teste para Hepatite B (HBsAg)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado	
25. Sorologia Anti-HBs quantitativa				<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL	
26. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)				<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input checked="" type="radio"/> Não realizado	
27. Avaliação de Proteinúria				<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado	
28. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)				<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado	
<b>Exames de Segurança</b>		<b>Resultado do Exame</b>			
29. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente			
30.1. Creatinina Sérica					
30.2. *Idade (em anos completos)		_____ anos			
30.3. Peso (Kg)		_____ Kg			
30.4. Resultado					
30. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimado:		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min			
*Sugestão para cálculo de ClCr = $[(140 - \text{Idade}) \times \text{Peso}(\text{kg})] / (\text{Creatinina Sérica} \times 72)$ . Se mulher, multiplicar por 0.85. Se menor que 60ml/min, ineligível p PrEP					
31. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível					

32. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP?  
 Sim  Não, devido a teste HIV reagente  Não, devido à alteração em outros exames  Não, por baixa adesão ao medicamento  
 Não, devido a eventos adversos  Não, por decisão do usuário  Não, por suspeita de infecção viral aguda

33. TDF/FTC apto para  30 dias  60 dias  90 dias  120 dias

34. Médico:  
 Data da Prescrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ (Carimbo e assinatura)

35. Usuário(a):  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dispensado para \_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ (Assinatura do usuário)  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dispensado para \_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ (Assinatura do usuário)  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dispensado para \_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ (Assinatura do usuário)

Outubro/2018

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

As alternativas com ícone "O" indicam que uma única resposta é possível e com "□" que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

- 1- Número do Prontuário: Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
- 2- Número do Cartão SUS: Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
- 3- Data: Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 4- Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida: Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuírem nome social que divirja do nome de registro.
- 5- Data de nascimento: Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 6- Nome civil: Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
- 7- CPF: Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
- 8- Visita de Intercorrência: Assinalar "sim" se for uma visita realizada antes da data prevista de retorno trimestral. **(Preenchimento obrigatório)**
- 9a - Motivo da Visita de Intercorrência: Se a visita for considerada de intercorrência, assinalar o motivo. **(Preenchimento obrigatório, se for visita de intercorrência)**
- 9 - Sintomas de infecção viral aguda: Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório)**
- 10 - Sintomas ou diagnóstico de Infecções sexualmente transmissíveis (IST): Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
- 11 - Número de parcerias sexuais: Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada. **(Preenchimento obrigatório)**
- 12 - Uso de preservativos: inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. **(Preenchimento obrigatório)**
- 13 - Tipo de relações sexuais SEM preservativo: Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
- 14 - Uso de álcool: Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
- 15 - Uso de drogas: Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
- 16 - Uso de drogas injetáveis: Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Se houve, informar se foi ou não durante os últimos 3 meses.
- 17 - Evento adverso relacionado à PrEP: Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. **(Preenchimento obrigatório)**
- 17a - Persistência de eventos adversos: Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.
- 18 - Adesão à PrEP: Indicar o número de comprimidos não ingeridos nos últimos 30 dias, relatado pelo(a) usuário(a). Caso não tenha deixado de tomar nenhum comprimido, inserir "0" (zero). **(Preenchimento obrigatório)**
- 19 - Motivos de não-adesão: Inserir o motivo mais frequente para a não tomada de todos os comprimidos. Caso tenha tomados todos, marcar "não deixei de tomar".
- 20a - Teste Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (TR ou ELISA). **(Preenchimento obrigatório)**
- 20b - Teste Não Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste não treponêmico (VDRL ou RPR) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR inserir a titulação. **(Preenchimento obrigatório)**
- 21 - Confirmado diagnóstico de Sífilis: Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. **(Preenchimento obrigatório)**
- 22 - Identificação de Clamídia: Inserir o resultado do exame.
- 23 - Identificação de Gonococo: Inserir o resultado do exame.
- 24 - Teste para Hepatite B (HBsAg): Inserir resultado do teste.
- 25 - Teste para Hepatite B (Anti-HBs): Inserir resultado do teste. Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
- 26 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV): Inserir resultado do teste. Se positivo, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. **(Preenchimento obrigatório)**
- 27 - Avaliação de Proteinúria: Avaliar a presença de proteinúria.
- 28 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT): Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.
- 29 - Teste Rápido de HIV (Retorno para dispensação): Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizada no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação; de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. **(Preenchimento obrigatório)**
- 30.1- Creatinina Sérica: Inserir resultado da Creatinina Sérica. **(Preenchimento obrigatório)**
- 30.2- Idade (em anos completos): Inserir idade em anos completos.
- 30.3- Peso (Kg): Inserir peso em Kg.
- 30.4 - Resultado do Clearance de Creatinina: Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.
- 30 - Clearance de Creatinina estimado: inserir os dados dos itens 28.1 a 28.3 para cálculo do resultado do Clearance de Creatinina ou utilizar outro método de cálculo como MDRD. Se menor que 60ml/min, inelegível para uso da PrEP. **Preenchimento obrigatório.**
- 31 - Vacinação para Hepatite B: Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente.
- 32 - Conduta: Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. **(Preenchimento obrigatório)**
- 33 - Dispensa para PrEP: Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
- 34 - Médico: Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório)**
- 35 - Usuário(a): Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.

FRENTE

SINAN

ITEM 48

**Caso suspeito de dengue:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae.aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

**Caso suspeito de Chikungunya:** febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>		Código (CID10) A 99 A 92		3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 8-Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-2ª a 3ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefona		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Data de investigação							

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data de investigação		32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não			
Dados clínicos	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital			
	34 Doenças pré-existentis 1-Sim 2- Não 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatis <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica			

Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta		38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta		42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	
	47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Competível 2- Incompetível 3- Inconclusivo 4- Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado			

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	63 Critério de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em Investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica <input type="checkbox"/>	
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em Investigação 9- Ignorado	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento	

**Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave**

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	Vômitos persistentes <input type="checkbox"/>	Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/>	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia >= 2cm <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/>	Acúmulo de líquidos <input type="checkbox"/>	
		Sangramento de mucosa/outras hemorragias <input type="checkbox"/>		
	70 Dengue grave 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	Sangramento grave:		
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	Comproentimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite	<input type="checkbox"/> Alteração da consciência
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____		
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**


Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	

**Definição de caso:** Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	ACIDENTE DE TRABALHO		Y 96	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado			
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Instalações do contratante 2 - Via pública 3 - Instalações de terceiros 4 - Domicílio próprio 9 - Ignorado	
	<b>Dados da Empresa Contratante</b>			
35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador		
37 Atividade Econômica (CNAE)		38 UF	39 Município	Código (IBGE)
40 Distrito		41 Bairro	42 Endereço	
43 Número		44 Ponto de Referência		45 (DDD) Telefone

**Antecedentes Epidemiológicos**

46 O Empregador é Empresa Terceirizada   
 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal

48 CNPJ da Empresa Principal

49 Razão Social (Nome da Empresa)

**Dados do Acidente**

50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)

51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)

52 UF 53 Município de Ocorrência do Acidente Código (IBGE)

54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)  
 CID 10

55 Tipo de Acidente   
 1 - Típico 2 - Trajeto 9 - Ignorado

56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Se Sim, Quantos

**Dados do Atendimento Médico**

58 Ocorreu Atendimento Médico?   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

59 Data do Atendimento

60 UF

61 Município do Atendimento Código (IBGE)

62 Nome de U. S de Atendimento Código

63 Partes do Corpo Atingidas

01- Olho	04- Tórax	07- Membro superior	10- Todo o corpo	<input type="checkbox"/>
02- Cabeça	05- Abdome	08- Membro inferior	11- Outro	<input type="checkbox"/>
03- Pescoço	06- Mão	09- Pé	99- Ignorado	<input type="checkbox"/>

64 Diagnóstico da Lesão CID 10

65 Regime de Tratamento   
 1- Hospitalar  
 2- Ambulatorial  
 3- Ambos  
 9- Ignorado

**Conclusão**

66 Evolução do Caso   
 1 - Cura  
 2 - Incapacidade temporária  
 3 - Incapacidade parcial permanente  
 4 - Incapacidade total permanente  
 5 - Óbito por acidente de trabalho grave  
 6 - Óbito por outras causas  
 7 - Outro  
 9 - Ignorado

67 Se Óbito, Data do Óbito

68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT   
 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

II. **Intervista** se

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

---



---



---



---



---

Outras informações:

---



---



---



---



---

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

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

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **Acidentes por Animais Peçonhentos** Código (CID10): X 29

3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

**Notificações Individuais**

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

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

11 Sexo: M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado

12 Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado

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

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

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da Mãe

**Dados de Residência**

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

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

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

25 Geo Campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

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

**Dados Complementares do Caso**

**Antecedentes Epidemiológicos**

31 Data de Investigação 32 Ocupação 33 Data do Acidente

34 UF 35 Município de Ocorrência do Acidente: Código (IBGE) 36 Localidade de Ocorrência do Acidente:

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

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

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

**Dados Clínicos**

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

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

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

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

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

**Dados do Acidente**

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

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

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

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

Tratamento	<b>49 Classificação do Caso</b> <input type="checkbox"/> <b>50 Soroterapia</b> <input type="checkbox"/> 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 4 - Ignorado      1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	<b>51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:</b>		
	Antibiótico (SAB) <input type="text"/>	Anticrotálico (SAC) <input type="text"/>	Antiaracnido (SAAr) <input type="text"/>
	Antibiótico-laquético (SABL) <input type="text"/>	Antieláptico (SAE) <input type="text"/>	Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/>
Antibiótico-crotálico (SABC) <input type="text"/> Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/> Antilonômico (SALon) <input type="text"/>			
Conclusão	<b>52 Complicações Locais</b> <input type="checkbox"/> <b>53 Se Complicações Locais Sim, especificar:</b> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infecção Secundária <input type="checkbox"/> Necrose Externa <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Amputação		
	<b>54 Complicações Sistêmicas</b> <input type="checkbox"/> <b>55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar:</b> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória/ Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque		
<b>56 Acidente Relacionado ao Trabalho</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		<b>57 Evolução do Caso</b> 1 - Cura      2 - Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3 - Óbito por outras causas      3 - Ignorado	
<b>58 Data do Óbito</b>		<b>59 Data do Encerramento</b>	

**Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia**

	Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	<b>Botópico</b> <i>jararaca jararacuçu urutu caiçaca</i>	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
		Moderado: Dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		4 - 8
		Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		12
	<b>Crotálico</b> <i>cascavel baicininga</i>	Leve: ptose palpebral, turvação visual discreto de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente.	SAC	5
		Moderado: ptose, palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		10
		Grave: ptose, palpebral, turvação visual evidentes e intensos mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria		20
<b>Laquético</b> <i>surucuru pico-de-jaca</i>	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10	
	Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial		20	
<b>Eláptico</b> <i>Coral vermelha</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10	
ESCORPIONISMO	<b>Escorpiônico</b> <i>ecorpião</i>	Leve: dor, eritema e parestesia local.	SAEsc ou SAA	—
		Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3
		Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 8
ARANISMO	<b>Loxoscélico</b> <i>aranha-marrom</i>	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	SAA ou SALox	—
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5
	<b>Foneutrismo</b> <i>aranha amadeira aranha-da-danana</i>	Grave: lesão característica, hemólise intravascular	SAA	10
		Leve: dor local		—
		Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4
LONOMIA	<b>taturana oruga</b>	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	—
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

**Informações complementares e observações**

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

Investigador	Município / Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO COQUELUCHE

**CASO SUSPEITO:** Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração); guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.

Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	COQUELUCHE		A 37.9			
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa,....)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data de Investigação		32 Ocupação		33 A Unidade Notificante é Sentinela?	
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	34 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas)					
	1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado					
Dados Clínicos	35 Nome do Contato					
	36 Endereço do contato (Rua, Av. Apto., Bairro, Localidade, etc.)					
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib)		38 Data da Última Dose			
1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço		5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado				
39 Data do início da Tosse						
40 Sinais e Sintomas						
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tosse Paroxística <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho)	<input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Outros _____		
41 Complicações						
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Brocopneumonia <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões)	<input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Olite	<input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outros _____		



**CASO SUSPEITO:**

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

**CASO CONFIRMADO:**

a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.

b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
		<b>DOENÇA DE CHAGAS AGUDA</b>		<b>B 57.1</b>
4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade				
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 6ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe	
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)			
	UF		Município	
34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio		35 Data de encontro dos vestígios		36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias
1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia			38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com infecção Chagásica			40 Possibilidade de transmissão por via oral	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

**Dados Clínicos**

41 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assintomático  Edema de face/membros  Sinais de Meningoencefalite  Poliadenopatia

Febre Persistente  Hepatomegalia  Sinais de ICC  Taquicardia Persistente/Arritmias

Astenia  Esplenomegalia  Chagoma de Inoculação/sinal de Romaña  Outros \_\_\_\_\_

**Exames Realizados**

42 Data da coleta

43 Parasitológico Direto

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado  Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço  Outro

Strout/Microhematócrito/QBC

44 Data da coleta

45 Parasitológico Indireto

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado  Xenodiagnóstico  Hemocultivo

46 Data da coleta S1

47 Data da coleta S2

48 Resultado da Sorologia para ELISA

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

49 Resultado da Hemoaglutinação

	IgM	IgG
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>
2 - Não-Reagente	S2 <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo		
4 - Não Realizado		

50 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI

	IgM	Titulos	IgG	Titulos
1 - Reagente	S1 <input type="checkbox"/>	1: _____	S1 <input type="checkbox"/>	1: _____
2 - Não-Reagente				
3 - Inconclusivo				
4 - Não Realizado				
	S2 <input type="checkbox"/>	1: _____	S2 <input type="checkbox"/>	1: _____

51 Data da coleta do Histopatológico

52 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

53 Tipo de Tratamento

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Específico  Sintomático

54 Duração do Tratamento Específico

1 - Domiciliar 2 - Outro

55 Tempo de tratamento (em dias)

56 Medidas Tomadas

1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado

Controle de Triatomídeos  Implantação de Normas de Biossegurança em Laboratório

Fiscalização Sanitária em Unidade de Hemoterapia  Outros \_\_\_\_\_

57 Classificação Final

1 - Confirmado 2 - Descartado

58 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico

59 Evolução do Caso

1 - Vivo 2 - Óbito por D. Chagas Aguda 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

60 Data do Óbito

**Modo/Local Provável da Fonte de Infecção**

61 Modo Provável da Infecção

1 - Transfusional 2 - Vetorial 3 - Vertical 4 - Acidental 5 - Oral 6 - Outra \_\_\_\_\_  Ignorada

62 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)

1 - Unidade de Hemoterapia 2 - Domicílio 3 - Laboratório 4 - Outro 9 - Ignorado

63 O caso é autóctone do município de residência?

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

64 UF

65 País

66 Município

Código (IBGE) \_\_\_\_\_

67 Bairro

68 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

70 Data do Encerramento

**Observações**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**CASO SUSPEITO DE SARAMPO:** Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.  
**CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA:** Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais	1   Tipo de Notificação	2 - Individual		3   Data da Notificação
	2   Agravado/doença	1- SARAMPO <input type="checkbox"/>	Código (CID10)	
	<b>DOENÇAS EXANTEMÁTICAS</b>		2- RUBÉOLA <input type="checkbox"/>	B 09
	4   UF	5   Município de Notificação	6   Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
6   Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7   Data dos Primeiros Sinais	

Notificação Individual	8   Nome do Paciente			9   Data de Nascimento
	10   (ou) Idade	11   Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12   Gestante	13   Raça/Cor
	14   Escolaridade		15   Número do Cartão-SUS	
	16   Nome da mãe		17   UF	

Dados de Residência	18   Endereço de Residência	19   Código (IBGE)		
	20   Bairro	21   Logradouro (rua, avenida,...)		
	22   Número	23   Complemento (apto., casa, ...)	24   Geo campo 1	
	25   Geo campo 2	26   Ponto de Referência		27   CEP
	28   (DDD) Telefone	29   Zona	30   País (se residente fora do Brasil)	
	31   Data da Investigação		32   Ocupação	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	33   Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou tríplice)		34   Data da Última Dose
	35   Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas)		36   Nome do Contato
	37   Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		
	38   Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)		39   Data do Início da Febre

Dados Clínicos	40   Outros Sinais e Sintomas	
	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados)	<input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/Occeptais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos)

**Atendimento**

41 Ocorreu Hospitalização  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  42 Data da Internação  43 UF

44 Município do Hospital  Código (IBGE)  45 Nome do Hospital  Código

**Dados do Laboratório**

46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)  47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

48 Resultado

	Sarampo		Rubéola		Outras Exantemáticas	
	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
1 - Reagente	S1	<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/>
2 - Não Reagente		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3 - Inconclusivo	S2	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/>
4 - Não Realizado		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Re-Teste	<input type="checkbox"/>	Re-Teste	<input type="checkbox"/>	Re-Teste	<input type="checkbox"/>

1 - Dengue  
2 - Parvovírus B19  
3 - Herpes vírus 6  
4 - Outras

**Isolamento Viral**

49 Amostra clínica coletada  1 - Sangue Total  3 - Urina   
 2 - Secreção Nasofaríngea  4 - Líquor

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Etiologia Viral

1 - Vírus Sarampo Selvagem 2 - Vírus Sarampo Vacinal 3 - Vírus Rubéola Selvagem 4 - Vírus Rubéola Vacinal 5 - Dengue  
 6 - Herpes Vírus Tipo 6 7 - Parvovírus B19 8 - Enterovírus 9 - Outras  10 - Não detectado

**Medidas de Controle**

51 Realizou Bloqueio Vacinal  1 - Sim 2 - Não 3 - Não, todos vacinados   
 4 - Não, sem história de contato 9 - Ignorado

52 Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas  
 Menor de 5 anos   
 De 5 a 14 anos   
 De 15 a 39 anos

53 Especifique Intervalo de Tempo   
 1 - Em até 72 horas   
 2 - Após 72 horas   
 9 - Ignorado

54 Classificação Final  1 - Sarampo 2 - Rubéola 3 - Descartado

55 Critério de Confirmação ou Descarte  1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico 4 - Data da Última Dose da Vacina

56 Classificação final do caso descartado

1 - Dengue 2 - Escarlatina 3 - Exantema Súbito (Herpes Vírus Tipo 6)  
 4 - Eritema Infeccioso (Parvovírus B19) 5 - Enterovirose 6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina  
 7 - IgM associado temporalmente à vacina 8 - Sem soroconversão dos anticorpos IgG 9 - Ignorado

**Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 7 a 18 dias para sarampo e 12 a 23 dias para rubéola)**

57 O caso é autóctone do município de residência?  1-Sim 2-Não 3-Indeterminado.

58 UF  59 País

60 Município  Código (IBGE)  61 Distrito  62 Bairro

63 Evolução do Caso  1-Cura 2-Óbito por doenças exantemáticas 3-Óbito por outras causas 9-ignorado

64 Data do Óbito  65 Data do Encerramento

**Informações complementares e observações**

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

**Observações Adicionais**

**Investigador**

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

Nome  Função  Assinatura

Doenças Exantemáticas Sinan NET SVS 13/06/2008

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.  
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
2 Agravado/doença <b>ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO</b>			3 Data da Notificação
4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação	
32 Situação no Mercado de Trabalho	
01- Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
Dados da Empresa Contratante	
34 Registro/ CNPJ ou CPF	
35 Nome da Empresa ou Empregador	
36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF
38 Município	Código (IBGE)
39 Distrito	40 Bairro
41 Endereço	
42 Número	43 Ponto de Referência
44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	

46 Tipo de Exposição  Percutânea  Pele íntegra  Outros \_\_\_\_\_  
 Mucosa (oral/ocular)  Pele não íntegra

1- Sim 2- Não 9- Ignorado

47 Material orgânico  9- Ignorado  
 1- Sangue 2- Líquor 3- Líquido pleural 4- Líquido ascítico  
 5- Líquido amniótico 6- Fluido com sangue 7- Soro/plasma 8- Outros: \_\_\_\_\_

48 Circunstância do Acidente

01 - Administ. de medicação endovenosa	09 - Lavanderia
02 - Administ. de medicação intramuscular	10 - Lavagem de material
03 - Administ. de medicação subcutânea	11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante
04 - Administ. de medicação intradérmica	12 - Procedimento cirúrgico
05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue	13 - Procedimento odontológico
06 - Punção venosa/arterial não especificada	14 - Procedimento laboratorial
07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo	15 - Dextro
08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...	16 - Reencape
	98 - Outros
	99 - Ignorado

49 Agente  9- Ignorado  
 1- Agulha com lúmen (luz) 2- Agulha sem lúmen/maciza 3- Intracath 4- Vidros  
 5- Lâmina/fenestra (qualquer tipo) 6- Outros \_\_\_\_\_

50 Uso de EPI (acessa mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

LUVA  Avental  Óculos  Máscara  Proteção facial  Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)   
 1- Vacinado 2- Não vacinado 9- Ignorado

52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)  
 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 9- Ignorado  
 Anti-HIV  HbsAg  Anti-HBs  Anti-HCV

Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente)

53 Paciente Fonte Conhecida?   
 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?  
 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado 9- Ignorado  
 HbsAg  Anti-HBc  Anti-HCV  
 Anti-HIV

55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

<input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir	<input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B
<input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada	<input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir	<input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____
<input type="checkbox"/> AZT+3TC	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)	

56 Evolução do Caso

1- Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: \_\_\_\_\_) 2- Alta sem conversão sorológica 3- Alta paciente fonte negativo  
 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado

57 Se Óbito, Data \_\_\_\_\_

58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho   
 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

**CASO SUSPEITO:** Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Coletiva <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>FEBRE AMARELA</b>		Código (CID10) <b>A95.9</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Especificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escolares fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escolares médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escolares médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência				27 CEP	
	28 (DDD) Telefone				29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação							

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	32 Ocupação		33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)							
	34 Vacinado Contra Febre Amarela 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		35 Caso Afirmativo, Data		36 UF					
Dados Clínicos	37 Município		Código (IBGE)		38 Unidade de Saúde		Código			
	39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)		<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)							
Atendimento	40 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						41 Data de Internação		42 UF	
	43 Município		Código (IBGE)		44 Unidade de Saúde		Código			
Dados do Laboratório	45 Exames inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)									
	Bilirrubina Total _____ mg/dl					AST (TGO) _____ UI				
Bilirrubina Direta _____ mg/dl					ALT (TGP) _____ UI					



**CASO SUSPEITO:** Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença <b>DIFTERIA</b>		Código (CID10) A 36.9	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município da Notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sinais			
Dados Individuais	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parde 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefons			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação					
	33 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro: 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado							
	34 Nome do Contato							
Dados Clínicos	35 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)							
	36 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraavalente (DTP + Ha) ou Dupla (DT) ou DT 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado					37 Data da Última Dose		
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Edema Ganglionar	<input type="checkbox"/> Edema da Peçoço	<input type="checkbox"/> Febre	39 Temperatura Corporal		
	40 Localização da Pseudomembrana (Placas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Pseudomembrana	<input type="checkbox"/> Palidez	°C		
40 Localização da Pseudomembrana (Placas) <input type="checkbox"/> Cavidade Nasal <input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/> Órgãos Genitais <input type="checkbox"/> Pálato <input type="checkbox"/> Conduto Auditivo <input type="checkbox"/> Traquéia <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Conjuntiva								
Complicações								
41 Existiram <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades <input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada)								
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas <input type="checkbox"/> Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma <input type="checkbox"/> Outras								

42	Ocorrência Identificada? <input type="checkbox"/>			43	Data da Internação			44	UF	45	Município do Hospital			Código (IBGE)					
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																		
46	Nome do Hospital										Código								
47	Material Coletado										48	Data da Coleta							
	1 - Orofaringe 2 - Nasofaringe 3 - Orofaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado																		
49	Cultura para Difteria										50	Provas de Toxigenicidade							
	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado											1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado							
61	Data da Aplicação do Soro				62	Antibiótico				63	Data de Adm. do Antibiótico								
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado													
54	Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos				55	Se Sim, Quantos?				56	Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes								
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado										0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado								
57	Realizada Coleta de Material dos Comunicantes				58	Se Sim, Em Quantos?				59	Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes?				60	Medidas de prevenção/controle			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado															1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado			
61	Classificação Final				62	Critério de Confirmação/Descarte													
	1 - Confirmado 2 - Descartado					1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clinico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clinico 6-Necrópsia													
63	Doença Relacionada ao Trabalho				64	Evolução													
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado													
65	Data do Óbito				66	Data do Encerramento													

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

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

Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura
Difteria	Sinan NET	SVS

**CASO CONFIRMADO:** todo indivíduo residente ou procedente de área endêmica para esquistossomose, com quadro clínico sugestivo das formas aguda ou crônicas de esquistossomose, história de contato com águas onde existe o caramujo eliminando cercárias, e que apresente ovos viáveis de Schistosoma mansoni nas fezes.

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **ESQUISTOSSOMOSE** Código (CID10): **B 65.9**

3 Data da Notificação: \_\_\_\_\_

4 UF: \_\_\_\_\_ 5 Município de Notificação: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

7 Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_\_

**Notificação Individual**

8 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

9 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

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

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

12 Gestante:  1 - 1º Trimestre  2 - 2º Trimestre  3 - 3º Trimestre  4 - Idade Gestacional Ignorada  5 - Não  6 - Não se aplica  9 - Ignorado

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

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

15 Número do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

16 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Dados de Residência**

17 UF: \_\_\_\_\_ 18 Município de Residência: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_ 19 Distrito: \_\_\_\_\_

20 Bairro: \_\_\_\_\_ 21 Logradouro (rua, avenida, ...): \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

22 Número: \_\_\_\_\_ 23 Complemento (apto, casa, ...): \_\_\_\_\_ 24 Geo campo 1: \_\_\_\_\_

25 Geo campo 2: \_\_\_\_\_ 26 Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ 27 CEP: \_\_\_\_\_

28 (DDD) Telefone: \_\_\_\_\_ 29 Zona:  1 - Urbana  2 - Rural  3 - Periurbana  9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil): \_\_\_\_\_

**Dados Complementares do Caso**

**Anál. Epid.**

31 Data de Investigação: \_\_\_\_\_ 32 Ocupação: \_\_\_\_\_

**Dados do Laboratório**

33 Data da Coprocopia: \_\_\_\_\_ 34 Análise Quantitativa:  0 - 0 (zero)  1 - 1 (um) ou mais ovos  35 Análise Qualitativa:  1 - positivo  2 - Negativo  3 - Não realizado

36 OUTROS:  1 - Positivo  2 - Negativo  3 - Não realizado

37 Outros exames (especificar): \_\_\_\_\_

**Tratamento**

38 Fez tratamento?  1 - Sim - Praziquantel  3 - Não  2 - Sim - Oxaminiquine  9 - Ignorado

39 Data do Tratamento: \_\_\_\_\_

40 Caso não tenha feito tratamento, qual o motivo?  1 - Contra Indicação  3 - Ausente  2 - Recusa  9 - Ignorado

41 Resultado de Análises de Verificação de Cura:  0 - 0 (zero)  1 - 1 (um) ou mais ovos  2 - Não realizado  1ª amostra  2ª amostra  3ª amostra

42 Data do Resultado da 3ª amostra: \_\_\_\_\_

**Conclusão**

43 Especificar Forma Clínica:  1 - Intestinal  2 - Hepato Intestinal  3 - Hepato Esplênica  4 - Aguda  5 - Outra (especificar) \_\_\_\_\_

**Local Provável de Infecção**

44 O caso é autóctone do município de residência?  1 - Sim  2 - Não  3 - Indeterminado

45 UF: \_\_\_\_\_ 46 País: \_\_\_\_\_

47 Município: \_\_\_\_\_ Código (IBGE): \_\_\_\_\_ 48 Distrito: \_\_\_\_\_ 49 Bairro: \_\_\_\_\_

50 Nome da Propriedade (se área rural): \_\_\_\_\_ 51 Nome da coleção Hídrica: \_\_\_\_\_ 52 Doença relacionada ao Trabalho:  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

53 Evolução do Caso:  1 - Cura  2 - Não Cura  3 - Óbito por esquistossomose  4 - Óbito por outras causas  9 - Ignorado

54 Data do Óbito: \_\_\_\_\_ 55 Data do Encerramento: \_\_\_\_\_

**Investigador**

Município / Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**CASO SUSPEITO:** Pessoa com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia (dor de cabeça), mal-estar, dor abdominal, anorexia (falta de apetite), dissociação pulso-temperatura (pulso lento em relação à temperatura alta), constipação (prisão de ventre) ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia (baco aumentado de volume).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 Individual	
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	FEBRE TIFÓIDE		A01.0	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Data da Investigação	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Clínico-Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Contato Compatível com Caso de Febre Tifóide (até 45 dias antes do início dos sinais e sintomas)			
	34 Nome do Contato			
	35 (DDD) Telefone			
Atendimento	36 Sugestão de Vínculo com:			
	37 Sinais e Sintomas			
	38 Complicações			
	39 Tipo de Atendimento		40 Data do Atendimento	
42 Município do Hospital		43 Nome do Hospital		
Lab.	44 Material Coletado		45 Uso de Antibiótico Antes da Coleta do Material	

46 Exames Laboratoriais

Resultado: 1 - Salmonella typhi 2 - Salmonella spp 3 - Negativo 4 - Outro Agente (especificar)

Dados do Laboratório (cont.)

	Hemocultura	Coprocultura	Urocultura	Outros
Data da 1ª Coleta				
Resultado 1ª Amostra				
Data da 2ª Coleta				
Resultado 2ª Amostra				
Data da 3ª Coleta				
Resultado 3ª Amostra				

Tratamento

47 Antibióticos Utilizados no Tratamento

1 - Sim  Cloranfenicol  Ampicilina  Sulfametoxazol+Trimetoprima  
 2 - Não  Quinolona  Outros \_\_\_\_\_

Tempo de Uso  Dias

Conclusão

48 Classificação Final

1 - Confirmado 2 - Descartado

49 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratorial

2 - Clínico Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)

50 O caso é autóctone do município de residência?

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

51 UF

52 País

53 Município

Código (IBGE)

54 Distrito

55 Bairro

56 Doença Relacionada ao Trabalho  
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Evolução do Caso  
1-Cura 2-Óbito por febre tifóide  
3- Óbito por outras causas 9-Ignorado

58 Data do Óbito

59 Data do Encerramento

Informações adicionais

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 45 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Alimentos Consumidos na Última Semana e Suscetíveis de Contaminação

Tipo de Alimento	Local de Consumo

Observações Adicionais

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

**Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	<b>GESTANTE HIV</b>	Código (CID10) 3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Dados Complementares do Caso**

Ant. epid. mãe/ HIV	31 Ocupação	32 Evidência laboratorial do HIV:
	1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto	

**Pré-Natal**

Dados Pré-Natal...	33 Fez/ Faz pré-natal	34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
	36 Unidade de realização do pré-natal:	Código		
	37 Nº da Gestante no SISPRENATAL	38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia	39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	

**Parto**

Dados Parto	40 UF	41 Município do local do parto	Código (IBGE)	
	42 Local de realização do parto:	Código		
	43 Data do parto:	44 Tipo de parto		
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto	46 Evolução da gravidez:		
	47 Início da proflaxia anti-retroviral na criança (horas):			

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático Ictérico:
  - Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocefalia fecal.
  - Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
  - Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
  - Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos / odontológicos / colocação de "piercing" / tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
  - Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
  - Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:
- Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de Hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado / doença	<b>HEPATITES VIRAIS</b>	
	3 Código (CID 10)	B19	
	3 Data de Notificação		
4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante	1 - 1º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 9 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 5 - Não	3 - 3º Trimestre 8 - Não se aplica
	13 Raça / Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
14 Escolaridade	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série Incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação Superior Incompleta 8 - Educação Superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da Mãe			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto, casa...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Suspeita de:	34 Tomou vacina para:	<input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B	
	1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada	1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado		
	35 Institucionalizado em	1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital / Clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado		
36 Agravos associados	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Outras DST's	37 Conta com paciente portador de HBV ou HBC	<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Domiciliar (não sexual) <input type="checkbox"/> Ocupacional	
1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado				

**38** O paciente foi submetido ou exposto a:

1 - Sim, há menos de seis meses    2 - Sim há mais de seis meses    3 - Não    9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tatuagem / Piercing	<input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico
<input type="checkbox"/> Drogas Inaláveis ou Crack	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue/derivados
<input type="checkbox"/> Drogas Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico	
<input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado	<input type="checkbox"/> Tratamento Dentário	
<input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	
<input type="checkbox"/> Transplante	<input type="checkbox"/> Outros	

**39** Data do acidente ou transfusão ou transplante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**40** Local/Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)  
(para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc...)

UF	Município de exposição	Local de exposição

**41** Dados dos comunicantes

Nome	Idade D - Dias M - Meses A - Anos	Tipo de Contato	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HCV	Indicado vacina contra Hepatite B	Indicado imunoglobulina humana ant Hepatite B
		1 - Não sexual/domiciliar 2 - Sexual/domiciliar 3 - Sexual/não domiciliar 4 - Uso de drogas 5 - Outro 9 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 9 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 9 - Ignorado	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Indivíduo já imune 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**42** Paciente encaminhado de

1 - Banco de sangue     **43** Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

2 - Centro de testagem e aconselhamento (CTA)

3 - Não se aplica

**44** Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA

1 - Reagente    4 - Não realizado     HBsAg

2 - Não Reagente    9 - Ignorado     Anti Hbc (total)

3 - Inconclusivo     Anti HCV

**45** Data da Coleta da Sorologia

**46** Resultados Sorológicos/Virológicos

1 - Reagente/Positivo     Anti-HAV - IgM     Anti-HBs     Anti-HDV - IgM

2 - Não Reagente/Negativo     HBsAg     HBeAg     Anti-HEV - IgM

3 - Inconclusivo     Anti-HBc IgM     Anti-HBe     Anti-HCV

4 - Não Realizado     Anti-HBc (Total)     Anti-HDV Total     HVC-RNA

**47** Genótipo para HCV

1 - Genótipo 1    4 - Genótipo 4   

2 - Genótipo 2    5 - Genótipo 5    7 - Não se aplica

3 - Genótipo 3    6 - Genótipo 6    9 - Ignorado

**48** Classificação Final

1 - Confirmação laboratorial   

2 - Confirmação clínica-epidemiológica

3 - Descartado

4 - Cicatriz sorológica

8 - Inconclusivo

**49** Forma Clínica

1 - Hepatite Aguda   

2 - Hepatite Crônica/Portador assintomática

3 - Hepatite Fulminante

4 - Inconclusivo

**50** Classificação Etiológica

01 - Vírus A    06 - Vírus B e C   

02 - Vírus B    07 - Vírus A e B

03 - Vírus C    08 - Vírus A e C

04 - Vírus B e D    09 - Não se aplica

05 - Vírus E    99 - Ignorado

**51** Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01 - Sexual    05 - Acidente de trabalho    08 - Tratamento cirúrgico    11 - Alimento/água contaminada -   

02 - Transfusional    06 - Hemodialise    09 - tratamento dentário    12 - Outros \_\_\_\_\_

03 - Uso de drogas    07 - Domiciliar    10 - Pessoa/pessoa    99 - Ignorado

04 - Vertical

**52** Data do Encerramento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Observações:**


**investigador**

Município / Unidade de Saúde    Código da Unid. de Saúde

Nome    Função    Assinatura

**CASO CONFIRMADO:** Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.  
Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado / doença <b>LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</b>	3 Código (CID 10) <b>B 55. 1</b>
	4 UF	5 Município de Notificação
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado
14 Escolaridade 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 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	13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da Mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Código (IBGE)
	21 Bairro	22 Logradouro (Rua, Avenida, ...)
	23 Número	24 Complemento (Apto, Casa, ...)
	25 Geo Campo 2	26 Geo Campo 1
	27 Ponto de Referência	28 CEP
	29 (DDD) telefone	30 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado
31 País (se residente fora do Brasil)		
<b>Dados Complementares do Caso</b>		
Antec. Epidem.	31 Data de Investigação	32 Ocupação
Dados Clínicos	33 Presença de Lesão 1 - Sim 2 - Não Cutânea Mucosa	34 Em caso de Presença de Lesão Mucosa Há presença de Cicatrizes Cutâneas 1 - Sim 2 - Não
	35 Co - Infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Labor.	36 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	37 IFM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado
	38 Histopatologia 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado	
Clas. Caso	39 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado	40 Forma Clínica 1 - Cutânea 2 - Mucosa 9 - Ignorado
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento	42 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamídina 4 - Outras 5 - Não Utilizada
	43 Peso Kg	44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>5</sup> 1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 Igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20
	45 Nº Total de Ampolas Prescrita Ampolas	46 Outras Drogas Utilizadas, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Anfotericina b 2 - Pentamídina 3 - Outros 4 - Não se Aplica

Conclusão	<b>47</b> Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>		<b>48</b> Classificação Epidemiológica <input type="checkbox"/>	
	1 - Laboratorial    2 - Clínico Epidemiológico		1 - Autóctone    2 - Importado    3 - Indeterminado	
	<b>Local Provável de Fonte de infecção</b>			
	<b>49</b> O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		<b>50</b> UF	<b>51</b> País
	1 - Sim    2 - Não    3 - Indeterminado			
	<b>52</b> Município	Código (IBGE)	<b>53</b> Distrito	<b>54</b> Bairro
<b>55</b> Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		<b>56</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/>		
1 - Sim    2 - Não    3 - Ignorado		1 - Cura    2 - Abandonado    3 - Óbito por LTA 4 - Óbito por outras causas    5 - Transferência    6 - Mudança de Diagnóstico		
<b>57</b> Data do Óbito	<b>58</b> Data do Encerramento			

**Informações complementares e observações**

Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas).

Data	UF	MUNICÍPIO	País

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


Investigador	Município / Unidade de Saúde		Cód. de Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

FRENTE

ITEM 6d



CASO SUSPEITO:

Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia.  
Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravo/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Anexo Epidem	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas)	
Dados Clínicos	34 Co - Infecção HIV	
	35 Diagnóstico Parasitológico	
Dados de Tratamento	36 Diagnóstico Imunológico	
	37 Tipo de Entrada	
	38 Data do Início do Tratamento	39 Droga Inicial Administrada
40 Peso		41 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>
43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial		42 Nº Total de Ampolas Prescritas

Condição

44 Classificação Final  1 - Confirmado 2 - Descartado  45 Critério de Confirmação  1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção

46 O caso é autóctone do município de residência?  1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

47 UF  48 País

49 Município  Código (IBGE)  50 Distrito  51 Bairro

52 Doença Relacionada ao Trabalho  1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorante

53 Evolução do Caso  1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TV 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência

54 Data do Óbito  55 Data do Encerramento

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

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

Dados Complementares do Caso

31 Data de Investigação

32 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorante

33 Exame físico

34 Exame laboratorial

35 Exame de imagem

36 Exame de cultura

37 Exame de citologia

38 Exame de imunofluorescência

39 Exame de imunohistoquímica

40 Exame de PCR

41 Exame de sequenciamento

42 Exame de outros métodos

43 Outros dados importantes do caso

44 Outros dados importantes do caso

Município/Unidade de Saúde  Código da Unid. de Saúde

Nome  Função  Assinatura

Leishmaniose Visceral  Sinan NET  SVS  27/09/2005

SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO LEPTOSPIROSE

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave.  
Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		3	Data da Notificação			
	2	Agravado/doença			LEPTOSPIROSE		3	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de Notificação		6	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			7	Data dos Primeiros Sintomas				
Notificação Individual	8	Nome do Paciente						9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade		11	Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12	Gestante		
	13	Raça/Cor								
	14	Escolaridade								
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS			16	Nome da mãe				
	17	UF	18	Município de Residência		19	Código (IBGE)			
	20	Bairro		21	Geo campo 1		22	Geo campo 2		
	23	Logradouro (rua, avenida,...)						24	Número	
	25	Complemento (apto., casa,...)			26	Ponto de Referência		27	GEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	País (se residente fora do Brasil)		
<b>Dados Complementares do Caso</b>										
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação			32	Ocupação				
	33	Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/limpeza de:								
	34	Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses								
Dados Clínicos	35	Data de Atendimento			36	Sinais e Sintomas				
	37	Ocorreu Hospitalização			38	Data de Internação		39	Data da Alta	
Atendimento	40	UF	41	Município do Hospital		42	Código (IBGE)			
	42	Nome do Hospital						43	Código	

Dados do Laboratório

**Sorologia IgM - Elisa**

43 Data da Coleta - 1ª amostra

44 Resultado 1ª Amostra  
1 - Reagente 2 - Não Reagente  
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

45 Data da Coleta - 2ª amostra

46 Resultado 2ª Amostra  
1 - Reagente 2 - Não Reagente  
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

**Microaglutinação**

47 Data da Coleta - Micro 1ª amostra

48 Micro 1ª Amostra  
1º sorovar título

49 Micro 1ª Amostra  
2º sorovar título

50 Resultado MICRO - aglutinação 1ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

51 Data da Coleta - Micro 2ª amostra

52 Micro 2ª Amostra  
1º sorovar título

53 Micro 2ª Amostra  
2º sorovar título

54 Resultado MICRO - aglutinação 2ª Amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado

**Isolamento**

55 Data da Coleta

56 Resultado  
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**Imunohistoquímica**

57 Data da Coleta

58 Resultado  
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

**RT-PCR**

59 Data da Coleta

60 Resultado  
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

61 Classificação Final

1 - Confirmado 2 - Descartado

62 Critério de Confirmação ou Descarte

1 - Clínico - Laboratorial 2 - Clínico - Epidemiológico

**Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 30 dias)**

63 O Caso é autóctone do município de residência?

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

64 UF

65 País

66 Município

Código (IBGE)

67 Distrito

68 Bairro

**Característica do Local Provável de Infecção**

69 Área Provável de Infecção  
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado

70 Ambiente da Infecção

1 - Domiciliar 2 - Trabalho 9 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado

71 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

72 Evolução do Caso

1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

73 Data do Óbito

74 Data do Encerramento

Conclusão

**Informações complementares e observações**

Data e Endereço se esteve em Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas

Data	UF	Município	Endereço	Localidade

Observações:

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Investigador: Nome Função Assinatura

Leptospirose Sinan NET SVS

**CASO SUSPEITO:** Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômito, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meningea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.  
Criança abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado / doença <b>MENINGITE</b> 1 - DOENÇA MENINGOCÓCCICA <input type="checkbox"/> Código (CID-10) <b>C03.9</b> 2 - OUTRAS MENINGITES		3 Data de Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7 Data dos Primeiros Sinais
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 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				13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da Mãe		
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
Dados da Residência	20 Bairro		21 Logradouro (Rua, Avenida, ...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (Apto, Casa, ...)		24 Geo Campo 1	
	25 Geo Campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (Rua, Avenida, ...)	
	22 Número		23 Complemento (Apto, Casa, ...)		24 Geo Campo 1	
<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data de Investigação		32 Ocupação			
	33 Vacinação		Nº Doses		Data da Última Dose	
	1 - Sim <input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> Polissacarídica B/C <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Conjugada meningoc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> Tríplice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofílicos (Tetra valente ou Hib) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/>		Nº Doses	
	34 Doenças Pré-existentes <input type="checkbox"/> AIDAS/HIV + <input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar <input type="checkbox"/> Outro		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (Até 15 dias antes do início dos sintomas). 1 - Domicílio 2 - Vizinhaça 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro País 9 - Ignorado					
	36 Nome do Contato				37 (DDD) Telefone	
38 Endereço do contato (Rua, Av, Apto, Bairro, Localidade, Etc.)					39 Caso Secundário 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas		<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela <input type="checkbox"/> Petéquias/Sufusões Hemorrágicas			
	1 - Sim 2 - Não -- Ignorado		<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Outras			

**Atendimento**

41 Ocorreu Hospitalização  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42 Data da Internação

43 UF

44 Município do Hospital

Código (IBGE)

45 Nome do Hospital

Código

46 Punção Lombar  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

47 Data da Punção

48 Aspecto do Líquor

1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico  
4 - Turvo 5 - Xantocrônico 6 - Outros 9 - Ignorado

**Dados do Laboratório**

49 Resultados Laboratoriais

Cultura	CIE	PCR - Viral
Líquor	Líquor	Líquor
Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial
Sangue/Soro	Aglutinação pelo Látex	
Escarro	Líquor	Sangue/Soro
	Sangue/Soro	Escarro
	Isolamento Viral	
Líquor	Líquor	
Lesão Petequial	Fezes	
Sangue/Soro		
Escarro		

**Classificação do caso / Etiologia**

50 Classificação do Caso

1 - Confirmado  
2 - Descartado

51 Se Confirmado, Especifique

1 - Meningococemia	6 - Meningite não especificada
2 - Meningite Meningocócica	7 - Meningite Asséptica
3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia	8 - Meningite de outra etiologia
4 - Meningite Tuberculosa	9 - Meningite por Hemófilo
5 - Meningite por outras bactérias	10 - Meningite por Pneumococos

52 Critério de Confirmação

1 - Cultura	4 - Clínico	7 - Clínico-epidemiológico
2 - CIE	5 - Bacterioscopia	8 - Isolamento Viral
3 - Ag. Látex	6 - Quimiocitológico	9 - PCR - Viral
		10 - Outras Técnicas Laboratorial

53 Se N. meningitidis especificar sorogrupo

**Medidas de Controle**

54 Número de Comunicantes

55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

56 Se sim, Data

57 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim  
2 - Não  
9 - Ignorado

**Conclusão**

58 Evolução do Caso

1 - Alta  
2 - Óbito por meningite  
3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado

59 Data da Evolução

60 Data do Encerramento

**Informações complementares e observações**

Exame Quimiocitológico

Hemácias	mm <sup>3</sup>	Leucócitos	mm <sup>3</sup>	Monócitos	%
Neutrófilos	%	Eosinófilos	%	Linfócitos	%
Glicose	mg	Proteínas	mg	Cloreto	mg

**Observação Adicionais**

---



---



---



---



---

**Investigador**

Município / Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

**CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:** indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.  
**CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:** indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação  2 - Individual

2 Agravado/doença **SÍFILIS ADQUIRIDA** Código (CID10) **A53.9** 3 Data da Notificação

4 UF  5 Município de Notificação Código (IBGE)

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

**Notificação Individual**

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

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

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

15 Número do Cartão SUS  16 Nome da mãe

**Dados de Residência**

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

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

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

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

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

**Dados Complementares do Caso**

**Exames e Sinais Clínicos**

31 Ocupação

32 Antecedente de sífilis  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado 33 Se sim, o tratamento foi realizado?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado

34 Comportamento Sexual  1 - Relações sexuais com homens  2 - Relações sexuais com mulheres  3 - Relações sexuais com homens e mulheres  9 - Ignorado

**Resultados dos Exames**

35 Teste não treponêmico  1-Reagente  2-Não Reagente  3-Não Realizado  9-Ignorado 36 Título 1: 37 Data

38 Teste treponêmico  1-Reagente  2-Não reagente  3-Não realizado  9-Ignorado

39 Classificação Clínica  1 - Primária  2 - Secundária  3 - Terciária  4 - Latente  9 - Ignorado

**Tratamento**

40 Esquema de tratamento realizado  1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI  4 - Outro esquema  2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI  5 - Não realizado  3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI  9 - Ignorado 41 Data do início do tratamento

**Classificação**

42 Classificação Final do caso  1 - Confirmado  2 - Descartado

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cod. de Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

**OBSERVAÇÕES:**

Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta de material para exame laboratorial ou da evidência clínica.

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:** Nenhum campo deverá ficar em branco.

- 31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou a última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
  - 32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.
  - 33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.
  - 34 - Informar o comportamento sexual.
  - 35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)
  - 36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.
  - 37 - Informar a data da coleta do teste
  - 38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).
  - 39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:
    - 1 - sífilis primária - cancro duro;
    - 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);
    - 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
    - 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.
  - 40 - Esquema de tratamento:
    - Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
    - Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
    - Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.
  - 41 - Informar a data do início do tratamento.
  - 42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente
- Para fins de vigilância no nível local atentar para:
- 1. Evidências de outras DST;
  - 2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consensual

Sífilis Adquirida

Sinan NET

05/10/2010

44 Data do início do tratamento	45 Esquema de tratamento realizado
	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI
	2 - Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
	3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI

43 Classificação Final do caso
1 - Confirmado
2 - Descartado

Sífilis Adquirida  
 Classificação Final do caso  
 Esquema de tratamento realizado  
 Data do início do tratamento

**Definição de caso:**

**Primeiro critério:** Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório, treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.  
**Segundo Critério:** Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.  
**Terceiro Critério:** Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.  
**Quarto Critério:** Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado / doença		SÍFILIS CONGÊNITA	
	4 UF		5 Município de Notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante		13 Raca/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
Dados da Residência	16 Nome da Mãe		17 UF	
	18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (Rua, Avenida, ...)	
	22 Número		23 Complemento (Apto, Casa, ...)	
	24 Geo Campo 1		25 Geo Campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) telefone		29 Zona	

**Dados Complementares**

Antecedentes da Mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe	
	33 Ocupação da mãe		34 Escolaridade	
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF	
Dados do Lab. da Mãe	37 Município de Realização do Pré-Natal		38 Diagnóstico de Sífilis Materna	
	39 Teste não treponêmico no parto/curetagem		40 Título	
	41 Data		42 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	
Trat. da Mãe	43 Esquema de tratamento		44 Data do início do Tratamento	
	45 Parceiros (s) tratados (s) Concomitantemente a gestante		46 UF	
Ant. Epidem.	47 Município de Nascimento		48 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	
	49 Código (IBGE)		50 Código	

Dados do Laboratório da Criança

49 Teste não treponêmico - Sangue Parférico  50 Título  51 Data

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado 1:

52 Teste treponêmico (após 18 meses)  53 Data

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

54 Teste não treponêmico - Líquor  55 Título  56 Data

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado 1:

57 Titulação escentente  58 Evidência de *T. pallidum*

1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

59 Alteração Líquórica  60 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos

1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

Critérios de definição de casos de sífilis congênita

61 Critério de definição de sífilis congênita

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Mãe inadequadamente tratada  Evidência sorológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em < 13 anos, excluída a transmissão sexual.

Parcelo inadequadamente tratado  Aborto/natimorto de mulher com evidência laboratorial de infecção pelo *Treponema pallidum* não tratada ou inadequadamente tratada

Recém nascido sintomático  Evidência de *Treponema pallidum* em tecido de placenta, cordão umbilical, criança, aborto ou natimorto.

Evidência sorológica de infecção pelo *Treponema pallidum* no RN de mãe adequadamente tratada.

Tratamento

62 Esquema de tratamento

1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias  
2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias  
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia

4 - Outro esquema  
5 - Não realizado  
9 - Ignorado

Evolução

63 Evolução do caso  64 Data do Óbito

1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

Investigador

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

Nome  Função  Assinatura

Sífilis Congênita Sinan NET SVS

Dados Complementares

65 Data de nascimento da mãe

66 Sexo da mãe

67 Estado civil da mãe

68 Profissão da mãe

69 Data de nascimento da criança

70 Sexo da criança

71 Data de nascimento da criança

72 Estado civil da criança

73 Profissão da criança

74 Data de nascimento da criança

75 Sexo da criança

76 Data de nascimento da criança

77 Estado civil da criança

78 Profissão da criança

79 Data de nascimento da criança

80 Sexo da criança

81 Data de nascimento da criança

82 Estado civil da criança

83 Profissão da criança

84 Data de nascimento da criança

85 Sexo da criança

86 Data de nascimento da criança

87 Estado civil da criança

88 Profissão da criança

89 Data de nascimento da criança

90 Sexo da criança

91 Data de nascimento da criança

92 Estado civil da criança

93 Profissão da criança

94 Data de nascimento da criança

95 Sexo da criança

96 Data de nascimento da criança

97 Estado civil da criança

98 Profissão da criança

99 Data de nascimento da criança

100 Sexo da criança

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresenta evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF		5 Município de Notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	

**Dados Complementares do Caso**

Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado				

Dados laboratoriais	Resultado dos Exames			
	37 Teste não treponêmico no pré-natal		38 Título	39 Data
1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:		
40 Teste treponêmico no pré-natal				
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				

Tratamento gestante	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro			
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			

Ant. epistemiológica do parceiro sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro

- 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
- 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
- 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
- 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
- 5 - Parceiro com sorologia não reagente.
- 6 - Outro motivo: \_\_\_\_\_

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

**Em crianças:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: _____		Município de Notificação: _____	
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: _____		CPF: _____
	CNS: _____		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: ____/____/____		País de origem: _____
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena
	Passaporte: _____		
	CEP: _____		
	UF: ____		Município de Residência: _____
Logradouro: _____		Número: _____	
Complemento: _____		Bairro: _____	
Telefone Celular: ____-____-____-____-____-____		Telefone do contato: ____-____-____-____-____-____	
Data da Notificação: ____/____/____			
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: ____/____/____	
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica			
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído		Data da Coleta do Teste: ____/____/____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR
Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	
Data de encerramento: ____/____/____			

Informações complementares e observações	
Observações Adicionais	

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença AIDS		Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amaréla 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Estudo fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Estudo médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Estudo médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 <del>Outros</del>						
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado						
	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado						
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia						
	35 Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses						
Dados do Laboratório	35 Data da transfusão/acidente		36 UF		37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente						Código
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do FN-DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica						
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de Infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado						
	Teste de triagem		Data da coleta		Teste confirmatório		Data da coleta
	Teste rápido 1		Teste rápido 2		Teste rápido 3		Data da coleta

Critérios de definição de casos de aids

**41 Critério Rio de Janeiro/Caracas** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*
<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	
<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	*Excluída a tuberculose como causa

**42 Critério CDC adaptado** 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva
<input type="checkbox"/> Candidose de esôfago	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)	<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase
<input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Salmonelose (sepsis recorrente não-tifóide)
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>

**43 Critério óbito -**  
 Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação

1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Trat.

**44 UF**  **45 Município onde se realiza o tratamento**  **Código (IBGE)**

**46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento**  **Código**

Evolução

**47 Evolução do caso** 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

**48 Data do Óbito**

Investigador

Nome  Função

Assinatura

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Z 20.6
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data de Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	1 - Urbana 2 - Rural		3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso		
Antec. Ejus. da Mãe/Nutriz	31 Idade da mãe/nutriz	32 Escolaridade da mãe/nutriz	0-Analfabeto 1-1ª 4ª série incompleta do EF 2- 4ª série completa do EF
	33 Raça/cor da mãe/nutriz	34 Ocupação da mãe/nutriz	3-5ª à 8ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto
	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Investigação da criança exposta ao HIV	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	37 Nº da Declaração de Nascido Vivo	38 Tipo de parto	1 - Parto vaginal 2 - Parto cesáreo 9 - Ignorado
	39 UF	40 Município do local de nascimento: Código (IBGE)	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde): Código
Investigação da criança exposta ao HIV	42 Aleitamento materno:	43 Aleitamento cruzado:	44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral
	1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado	1 - sim 2 - não 9 - Ignorado	1 - sim 2 - não 9 - Ignorado
	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado	
	46 Dados laboratoriais da criança	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 8 - Ignorado
Investigação da criança exposta ao HIV	1º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	Teste de triagem anti-HIV
	2º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	Teste confirmatório anti-HIV
	3º Teste de detecção de ácido nucléico	Data da coleta	Teste rápido 1 Teste rápido 3

Evolução do caso	47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV) <input type="checkbox"/>	48 Data de encerramento da investigação de criança exposta ao HIV
	1 - Infectada 2 - Não infectada 3 - Perda de seguimento 4 - Caso em andamento 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/Aids 7 - Óbito por outras causas.	

Observações adicionais

---



---



---



---

Investigador	Município/Unidade de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:**  
 Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico. Entende-se como data do diagnóstico a data de nascimento da criança ou nos casos de exposição por amamentação cruzada, será a data de início da amamentação (quando o início da amamentação não for conhecido, deverá registrar nesse campo o 1º dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como Filho de: (nome da mãe).

16 - Preencher com o nome completo da Mãe do paciente (sem abreviações).

Os campos 31 a 36 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV e que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da nutriz.

35 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação  
 1 - assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independentes da semana gestacional ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.  
 2 - gestante não realizou profilaxia/tratamento com monoterapia ou TARV.  
 3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado  
 9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

36 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto.  
 1 - assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.  
 2 - parturiente não realizou profilaxia/tratamento  
 3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado  
 9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a parturiente realizou profilaxia/tratamento.

38 - Tipos de parto: assinalar se o parto foi do tipo vaginal, ou do tipo Cesáreo, ou ignorado quando, após a investigação, não foi possível identificar o tipo de parto.

42 - Aleitamento materno, assinalar: 1 - criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo); 2 - criança não foi amamentada; 3 - alimentação mista; 9 - não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.

43 - Aleitamento cruzado, assinalar: 1 - a criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2 - não houve amamentação cruzada; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.

44 - Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1 - criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2 - criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45 - Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar = 4, se for ignorado registrar = 9.

46 - Dados laboratoriais da criança  
 São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoborbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência.  
 São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

Para as crianças menores de 18 meses de idade, exposta ao HIV por transmissão vertical, considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA ou DNA obtidas em momentos diferentes.

A - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica.  
 A.1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).  
 A.2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

47 - Evolução do caso  
 1 - Criança infectada: quando existem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagente após os 18 meses;  
 2 - Criança não infectada: quando duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.  
 3 - Perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a conclusão do diagnóstico laboratorial.  
 4 - Caso em andamento: quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.  
 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado: assinalar se o acompanhamento/tratamento da criança foi transferido para outro Município e/ou Estado.  
 6 - Óbito por HIV/Aids: quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à aids.  
 7 - Óbito por outras causas: quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à aids.  
 48 - Informar a data em que ocorreu o encerramento da investigação da criança exposta ao HIV.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input checked="" type="checkbox"/> 2- Individual		2 Agravo/Doença <b>ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO</b>		Código (CID10) <b>W 64</b>		3 Data da Notificação			
	4 UF <input checked="" type="checkbox"/> Município de Notificação		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do atendimento			
	8 Nome do Paciente		10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
Notificação Individual	14 Escolaridade 0- analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF <input checked="" type="checkbox"/> Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito					
	20 Bairro		22 Número		23 Complemento (apto., Casa...)		24 Geo campo 1			
Dados de Residência	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP					
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)					
	<b>Dados Complementares do Caso</b>									
Aconteceres Epidemiológicos	31 Ocupação									
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Contato Indireto <input checked="" type="checkbox"/> Arranhadura <input checked="" type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro									
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Desconhecida <input type="checkbox"/> Mucosa <input checked="" type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input checked="" type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores									
	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado			35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input checked="" type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante						
	36 Data da Exposição			37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição						
	38 Se houver, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias			39 Nº de Doses Aplicadas <u>  1  </u>						
Tratamento Atual	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaço) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra									
	41 Condição do Animal para fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadlo 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/Desaparecido				42 Animais Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não					
	43 Tratamento indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispense de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Sem + Vacina 7 - Esquema de Reexposição									
44 Laboratório Produtor da Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 Outro Especificar										
45 Número do Lote			46 Data do Tratamento							



**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CITOMEGALOVIRUS**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

1- UNIDADE NOTIFICANTE:		2- MUNICÍPIO:	
3- NOME DO PACIENTE:			4- IDADE ( ) DIA ( ) MÊS ( ) ANO
5-DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	6- SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	7- RAÇA: ( ) BRANCO ( ) AMARELO ( ) NEGRO ( ) INDIGENA ( ) PARDO	
8-ESCOLARIDADE: (em anos de estudo): ( ) NENHUM ( ) DE 1 A 3 ( ) DE 4 A 7 ( ) DE 8 A 11 ( ) DE 12 A MAIS ( ) NÃO SE APLICA ( ) IGNORADO			
9-NOME DA MÃE:			
10- ENDEREÇO:			11-Nº
12-BAIRRO:	13- MUNICÍPIO:	14-UFº	
15-PONTO DE REFERÊNCIA:		16-FONE:	
17-ZONA:( ) URBANO ( ) RURAL ( ) URBANO RURAL ( ) IGNORADO		18-CEP:	

**II- DADOS CLÍNICO:**

19-GESTANTE? ( ) SIM ( ) NÃO
IDADE GESTACIONAL: ( ) SEMANAS ( ) MESES
20-DATA DA COLETA: ____/____/____
21-SINAIS E SINTOMAS: ( ) FEBRE ( ) MIALGIA ( ) NÁUSEA/VÔMITOS ( ) LINFADENOPATIA ( ) ARTRALGIA ( ) CEFALÉIA ( ) ANOREXIA ( ) CONGESTÃO CONJUNTIVAL ( ) ICTERÍCIA ( ) MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS ( ) OUTROS: _____

21 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_



Prefeitura Municipal de Barcarena  
**SEMUSB**  
 Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena



SINAN

SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

~~DST~~ IST

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município de Notificação - Barcarena

Código: 1501303

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Agravado / Doença: \_\_\_\_\_

Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Sexo:

M F 

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: (rua, avenida): \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

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

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Município de Referência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Zona:

Rural Urbana Critério de Diagnóstico:  Clínico Epidemiológico Laboratorial

Assinatura e/ou Carimbo do Notificador:

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	2	Data da Notificação:	3	Tipo de Detecção: 1-Passiva 2-Ativa	4	Sintomas: 1-Com sintomas 2-Sem sintomas	5	UF Notificação:					
	6	Município da Notificação:	7	Cód. Mun. Notificação:	8	Unidade Notificante:	9	Código da Unidade:					
	10	Nome do Agente Notificante:	11	Código do Agente:	12	Nome do Paciente:	13	Telefone com DDD:					
	14	Peso em kg:	15	Nº Cartão Nacional de Saúde:	16	Data de Nascimento:	17	Idade: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano					
	18	Sexo: M-Masculino F-Feminino	19	Paciente é Gestante? 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-idade Gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica	20	Está amamentando? 1-Sim 2-Não	21	Se amamentando, há quanto tempo? <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano					
DADOS DO PACIENTE	22	Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1º ao 5º ano incompleto do EF 2-5º ano completo do EF 3-6º ao 9º ano incompleto do EF 4-Esino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Não se aplica	23	Raça/Cor: 1-Branco 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	24	Nome da Mãe:	25	Principal Atividade nos Últimos 15 Dias: 1-Agricultura 2-Pecuária 3-Doméstica 4-Turismo 5-Garimpagem 6-Exploração vegetal 7-Caça/pesca 8-Construção de estradas/barragens 9-Mineração 10-Viajante 11-Outros					
	26	Endereço do Paciente:	27	Outro País de Residência:	28	UF Residência:	29	Município de Residência:	30	Cód. Mun. Resid:			
	31	Localidade de Residência:	32	Cód. Localid. Resid:	33	Data dos Primeiros Sintomas:	34	Recebeu tratamento para malária vivax nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não	35	Recebeu tratamento para malária falciparum nos últimos 40 dias? 1-Sim 2-Não			
	36	Outro País Provável de Infecção:	37	UF Provável de Infecção:	38	Município Provável de Infecção:	39	Cód. Mun. Provável Infecção:	40	Localidade Provável de Infecção:	41	Cód. Localid. Prov. Infecção:	
	42	Data do Exame:	43	Tipo de Exame: 1-Gota espessa/Estreção 2-Teste rápido 3-Técnicas moleculares	44	Resultado do Exame: 1-Negativo; 2-F; 3-F+FG; 4-V; 5-F+V; 6-V+FG; 7-FG; 8-M; 9-F+M; 10-Ov; 11-Não F	45	Parasitas por mm³	46	Parasitemia em "cruzes": 1- < +/2 (menor que meia cruz); 2- +/2 (meia cruz); 3- + (uma cruz); 4- ++ (duas cruzes); 5- +++ (três cruzes); 6- ++++ (quatro cruzes)	47	Atividade G6PD: U/gHb	48
DADOS DOS EXAMES	49	Outros Hemoparasitos Pesquisados: 1-Negativo 2-Trypanosoma sp. 3-Microfilaria 4-Trypanosoma sp.+Microfilaria 5-Não Pesquisados	50	Nome do Examinador:	51	Cód. Examinador:	52	Formas Sanguíneas: 1-Cloroquina - 3 dias; 2-Artemeter + Lumefantrina; 3-Artesunato + Mefloquina; 4-Artesunato injetável; 5-Cloroquina injetável; 6-Cloroquina - 3 dias + cloroquina - semanal; 7-Outro: _____	53	Formas Teciduais / Gametócitos: 0-Nenhum; 1-Primaquina - 7 dias; 2-Primaquina - 14 dias; 3-Primaquina - dose única; 4-Primaquina - semanal; 5-Tafenoquina; 6-Outro: _____	54	Data do Início do Tratamento:	
	55	Nome do Paciente:	56	Idade:	57	Nº da Notificação:	58	Data do Exame:	59	Resultado do Exame:	60	Nome do Examinador:	

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DA RAIVA  
- INFORME MENSAL

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE

MÊS

ANO

## I - PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA

ATIVIDADE	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
1 - NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS			
2 - NÚMERO DE PESSOAS TRATADAS (TOTAL)			
2.A - SOMENTE COM VACINA			
2.B - COM VACINA E SORO			
3 - NÚMERO DE ABANDONOS DE TRATAMENTO			
4 - NÚMERO DE DOSES DE VACINAS APLICADAS			
5 - NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS			
6 - NÚMERO DE ANIMAIS AGRESSORES POR ESPÉCIES			
6.1 - CANINA			
6.2 - FELINA			
6.3 - QUIRÓPTERA (MORCEGO)			
6.4 - OUTROS (ESPECIFICAR)			
7 - NÚMERO DE CÃES (E GATOS) OBSERVADOS			

OBSERVAÇÕES:

## II - PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL

ATIVIDADE	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
1 - NÚMERO DE CÃES VACINADOS			
1.1 - ROTINA			
1.2 - ÁREA FOCAL			
1.3 - CAMPANHA			
2 - NÚMERO DE GATOS VACINADOS			
2.1 - ROTINA			
2.2 - ÁREA FOCAL			
2.3 - CAMPANHA			
3 - NÚMERO DE CÃES CAPTURADOS			
3.1 - ROTINA			
3.2 - ÁREA FOCAL			
4 - NÚMERO DE CÃES ELIMINADOS			
4.1 - ROTINA			
4.2 - ÁREA FOCAL			
5 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS REGISTRADAS			
6 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS TRABALHADAS			
7 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS REICIDENTES			
8 - NÚMERO DE ÁREAS FOCAIS DE MORCEGOS TRABALHADAS			
9 - NÚMERO DE ANIMAIS CLINICAMENTE RAIVOSOS			
9.1 - CÃES			
9.2 - GATOS			
9.3 - BOVINOS			
9.4 - OUTROS			
10 - NÚMERO DE AMOSTRAS RETIRADAS PARA LABORATÓRIO			

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEL

DATA

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE TOXOPLASMOSE

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME :				
EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS: IMUNOFLUORESCÊNCIA: [ ] ELISA: [ ]			RESULTADO	DATA COLETA
UNIDADE NOTIFICANTE :			MUNICÍPIO:	
NASCIMENTO	SEXO: [ ] Masc [ ] Fem	RAÇA [ ] Branco [ ] Negro [ ] Amarelo [ ] Pardo [ ] Indígena	ESTADO CIVIL: [ ] Solteiro [ ] Casado [ ] Viuvo [ ] Outro	ESCOLARIDADE: (Série):
NOME DA MÃE:				
ENDEREÇO:				Nº
COMPLEMENTO:			BAIRRO:	MUNICÍPIO:
PONTO REFERÊNCIA:				FONE
ZONA [ ] Urbana [ ] Rural [ ] Semi Urbana [ ] Ignorada	CEP	UF	PAÍS (se residente fora do Brasil)	

### II - DADOS CLÍNICOS

SINTOMAS/SINAIS: <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> NÁUSEA/VÔMITOS <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA <input type="checkbox"/> ARTRALGIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> CONGESTÃO CONJUNTIVAL <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS <input type="checkbox"/> OUTRAS _____
INÍCIO DOS SINTOMAS:
GESTANTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IDADE GESTACIONAL <input type="checkbox"/> SEMANAS

### III - HÁBITOS ALIMENTARES

	ONDE COMPRA?
TIPO DE ÁGUA DE BEBER:	
CARNE MAL PASSADA OU MAL COZIDA:	
FRUTAS VERDURAS E HORTALIÇAS CRUAS:	
CONSOME AÇAI?	

PARTICIPOU DE ALGUM EVENTO? SIM ( ) NÃO ( )  
 SE SIM, ONDE?

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mãe 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Conclusão

Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final	33 Critério de Confirmação/Descarte	
		1 - Confirmado 2 - Descartado	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			
	35 UF	36 País		
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito	39 Bairro
40 Doença Relacionada ao Trabalho	41 Evolução do Caso			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
42 Data do Óbito	43 Data do Encerramento			

Informações complementares e observações

Observações adicionais

---



---



---



---



---

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	



1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: ____/____/____
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF: _____
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento: ____/____/____
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? <input type="radio"/> Vim fazer teste de HIV <input type="radio"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="radio"/> Vim buscar PrEP <input type="radio"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="radio"/> Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço <input type="radio"/> Sensibilizado por comunicação impressa / internet / campanha / educador de par / amigo <input type="radio"/> Fui orientado por ONG	8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil <input type="radio"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="radio"/> Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)	8c. Há quanto tempo você está em uso ou fez uso de PrEP? _____ meses
<b>Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP</b>		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual <input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): ( ) Nº de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0): ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/ Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	18. Está Gestante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica	
<b>Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV</b>		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleve®) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica) <input type="radio"/> Não, nunca <input type="radio"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="radio"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP</b>		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
26. O usuário ASSINOU o termo de consentimento livre e esclarecido do protocolo ImPrEP, sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS, autorizando que seus dados sejam utilizados sob anonimato e sigilo pelo estudo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>Exame de Elegibilidade</b>		
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje		Data da Coleta: _____ Resultado do Exame: <input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
28. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Encaminhado para vacinação <input type="radio"/> Não Realizado/Indisponível		
29. Conduta do Atendimento: <input type="radio"/> Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) <input type="radio"/> Encaminhamento para avaliação de PEP <input type="radio"/> Investigar possível janela imunológica <input type="radio"/> Não é elegível para PrEP <input type="radio"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
30. Prescrição: <input type="radio"/> TDF/FTC para 30 dias Data da Prescrição: ____/____/____	31. Médico: CRM: _____ Assinatura: _____	32. Assinatura do usuário(a): _____

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

As alternativas com ícone "O" indicam que uma única resposta é possível

As alternativas com ícone "□" indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

1. **Número do Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
2. **Número do Cartão SUS:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
3. **Data:** Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
4. **Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuírem nome social que divirja do nome de registro.
5. **CPF:** Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
6. **Nome civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
7. **Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
8. **Motivação da visita:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para sua vinda ao serviço na presente data.
- 8a. **Motivação para PrEP:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para buscar PrEP.
- 8b. **Uso anterior de PrEP:** Inserir se o/a usuário/a já fez uso de PrEP anteriormente.
- 8c. **Tempo de uso anterior de PrEP:** Inserir o tempo em meses, caso o(a) usuário(a) já tenha utilizado PrEP anteriormente.
9. **Exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas:** Selecionar o campo adequado à resposta do(a) usuário(a). Caso tenha havido exposição, avaliar imediatamente a PEP. **(Preenchimento obrigatório).**
10. **Uso repetido de PEP nos últimos 12 meses:** Inserir a quantidade de vezes que a pessoa relatou usar Profilaxia Pós Exposição ao HIV nos últimos 12 meses, inclusive se for zero. **(Preenchimento obrigatório).**
11. **Número de parcerias sexuais:** Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada e, se não souber, informar número aproximado **(Preenchimento obrigatório)**
12. **Uso de Preservativos:** Inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. **(Preenchimento obrigatório)**
13. **Uso de preservativos SEM preservativo:** Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
14. **Parceria HIV positiva SEM preservativo:** Indicar se houve relação sexual sem preservativo com pessoa HIV positiva nos últimos seis meses. Se parceria HIV positiva, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
15. **Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços:** Marcar a resposta declarada pelo(a) usuário(a), referente aos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
16. **Sintomas ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST):** Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
17. **Planejamento Reprodutivo:** Informar se o(a) usuário (a) tem interesse em usar PrEP para concepção em parceira sorodiferente. **(Preenchimento obrigatório).**
18. **Gestante:** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). **(Preenchimento obrigatório).**
19. **Uso de álcool:** Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
20. **Uso de drogas:** Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
21. **Uso de drogas injetáveis:** Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Em caso afirmativo, informar se foi ou não durante os últimos três meses.
22. **Compartilhamento de instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
23. **Sintomas de infecção viral aguda:** Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório).**
24. **Histórico de fratura óssea não relacionada a trauma:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
25. **Histórico de doença renal ou outras doenças crônicas:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
26. **Autorização de fornecimento de dados:** Para os serviços participantes do estudo ImPrEP, assinalar se o(a) usuário(a) aceita fornecer seus dados (incluir apenas HSH e pessoas trans). Para os demais serviços, marcar "não se aplica".
27. **Teste Rápido de HIV:** Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. **(Preenchimento obrigatório).**
28. **Vacinação para Hepatite B:** Informar se o usuário tem comprovação das 3 doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente ou se encaminhado para imunização.
29. **Conduta:** Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento.

\* Lista de Exames a serem solicitados/ realizados, se PrEP for indicada, (os resultados devem estar disponíveis na consulta em 30 dias)

✓ Carga Viral do HIV (em caso de suspeição de janela imunológica)	✓ Teste de triagem de sífilis	✓ Exame para identificação de IST (Clamídia e Gonococo), quando disponível
✓ Teste para Hepatite B (HBsAg)	✓ Titulação de anticorpos contra o HBV (Anti-HBs)	✓ Teste para Hepatite C (Anti-HCV)
✓ Avaliação de Proteinúria	✓ Enzimas Hepáticas (AST/ALT)	✓ Creatinina Sérica
		✓ Vacinação para HBV

30. **Prescrição para PrEP:** Assinalar a alternativa para prescrição inicial (30 dias) de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**

31. **Médico:** Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório).**

32. **Usuário(a):** Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.



VTKSU

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>												
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimentos/Pequenas cirurgias\*  
 Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)

**Procedimentos consolidados**

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
**Local de Atendimento:** 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)  
 08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa

\*Campo obrigatório



# FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

77.777.231/4037-66  
 UNIDADE MISTA DE BARCARENA  
 CNES 2314037  
 Trav. Santo Antônio, 356  
 CEP: 68.445-000 - Centro  
 BARCARENA - PARÁ

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Nº SEQUENCIAL:**

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

**D. NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_ **CARTÃO SUS:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **DATA:** / / **HORA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**DADOS CLINICOS**      **HIPERTENSO ( )SIM ( ) NÃO**      **DIABETICO ( )SIM ( ) NÃO**      **CARDIOPATA ( )SIM ( ) NÃO**  
**PRESSÃO ARTERIAL** \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmhg      **GLICEMIA CAPILAR :** \_\_\_\_\_ MG/DL      **FC:** \_\_\_\_\_ b<sub>f</sub> **FR:** \_\_\_\_\_ rpm  
**SATURAÇÃO:** \_\_\_\_\_ SpO2      **Tax:** \_\_\_\_\_ C°      **Peso** \_\_\_\_\_ kg      **Escala de dor ( ) Leve ( ) Moderada ( ) aguda**  
**ALERGICO ( )SIM ( ) NÃO**

**ENFERMAGEM**

\_\_\_\_\_

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

\_\_\_\_\_

**TRATAMENTO REALIZADO**

**EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADO: ( )SIM ( ) NÃO**

\_\_\_\_\_

**MATERIAIS E MEDICAMENTOS USADOS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL(CARIMBO)

ASSINATURA DO PACIENTE



**FICHA DE REFERÊNCIA**

**1**

DO:

PARA:

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

MATRÍCULA:

IDADE:

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

Ocupação:

NATURAL:

**2**

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

**MOTIVO**

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

**3**

**CONTRA REFERÊNCIA**

**1**

DO:

PARA:

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

MATRÍCULA:

IDADE:

SEXO:  MASC.  FEM.

ESTADO CIVIL:

**2**

Ocupação:

NATURAL:

RESIDÊNCIA:

ZONA:  URB.  RUR.

RESPONSÁVEL:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

FONE:

DATA: / /

HORA:

RESPONSÁVEL ASS.

CONDIÇÃO DE CHEGADA DO PACIENTE

ACOMPANHADO

DESACOMPANHADO

**3**

ANDANDO NORMAL

ANDANDO APOIADO

CARREGADO

CONSCIENTE

INCONSCIENTE

SEMICONSCIENTE

MORTO SINTOMAS E SINAIS

PRESENTES AO CHEGAR:

**OBSERVAÇÃO**

**4**

**NÃO INTERNADO**

DADOS CLÍNICOS

QUEIXA PRINCIPAL:

TEMPO de DOENÇA DIAS Data de início: / / FORMA de INÍCIO:  SÚBITO  INSIDIOSO EVOLUÇÃO:  RÁPIDA  LENTA

HISTÓRICO de CONTÁGIO:  DOMICILIAR  EXTRADOMICILIAR  IGNORADA PRÉ-NATAL:  SIM  NÃO

ORDEM de GESTAÇÃO:  IGNORADO Nº de ABORTOS: TOXEMIA PRESENTE:  SIM  NÃO

ANATOX TETÂNICO:  DOSE COMPLETA  DOSE INCOMPLETA  NENHUMA TRATAMENTO para SÍFILIS:  SIM  NÃO

HEMORRAGIA:  SIM  NÃO TEMPO de GESTAÇÃO: SEMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO: cm BCF/ml

SITUAÇÃO do FETO:  LONGITUDINAL  TRANSVERSAL  APRESENTAÇÃO do FETO:  CEFÁLICA  CÔRMICA  PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIAIS e/ou ATUAIS:

ESTADO CIVIL: SEXO:  MASC  FEM IDADE:

PROFISSÃO: LOCALIDADE:

TRATAMENTO JÁ REALIZADO: EM DOMICÍLIO:

NA UNIDADE DE SAÚDE:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EXAMES COMPLEMENTARES

TIPAGEM SANGUÍNEA: RH ABO HEMÁCIAS mm<sup>2</sup>

HB: g% LEUCOCITOS: mm<sup>3</sup> HEMATÓCRITO: %

VDRL: PESQUISA de BAAR (ESCARRO): FEZES:(DIR)

URINA: PROTEÍNAS: SUBS.REDUTORAS: SEDIMENTOS:

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

NOME CARIMBO

CARGO

CRM

DATA

CONTRA REFERÊNCIA

ATENÇÃO PRESTADA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA:

5

TRATAMENTO(S) INSTITUÍDO(S):

INTERCORRÊNCIAS:

SUGESTÕES PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO:

INTERNAÇÃO

ADMISSÃO: DATA / / HORA LEITO CLÍNICA: GINECO OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

MÉDICA  CIRÚRGICA  PSIQUIÁTRICA TIPO DE GESTAÇÃO:  ÚNICA  DUPLA  MÚLTIPLA

TIPO DO PARTO:  NORMAL  COM EPISIOTOMIA  SEM EPISIOTOMIA  DIAGNÓSTICO  CESÁRIA  FORCEPS  LACERAÇÃO

COMPLICAÇÕES:  ECLAMPSIA  HEMORRAGIA  INFECÇÃO PUERPERAL  OUTROS

CONDIÇÕES DO FETO:  VIVO  NATIMORTO  NEOMORTO ALTA: DATA: HORA:

TIPO DE ALTA:  CURADO  MELHORADO  ÓBITO  TRANSFERÊNCIA  JÁ PEDIDO  FUGA  OUTRO

7

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com \*SG que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (\*SG: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 <sup>ª</sup> s sintomas
3	UF: <input type="text"/> <input type="text"/> 4	Município: <input type="text"/>	Código (IBGE): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Unidade de Saúde: <input type="text"/>	Código (CNES): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	7	CPF: <input type="text"/>
8	Estrangeiro (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): <input type="text"/>		
10	Nome: <input type="text"/>	11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
12	Data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13	(Ou) Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			1-Dia 2-Mês 3-Ano <input type="checkbox"/>
15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14	Gestante: <input type="checkbox"/>
16	Se indígena, qual etnia? <input type="text"/>		1-1 <sup>º</sup> Trimestre 2-2 <sup>º</sup> Trimestre 3-3 <sup>º</sup> Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18	Se sim, qual? <input type="text"/>
19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>º</sup> ciclo (1 <sup>ª</sup> a 5 <sup>ª</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>º</sup> ciclo (6 <sup>ª</sup> a 9 <sup>ª</sup> série) 3-Médio (1 <sup>ª</sup> ao 3 <sup>ª</sup> ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
20	Ocupação: <input type="text"/>	21	Nome da mãe: <input type="text"/>
22	CEP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
23	UF: <input type="text"/> <input type="text"/> 24	Município: <input type="text"/>	Código (IBGE): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Bairro: <input type="text"/>	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): <input type="text"/>
		27	Nº: <input type="text"/>
28	Complemento (apto, casa, etc...): <input type="text"/>	29	(DDD) Telefone: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) <input type="text"/>
32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual <input type="text"/> 9-ignorado		
34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O <sub>2</sub> < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>		
35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>		
36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1 <sup>ª</sup> dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data da 2 <sup>ª</sup> dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: <input type="text"/>	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 <sup>ª</sup> Dose <input type="text"/> Lote 2 <sup>ª</sup> Dose <input type="text"/>
40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado	41	Data da vacinação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado		Se sim, data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1 <sup>ª</sup> dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (1 <sup>ª</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2 <sup>ª</sup> dose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (2 <sup>ª</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _____
	45	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _____	47	UF de internação: _____
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____			
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____			
	50	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _____	52	Data da saída da UTI: _____
	53	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _____
	56	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57	Data da tomografia: _____		
	58	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _____	60	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
	61	Nº Requisição do GAL: _____	62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	64	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): _____				
66	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____					
67	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	68	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			
69	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____					
70	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____				
71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	72	Data da coleta: _____			
73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	74	Data do resultado: _____			
Conclusão	75	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Clinico 4-Clinico-Imagem
	77	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	78	Data da alta ou óbito: _____	79	Data do Encerramento: _____
	80	Número D.O: _____ - _____				
81	OBSERVAÇÕES:					
Profissional de Saúde Responsável: _____			Registro Conselho/Matrícula: _____			

## 03 - Ficha de Retorno 30 dias - PrEP

(30 dias após a 1ª Dispensação)

1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: ___/___/___
4. Nome Social (se aplicável):		5. Data de Nascimento:
6. Nome Civil:		7. CPF:
<b>POTENCIAL CRITÉRIO DE EXCLUSÃO PARA USO DE PrEP</b>		
8. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, Avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A PrEP</b>		
9. Desde a última visita sentiu algum mal-estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro		
9 a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>AUTO RELATO DE ADESAO</b>		
10. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos da PrEP você deixou de tomar? ( ) no. Comprimidos (0 a 30)		
11. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos da PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixei de tomar <input type="checkbox"/> Outro		
<b>RESULTADO DOS EXAMES DE TRIAGEM</b>		
<b>Exames</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultado do Exame</b>
12a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, EQL, ELISA)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
12b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)
13. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
14. Identificação de Clamídia		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
15. Identificação de Gonococo		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
16. Teste para Hepatite B (HBsAg)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
17. Sorologia Anti-HBs quantitativa		<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL
18. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
19. Avaliação de Proteinúria		<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado
20. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)		<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado
<b>Exames de Segurança</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultado do Exame</b>
21. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
22. Resultado de Carga Viral do HIV		<input type="radio"/> Detectável <input type="radio"/> Não detectável <input type="radio"/> Não realizada/Indisponível
23.1. Creatinina Sérica da Triagem		
23.2. Idade (em anos completos)		_____ anos
23.3. Peso (Kg)		_____ Kg
23.4. Resultado		
23. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimada		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min <input type="radio"/> Indisponível
*Sugestão para cálculo de Creatinina = $\frac{((140 - \text{Idade}) \times \text{Peso(kg)})}{(Creatinina Sérica \times 72)}$ . Se mulher, multiplicar por 0.85. Se clearance de creatinina < 60ml/min, NÃO indicar PrEP. Há outros aplicativos que podem ser igualmente usados para fazer tal cálculo, como MDRD.		
24. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		
<b>CONDUTA FINAL</b>		
25. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda		
26. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias		
27. Médico: Data da Prescrição: ___/___/___ CRM: _____ <small>(Calmo e assinatura)</small>		
28. Usuário(a): Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small> Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small> Data ___/___/___ Dispensado para _____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>		

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

As alternativas com ícone "O" indicam que uma única resposta é possível  
 As alternativas com ícone "□" indicam que mais de uma resposta é possível (múltiplas respostas)

- 1- Número do Prontuário: Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
- 2 - Número do Cartão SUS: Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
- 3 - Data: Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 4 - Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 5 - Data de nascimento: Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
- 6 - Nome civil: Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
- 7 - CPF: Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
- 8 - Sintomas de infecção viral aguda: Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório).**
- 9 - Evento adverso relacionado à PrEP. Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. **(Preenchimento obrigatório).**
- 9 a - Persistência de eventos adversos: Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.
- 10 - Adesão à PrEP: Indicar o número de comprimidos não ingeridos nos últimos 30 dias, relatado pelo(a) usuário(a). Caso não tenha deixado de tomar nenhum comprimido, inserir "0" (zero). **(Preenchimento obrigatório).**
- 11 - Motivos de não-adesão: Inserir o motivo mais frequente para a não tomada de todos os comprimidos. Caso tenha tomados todos, marcar "não deixei de tomar".
- 12a - Teste treponêmico para sífilis: Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (TR, EQL ou ELISA) utilizando amostra de sangue. **(Preenchimento obrigatório).**
- 12b - Teste Não treponêmico para sífilis: Inserir os resultados de teste não treponêmico de sífilis (VDRL ou RPR) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR inserir a titulação. **(Preenchimento obrigatório).**
- 13 - Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa: Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. **(Preenchimento obrigatório).**
- 14 - Identificação de Clamídia: Inserir o resultado do exame.
- 15 - Identificação de Gonococo: Inserir o resultado do exame.
- 16 - Teste para Hepatite B (HBsAg): Inserir resultado do teste.
- 17 - Titulação de anticorpos contra o HBV (Anti-HBs): Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
- 18 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV): Inserir resultado do teste. Se reagente, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. **(Preenchimento obrigatório)**
- 19 - Avaliação de Proteinúria: Avaliar a presença de proteinúria.
- 20 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT): Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.
- 21 - Teste Rápido de HIV (Retorno para dispensação): Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. **(Preenchimento obrigatório).**
- 22 - Resultado de Carga Viral: Se detectável, o(a) usuário(a) deve ser contatado(a), para que a PrEP seja definitivamente suspensa e o(a) usuário(a) encaminhado(a) para início de tratamento antirretroviral. **(Preenchimento obrigatório).**
- 23.1- Creatinina Sérica: Inserir resultado da Creatinina Sérica. **(Preenchimento obrigatório).**
- 23.2- Idade (em anos completos): Inserir idade em anos completos.
- 23.3- Peso (Kg): Inserir peso em Kg.
- 23.4 - Resultado do Clearance de Creatinina: Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.
- 23 - Clearance de Creatinina estimado: Inserir os dados dos itens 22.1 a 22.3 para cálculo do resultado do Clearance de Creatinina ou utilizar outro método de cálculo como MDRD. Se menor que 60ml/min, inelegível para uso da PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
- 24 - Vacinação para Hepatite B: Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente.
- 25 - Condução: Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. **(Preenchimento obrigatório).**
- 26 - Prescrição para PrEP: Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
- 27 - Médico: Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório).**
- 28 - Usuário(a): Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.

**FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

I UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

II IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Registro Nº: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Est; Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Anos

III DADOS OBSTÉTRICOS

Data da última menstruação \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data provável do parto \_\_\_\_\_  
Semanas de gestação \_\_\_\_\_ Gestações: nº \_\_\_\_\_ Partos nº \_\_\_\_\_ Aborto nº \_\_\_\_\_  
Altura do fundo uterino \_\_\_\_\_ CM Peso antes da Gestação \_\_\_\_\_ Kg

IV ASSINALE COM UM X NO(S) QUADRO(S) CORRESPONDENTE(S) A(S) RESPOSTA(S)

**IDADE (2 Pontos)**

Primigesta menor de 17 anos  
 Primigesta acima de 30 anos  
 Multipara acima de 39 anos

**GRAVIDEZ (1 Ponto)**

Não Aceita

**PARIDADE (1 Ponto)**

Nulípara  
 6 ou mais partos

**COND. SÓCIO ECONÔMICAS (1 Ponto)**

De Zero a 3 Salários mínimos

**ULTIMO PARTO (Intervalo) (1 Ponto)**

Menor de 12 meses  
 De 6 a mais anos

**ALTURA (2 Pontos)**

Menos que 1.49m

**GANHO PONDERAL (10 Pontos)**

De 0-14 sem. (0-3m) maior que 2 Kg  
 De 13-28 sem. (3-6m) maior que 5 Kg  
 De 28-40 sem. (6-9m) maior que 5 Kg

**GANHO PONDERAL (2 Pontos)**

Mulher (-) e Marido (+)

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (2 Pontos)**

Abortos Espontâneos (nº \_\_\_\_\_)  
 Cesária (nº \_\_\_\_\_)  
 Forceps (nº \_\_\_\_\_)  
 Natimorto (nº \_\_\_\_\_)  
 Morte Neonatal (nº \_\_\_\_\_)  
 Neonatos de baixo peso (nº \_\_\_\_\_)  
 Neonatos de peso acima 4.000g (nº \_\_\_\_\_)  
 Pré-eclâmpsia  
 Placenta prévia  
 eclâmpsia  
 Deslocamento prematura de Placenta

**HÁBITOS (2 Pontos)**

Cigarros Nº \_\_\_\_\_ por dia  
 Etilismo  
 Drogas

**PATOLOGIA DE RISCO (10 Pontos)**

Assinalar na relação do verso

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	TOTAL/Ptºs
ALTO RISCO (Tratam. Especial obrigatório)	acima de 10
MÉDIO RISCO (Tratam. Especial recomendável)	5 - 9
BAIXO RISCO (Cuidados gerais)	2 - 4

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTETRÍCIA**

NOME:	ENFERMARIA:	LEITO:	DATA	DATA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
<b>1. RISCO DE SANGRAMENTO</b> <input type="checkbox"/> Evidenciado por parto cesárea/ ou vaginal <input type="checkbox"/> Evidenciado por lóquios avolumadas.		<input type="checkbox"/> Observar sangramento vaginal e estado geral da puérpera.  <input type="checkbox"/> Aferir e registrar SSVV;		
<b>2. RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A:</b> <input type="checkbox"/> Alteração na integridade da pele; <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente para evitar a patógenos; <input type="checkbox"/> Estase de líquidos orgânicos; <input type="checkbox"/> Doenças crônicas		<input type="checkbox"/> Observar nível de consciência;  <input type="checkbox"/> Observar e registrar sinais de hiperemia, exsudatos, deiscência de sutura, rubor e do local;		
<b>3. DOR AGUDA RELACIONADO A:</b> <input type="checkbox"/> Agente biológico lesivo; <input type="checkbox"/> Agente físico lesivo; <input type="checkbox"/> outros _____	<input type="checkbox"/> Comportamento protetor <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor; <input type="checkbox"/> Posição para aliviar a dor; <input type="checkbox"/> Relato verbal de dor.	<input type="checkbox"/> Observar e registrar dor local, intensidade e duração;  <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos CPM analgésicos conforme a prescrição;		
<b>4. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA RELACIONADA A:</b> <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular; <input type="checkbox"/> Umidade; <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada; <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico.	<input type="checkbox"/> Dano tecidual: <input type="checkbox"/> Área localizada quente ao toque; <input type="checkbox"/> Dor Aguda <input type="checkbox"/> Hematoma; <input type="checkbox"/> Sangramento; <input type="checkbox"/> Vermelhidão. <input type="checkbox"/> Aplicar compressas _____ vezes ao dia.	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação/sentar;  <input type="checkbox"/> Realizar curativo local conforme rotina;  <input type="checkbox"/> Orientar puérpera sobre cuidados nas 1ª 24h, pós operatório;		
<b>5. RISCO PARA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ</b> <input type="checkbox"/> Estresse psicológico; <input type="checkbox"/> Inexperiência materna; <input type="checkbox"/> Mamilos invertidos; <input type="checkbox"/> congestão mamária; <input type="checkbox"/> RN prematuro; <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Realizar avaliação física quanto aos aspectos da mama;  <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a importância do AME;		
<b>6. RISCO PARA INFECÇÃO RELACIONADO:</b> <input type="checkbox"/> À invasão bacteriana secundária ao traumatismo durante o trabalho de parto e a episiotomia; <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico; <input type="checkbox"/> Internação hospitalar; <input type="checkbox"/> Amniorrexe.		<input type="checkbox"/> Comunicar alteração ao ENFERMEIRO/ENFERMEIRA. <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ _____ _____		

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**





# FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

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

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

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

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"/>																							
		Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>																							
		Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>																							
		Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>																							
		Tabagista	<input type="checkbox"/>																							
		Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>																							
		Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>																							
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																							
		Saúde mental	<input type="checkbox"/>																							
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>																							
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>																							
		Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>																						
Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																							
Ação mecânica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																							
Tratamento focal	<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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
	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"/>		
	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"/>		

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

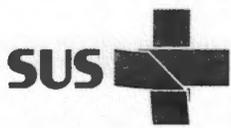
Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Ípo 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 sócioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

ampo [ ]: campo numérico

Campo obrigatório

\*Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família



**FRENTE**  
**FICHA PERINATAL – Ambulatório**

Unidade

Como quer ser chamada  
 Cidade

Nome  
 Endereço

Idade  <15 anos  >35 anos  
 Estado civil/união  
 Casada Solteira  
 Estável Outro  
 Instrução Nenhuma Fundamental Médio Superior

Peso anterior Gravidez Risco habitual Alto risco  
 Altura cm Gravidez planejada SIM NÃO

DUM / / Tipo de gravidez  
 DPP / / Única  
 DPP eco / / Tripla ou mais Ignorada

Hospitalização na gravidez  
 NÃO SIM  
 Dias  
 Grupo Rh + Sensibilizada NÃO  
 Rh - SIM

Transferida  
 NÃO SIM  
 Local Data  
 Antecedentes familiares NÃO SIM  
 Diabetes  
 Hipertensão arterial  
 Gemelar  
 Outros

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

Abortos Gestas prévias Parto vaginal Parto Cesárea  
 3 ou + abortos  
 Ectópica  
 Morteram na 1ª semana

Bebê <2.500g Parto 2 cesáreas prévias Nascidos mortos Morteram depois da 1ª semana  
 Bebê >4.500g Pré-eclâmpsia Eclâmpsia NÃO SIM Final da gestação anterior há 1 ano

Diabetes NÃO SIM Cardiotopia NÃO SIM Antecedentes clínicos NÃO SIM  
 Infecção urinária Tromboembolismo Cir. pélv. uterina NÃO SIM  
 Infertilidade Hipertensão arterial Cirurgia  
 Dific. amament. Outros Outros

Fumo (nº de cigarros) Anemia NÃO SIM Gestação atual NÃO SIM  
 Alcool Inc. istmocervical Hipertensão arterial  
 Outras drogas Ameaça de parto premat. Cardiotopia  
 Violência doméstica Isoimunização Rh Diabetes gestacional  
 HIV/Aids Oligo/polidrâmnio Uso de insulina  
 Sífilis Rotura premat. de membrana Hemorragia 1º trimestre  
 Toxoplasmose CIUR Hemorragia 2º trimestre  
 Infecção urinária Pós-datismo Hemorragia 3º trimestre  
 Febre Exantema/rash cutâneo

**Vacina Influenza**  
 Data / /  
 Deseja colocar DIU pós-parto na maternidade?  
 SIM NÃO  
 Data Resultado

**Vacina antitetânica (dT)**  
 Sem informação de imunização  
 Imunizada há menos de 5 anos  
 Imunizada há mais de 5 anos  
 1ª dose / /  
 2ª dose / /  
 Vacina dTpa / /

**Vacina Hepatite B**  
 Imunizada   
 1ª dose / /  
 2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /  
 3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

**Eletroforese de Hemoglobina**  
 Padrão  AA  
 Heterozigose AS  
 AC  
 Homozigose SS  
 SC

**Ultrassonografia**

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

**Malária**  
 Somente para gestantes da Região Amazônica.  
 Neg. Pos.  
 Sulfato ferroso

**Tratamento de Sífilis**  
 1ª dose / /  
 2ª dose / /  
 3ª dose / /





FRENTE

Dados Orientações	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [1] Individual [3] Nenhuma [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA [1] Sim [2] Não	6 Val Fazer Coleta [1] Sim [2] Não
	8 Nº Requirição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal [1] Sim [2] Não	10 Mostra Nome Etiqueta [1] Sim [2] Não

Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha			
	13 Sexo [1] Masc. [2] Fem.	14 Gestante [1] Sim [2] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal) [1] Casado/Amigado [3] Separado [2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor
	18 Raça/Cor [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (após ensino obrigatório) [1] Nenhuma [3] De 1 a 7 [5] De 12 e mais [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação		
	21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe			

Autorização p/ contato	23 Permite Contato * [1] Sim [2] Não	24 Tipo de Contato [1] Telefone [3] e-mail [2] Correio [4] Visita Domiciliar [9] Outros:	Assinatura do Usuário
------------------------	---	---	-----------------------

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

Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa...)	27 Número
	28 Município	29 Bairro	30 UF
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [1] Urbana [2] Rural
	34 País (se residente fora do Brasil)		

## Dados Complementares

Dados de Anamnese	35 Motivo da Procura [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola [8] Exame pré-natal [97] Outros: [9] Conferir resultado anterior [99] Não informado	36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet [3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [10] Escola [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros: [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [2] Repetir Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [3] Repetir Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [4] Repetir Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sifilis [97] Outros [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38 Local Encaminhamento

Notas da Orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Antecedentes Epidemiológicos

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

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

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

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

44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências  
 [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaína-Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas  
 [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaína-Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras

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

46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transexuais [ 99 ] Não informado [ 2 ] Mulheres [ 98 ] Não se aplica

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

Informações de Uso de Preservativos

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

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

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

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

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

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

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

Recorte

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

Encaminhamentos Pós-Teste

56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções)  
 [ 1 ] Nenhum [ 7 ] Tratamento para hepatites [ 57 ] Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste  
 [ 2 ] Repetir exame HIV/inconclusivo [ 8 ] Tratamento para HIV  
 [ 3 ] Repetir/Janela imunológica [ 9 ] Repetir ex. Hepatite/incon.  
 [ 4 ] Repetir exame/2ª amostra [ 10 ] Tratamento de Sífilis  
 [ 5 ] Assistência psicossocial [ 11 ] Vacina Hepatite B  
 [ 6 ] Tratamento de DST [ 97 ] Outros:

58 Orientador da Entrega

59 Materiais / Preser. fornecidos:

Dados de Resultado

Resultado Laboratorial

60 Data Entrega: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

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

63 Sífilis VDRL [ ]  
 Titulação:  
 [ ] Doença Ativa  
 [ ] Círculo Sorológico

64 Outras Doenças e Seus Resultados

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

<b>1</b> Número de Prontuário		<b>2</b> CNS - Cartão Nacional de Saúde				<b>3</b> Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Social <input type="radio"/> Nome Civil			
<b>4</b> Nome Completo do Usuário - Civil									
<b>5</b> Nome Social									
<b>6</b> Nome completo da Mãe									
<b>7</b> Data de Nascimento					<b>8</b> CPF				
<b>9</b> País de Nascimento					<b>10</b> Nacionalidade				
<b>Situação do estrangeiro</b> <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de Fronteira <input type="radio"/> Não Residente					<b>12</b> Residência do estrangeiro				
<b>13</b> UF de Nascimento			<b>14</b> Cidade de Nascimento				<b>15</b> Pessoa em situação de rua <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>16</b> Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis					<b>17</b> Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual / Gay / Lésbica <input type="radio"/> Bissexual				
<b>18</b> Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti / Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual									
<b>19</b> Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena					<b>20</b> Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/Sem Educação Formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 e mais anos				
<b>21</b> Permite contato* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			<b>22</b> Tipo de contato <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail						
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.									
<b>23</b> Endereço									
<b>24</b> Bairro							<b>25</b> CEP		
<b>26</b> Cidade de Residência (Cidade / UF)					<b>27</b> E-mail para contato				
<b>28</b> Telefone para Contato (DDD + Número)					<b>29</b> Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado				
<b>30</b> Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____  _____ (carimbo e assinatura)					<b>31</b> Usuário SUS Data: ____/____/____  _____ (assinatura)				

- Preencher o formulário, se possível, diretamente no SICLOM. Os campos sombreados (hachurados) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone  indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone  indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

Janeiro/2018

## DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- Número de Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde.
- 02- CNS—Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 03- Identificação do usuário nos relatórios:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência.
- 04- Nome Completo do Usuário - Civil:** Preencher com o nome completo do(a) usuário(a), sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. *(Preenchimento obrigatório).*
- 05- Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 06- Nome Completo da Mãe:** Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal. *(Preenchimento obrigatório).*
- 07- Data de Nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. *(Preenchimento obrigatório).*
- 08- CPF:** Inserir o CPF do usuário *(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua).*
- País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do Usuário SUS. *(Preenchimento obrigatório).*
- 10- Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS.
- 11- Situação do Estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
- 12- Residência do Estrangeiro:** Refere-se ao local de residência do Usuário SUS.
- 13- UF de Nascimento:** Refere-se à UF de nascimento do Usuário SUS.
- 14- Cidade de Nascimento:** Refere-se ao município, cidade de nascimento do Usuário SUS.
- 15- Pessoa em situação de rua:** Informar se o paciente está em situação de rua ou não *(Preenchimento obrigatório).*
- 16- Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis *(Preenchimento obrigatório).*
- 17- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a) *(Preenchimento obrigatório).*
- 18- Identidade de Gênero:** É a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a) *(Preenchimento obrigatório).*
- Raça / Cor:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida. *(Preenchimento obrigatório).*
- 20- Escolaridade:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. *(Preenchimento obrigatório).*
- 21- Permite contato:** *Preenchimento obrigatório* e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao Usuário SUS se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007 *(Preenchimento obrigatório).*
- 22- Tipo de contato:** Caso o Usuário SUS autorize o contato do serviço, informar o tipo de contato autorizado.
- 23- Endereço:** Endereço de residência do Usuário SUS - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o Usuário SUS autorize contato.
- 24- Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS.
- 25- CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.
- 26- Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do Usuário SUS.
- 27- E-mail:** E-mail de contato do Usuário SUS.
- 28- Telefone para contato (DDD + número):** Informar o número do telefone do Usuário SUS com DDD.
- 29- Acompanhamento Médico:** Para os Usuários SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em Pública. Para aqueles Usuários SUS atendidos por médicos particulares, indique Privada *(Preenchimento obrigatório).*
- 30- Responsável pelo Atendimento:** Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do médico *(Preenchimento obrigatório).*
- 31- Usuário SUS:** Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório).*



FRENTE

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO - PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD/BARCARENA-PA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº		CARTÃO SUS:	
UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHADORA:			
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASC.:	LOCAL NASC.:	PROFISSÃO:	
CPF:	RG/CNH:		
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	
ENDEREÇO:			
COMPLEMENTO:			
BAIRRO:	CONTATO:	RECADO:	

### IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE:		
CARTÃO SUS:		DATA DE NASC.:
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:	SEÇÃO:
RG/CNH	CPF	
CONTATO:	REL. C/ PACIENTE	



VERSO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

HISTÓRICO DA DOENÇA QUE MOTIVA A SOLICITAÇÃO	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA OU CID	
TRATAMENTO SOLICITADO	
DATA, ____/____/____	ASSINATURA/CARIMBO/CRM

**PARECER DA COMISSÃO DO TFD/BARCARENA**

INDICAR E JUSTIFICAR O TIPO DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> RODoviÁRIO <input type="checkbox"/> RODO-FLUVIAL <input type="checkbox"/> AÉREO	
PACIENTE NECESSITA DA PRESENÇA DE ACOMPANHANTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
BARCARENA, ____/____/____	ASSINATURA/CARIMBO:



**Prefeitura Municipal de Barcarena**  
ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO

TFD Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Barcarena \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2016.

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

Acompanhante: \_\_\_\_\_

**Sr (a) MÉDICO(A) ASSISTENTE E PACIENTE**, as diárias e passagens do TFD são custeadas com verbas Públicas portanto sujeito a Fiscalização e Auditoria.

Trata-se de verba definida, cuja aplicação obedece a critérios já estabelecidos e que oportunizem tratamento de os pacientes que necessitem serem assistidos pelo TFD.

assim solicitamos a sua colaboração no controle **REGISTRANDO E DATANDO** todas as informações nesta folha permitem avaliar a necessidade de permanência em Belém, datas e evolução das consultas, período de entrada de internamento no hospital exames, curativos ou quaisquer atendimentos médico e/ou laboratoriais realizados, intervalos de tratamentos em que paciente pode retoma a sua origem (município), necessidade de retorno e transporte adequado as condições clinicas do paciente contamos com a sua colaboração.

O PRAZO PARA DEVOLUÇÃO DA FOLHA É DE 05 (CINCO) DIAS ÚTEIS APÓS PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS, SALVE ATENDIMENTO DENTRO DESTES PRAZO.

Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO
Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO
Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO
Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO
Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO
Data: _____ / _____ / _____ Procedimento Realizado: _____ _____	Compareceu com acompanhante:  ( ) SIM ( ) NÃO

AUTORIZADO A USAR MESMA FOLHA: ( ) SIM ( ) NÃO, EM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL DO TFD \_\_\_\_\_

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe) \_\_\_\_\_ 2 - Categoria do Usuário  
 HIV/AIDS - Adulto  
 HIV/AIDS - Criança  
 Gestante HIV+

3 - Este formulário tem a validade de:  30 dias  60 dias  90 dias  120 dias  150 dias  180 dias 4 - CPF \_\_\_\_\_

5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml Realizado na:  Rede pública  Rede privada 6 - Nº do Prontuário \_\_\_\_\_  
 < 50  50 - 1000  > 1000 - Data do Exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - Mantém esquema ARV anterior:  Sim  Não

8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa: \_\_\_\_\_

9 - Contraindicação de dose fixa combinada 2 em 1 e 3 em 1 por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal?  Sim  Não  
 Contraindicação ao ATZ?  Nefropatia  Interação Medicamentosa  
 Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) \_\_\_\_\_ mL/min, na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10 - Início de Tratamento?  
 Não  Sim Se SIM, é um usuário coinfectado com tuberculose?  Não  Sim

11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)  
 Falha terapêutica  Coinfecção com tuberculose  Outro - especificar: \_\_\_\_\_  
 Falta de medicamento  Resistência ao Raltegravir  Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV: \_\_\_\_\_  
 Gestação  \_\_\_\_\_  
sigla(s) de(s) ARV

12 - ARV de Uso Restrito  
 Autorizado por câmara técnica  
 Autorizado pelo MS

13 - Situação Especial  
 Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo \_\_\_\_\_

14 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Esquema Inicial preferencial (1ª linha adulta)		<input type="checkbox"/> Tenofovir <sup>300mg</sup> (TDF) / Lamivudina <sup>300mg</sup> (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir <sup>50mg</sup> (DTG)			
ANTIRRETROVIRAL					
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNN)	DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNN)	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia		
		Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia		
		Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia		
		Didanosina - ddI	mL de sol. oral 20mg/mL/dia		
		Estavudina - d4T	mL de pó p/ sol. oral 4g/dia		
		Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia		
		Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia		
ITRNN	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg/dia	
	Inibidores de Protease (IP)	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia
		Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	caps. de 200mg/dia	
	Inibidores de Protease (IP)	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia
O DRV de 600mg, como resgate após primeira falha, só poderá ser prescrito a partir de Abril/2017					
Fosamprenavir - FPV					mL de susp. oral 50mg/mL/dia
Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 200mg + 50mg/dia	comp. de 100mg + 25mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia
Inibidores de Integrase	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia			mL de sol. oral 80mg/mL/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
Medicamentos de Uso Restrito	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia	
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-imp. de 30mg/mL/dia			
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia			
	Maraviroque - MVR	comp. de 150mg/dia			
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia			mL de sol. oral 100mg/mL/dia	

15 - Médico \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
(Culmbo e assinatura)

16 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)

1ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____	4ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____
2ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____	5ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____
3ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____	6ª dispensação Data ____/____/____ Assinatura do farmacêutico _____ Assinatura do usuário _____

FRENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA**

Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_\_

Classificação Operacional: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

FACE	1ª	2ª	3ª
<b>Nariz</b>	D / E	D / E	D / E
Queixa principal			
Ressecamento (S/N)			
Ferida (S/N)			
Perfuração de septo (S/N)			
<b>Olhos</b>	D / E	D / E	D / E
Queixa principal			
Fecha olhos s/ força (mm)			
Fecha olhos c/ força (mm)			
Turbulência (S/N) / Ectrópio (S/N)			
Reflexo sensib. córnea (S/N)			
Opacidade córnea (S/N)			
Catarata (S/N)			
Acuidade Visual			

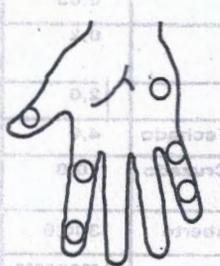
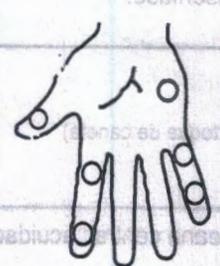
MEMBROS SUPERIORES	1ª	2ª	3ª
Queixa principal			
<b>Palpitação de nervos</b>	D / E	D / E	D / E
Ulnar			
Mediano			
Radial			

Legenda: N = Normal E = Espessado D = Dor C = Choque

Avaliação da Força	1ª	2ª	3ª
<b>Abrir dedo mínimo</b> Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)	D / E	D / E	D / E
<b>Elevar o polegar</b> Abdução do polegar (nervo mediano)	D / E	D / E	D / E
<b>Elevar o punho</b> Extensão de punho (nervo radial)	D / E	D / E	D / E

Legenda: F = Forte D = Diminuída P = Paralisação

**Inspensão e Avaliação Sensitiva**

1ª	2ª	3ª
D / E	D / E	D / E
		

Legenda: Filamento lilás (2g): Sente ✓ (assinado de azul) Não Sente X (assinado de vermelho)

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: /// Ferida: □

VRSU

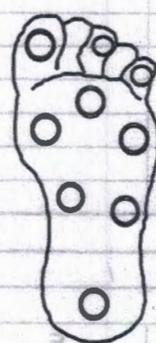
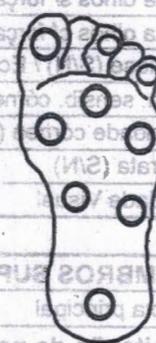
MEMBROS INFERIORES	1ª	2ª	3ª
Queixa Principal			
Palpitação de nervos	D E	D E	D E
Fibular			
Tibial posterior			

Legenda: N = Normal E = Espessado D = Dor C = Choque

Avaliação da Força	1ª	2ª	3ª
	D E	D E	D E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 			
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 			

Legenda: F = Forte D = Diminuída P = Paralisado

### INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª	2ª	3ª
D E	D E	D E
		
		

Legenda: Caneta / filamento lilás (2g): Sente  (Assinalado em azul) Não Sente X (Assinalado em vermelho) ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Aval. Diagnóstico / /								
Aval. metade tratº / /								
Aval. de Alta / /								

### LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS	NONOFILAMENTOS	
		COR	GRAMAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase, ou diminuição da sensibilidade.	Verde	0,05
I	Perda da sensibilidade nos olhos. Perda da sensibilidade nas mãos e / ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)	Azul	0,2
II	<b>Olhos:</b> lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade comeana central; acuidade visual menor que 0; 1 ou não conta dedos a 6m. <b>Mãos:</b> lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. <b>Pés:</b> lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.	Lilás	2,0
		Vermelho Fechado	4,0
		Vermelho Cruzado	10,0
		Vermelho Aberto	300,0
		Preto	sem resposta

Data Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Legenda: Filamento lilás (2g) Sente  Não Sente X (Assinalado em vermelho) ou Monofilamentos: seguir cores  
 Data Alta: \_\_\_\_\_  
 Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida:  Reação (S/N): \_\_\_\_\_



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERNO			
DA ESPECIALIDADE		PARA ESPECIALIDADE	
NOME DO USUÁRIO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
RESPONSÁVEL:			
END:			
SEXO: M ( ) F ( )	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CONTATO TELEFÔNICO
REFERÊNCIA			
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA ESPECIALIZADA			
MOTIVO:			
BARCARENA, _____			
Assinatura do Profissional			

Assinatura do Profissional			
BARCARENA, _____			
MOTIVO:			
ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA ESPECIALIZADA			
REFERENCIA			
SEXO: M ( ) F ( )	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CONTATO TELEFÔNICO
END:			
RESPONSÁVEL:			
Nº DO PRONTUÁRIO:		NOME DO USUÁRIO:	
DA ESPECIALIDADE		PARA ESPECIALIDADE	
GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERNO			





Prefeitura Municipal de Barcarena  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal

LAUDO DE ANESTESISTA

DATA	INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO

	1ª HORA			2ª HORA			3ª HORA			4ª HORA		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
260												
240												
220												
200												
180												
160												
140												
120												
100												
80												
60												
40												
20												

TIPO DE ANESTESIA	AGENTE	VOLUME

HORA	MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA E OUTRAS OBSERVAÇÕES

ANESTESISTA \_\_\_\_\_

PREFEITURA DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO /ASSISTENCIA ESPECIALIZADA  
EM DST/AIDS

# LAUDO MÉDICO

O Sr(a). \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,

RG: \_\_\_\_\_ é paciente deste SAE/Barcarena, desde o dia  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, com patologia CID: B24. Fazendo uso de ART:

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

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

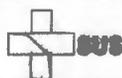
- CD4/CD8: \_\_\_\_\_ Células/ $\mu$ l
- CV: \_\_\_\_\_ Copias/ml

Laudo Fornecido a pedido e autorizado pelo paciente.

Ass.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CTA/SAE Barcarena  
Renato Schiavini de Castro

Barcarena, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



SISTEMA Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena  
Laudo Para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIAMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIAMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

06 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

09 - SEXO

Masc.  1

Fem.  3

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADO ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ-EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL - DIRETOR CLÍNICO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL

50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**PREFEITURA DE BARCARENA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARCARENA**  
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL - 35 - CID10 SECUNDÁRIO - 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia programada: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>1. ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO</b>		2.2. Carrinho de anestesia testado e em funcionamento? ( ) Sim ( ) Não	Anestesista : Nome e CRM _____ Cirurgião : Nome e CRM _____
1.1 Pulseira de identificação presente? ( ) Sim ( ) Não	2.3 Monitorização de sinais vitais instalada ? ( ) Sim ( ) Não	4.1. A contagem de compressas e gazes está correta? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.2 Origem do paciente: ( ) Unidade de internação ( ) Emergência ( ) Domicílio ( ) Outrs unidade	2.4 Via aérea difícil/ risco de broncoaspiração? ( ) Sim ( ) Não	4.2. A contagem de instrumentos e agulhas está correta? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.3 Tomou banho pré-operatório? ( ) Sim ( ) Não Produto usado: _____	2.5 Equipamentos para assistência disponíveis? ( ) Sim ( ) Não	4.3. Coleta material (anatomopatológico ou qualquer outro)? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.4 Uso de antibiótico nas últimas 24 h? ( ) Sim ( ) Não Qual (is) ? _____	2.6 Confirmada a reserva sanguínea? ( ) Sim ( ) Não	4.3.1. Está com pedido e identificado corretamente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.5 Sítio cirúrgico demarcado? ( ) Sim ( ) Não	2.7 Risco de perda sanguínea considerável (>500 ml ou 7 ml/kg)? ( ) Sim ( ) Não	4.4. Houve algum problema com materiais, equipamentos ou intrumental? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.6 Respondente informa qual procedimento cirúrgico será realizado? ( ) Sim ( ) Não	2.8 Os materiais e insumos necessários estão todos presentes? ( ) Sim ( ) Não	4.5. O paciente apresenta alguma lesão de pele relacionado ao posicionamento ou ato operatório?	
1.7 Respondente confirma o local do sitio cirúrgico? ( ) Sim ( ) Não Há Lateralidade: ( ) Direito ( ) Esquerdo	2.7. Verificada a validação dos indicadores e prazo de validade da esterilização dos instrumentais cirúrgicos? ( ) Sim ( ) Não	4.6. Todos usaram gorro, máscara, luvas e avental corretamente durante o procedimento? Sim ( ) Não ( )	
1.8 Alergia conhecida ou declarada? ( ) Sim ( ) Não Qual (is) _____	2.9. Placa de bisturi posicionada? Sim ( ) Local: _____ Não ( ) Não se aplica ( )	4.7 Alguma Recomendação específica para o pós-operatório imediato? Sim _____ Não _____	
1.9 Ficha de Avaliação Pré-anestésica presente ? Sim ( ) Não ( )	2.10 Paciente posicionado de modo a vitar lesões? ( ) Sim. Posição: _____ ( ) Não	Enfermagem : Nome e COREN: _____ Anestesista : Nome e CRM: _____	
1.10 Realizada remoção dos pêlos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Tricotomia ( ) Tonsura ( ) Não se aplica Local: ( ) CC ( ) Unidade Internação ( ) Domicílio	2.11 Glicemia menor que 200 mg/dl? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	<b>5. ANTES DA SAÍDA DO CENTRO CIRURGICO</b>	
1.11 Etiqueta de identificação do paciente no prontuário? ( ) Sim ( ) Não	<b>3. ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		5.1. Pulseira de indentificação presente? Sim ( ) Não ( )
1.12 Presença de dispositivos invasivos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Cateteres ( ) Sonda ( ) Dreno	3.1 Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função? ( ) Sim ( ) Não	5.2. Presença de dispositivo invasivos? Sim ( ) Não ( ) Sondas ( ) e Drenos ( ) Cateteres	
1.13 Temperatura Corporal : _____ °C	3.2. Confirmada a identificação do paciente, seu procedimento e sítio cirúrgico pelos membros da equipe? ( ) Sim ( ) Não	5.3 Ficha Transoperatório e anestésica no prontuário? Sim ( ) Não ( )	
<b>2. ANTES DO INÍCIO DA ANESTESIA E DA DISTRIBUIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	3.3. Antibiótico profilático administrado nos últimos 60 minutos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	5.4. Descrição Cirúrgica no prontuário assinada? Sim ( ) Não ( )	
2.1 Verificado nome e número de registro do paciente? Sim ( ) Não ( )	<b>4. ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA</b>		5.5. Alguma Recomendações específica para e pós-operatório? Sim ( ) Não ( )

MAPA DE ACOMPANHAMENTO SISTEMA BO/ \ FAMÍLIA – BFA

Município:

ITEM 104

CGAN/DAB/SAS/MS

TODOS							CRIANÇA			MULHER			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
NIS (Número de Identificação Social)	Nome	Data de nascimento	Data de acompanhamento (A)	Ocorrência identificada - Não acompanhamento	Peso em kg (B)	Estatura em cm (B)	Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional	Vacinação em dia? (B)	Ocorrência identificada - Não Vacinação	Informação Gestacional (C)	Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)	Ocorrência identificada - Não Pré-Natal	DUM (D)
Endereço:							EAS:			Profissional:			
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
Endereço:							EAS:			Profissional:			
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
Endereço:							EAS:			Profissional:			
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-



LEGENDA:

VERSO

Cód.	Descrição Doenças
1	Anemia Falciforme
2	Diabetes Mellitus
3	Doenças Cardiovasculares
4	Hipertensão Arterial Sistêmica
5	Osteoporose
10	Sem informação
98	Outras Doenças
99	Sem Doenças

Cód.	Descrição Deficiências
7	Diarréia
8	Anemia Ferropriva
9	DDI(Distúrbio por Deficiência de Iodo)
11	Infecções Intestinais Virais
12	IRA (Infecção Respiratória Aguda)
13	Hipovitaminose
14	Outras deficiências e/ou intercorrências
15	Sem deficiências e/ou intercorrências
16	Sem informação

Cód.	Descrição Tipo de Acompanhamento
1	ATENDIMENTO ATENÇÃO BÁSICA
2	CHAMADA NUTRICIONAL
3	SAÚDE NA ESCOLA

Cód.	Descrição Grupos de Atendimento
1	HIPERTENSOS











# MAPA INDIVIDUAL DE PAGAMENTO DO PACIENTE / ACOMPANHANTE

TFD N° \_\_\_\_\_

OFÍCIO N° *Memorando* \_\_\_\_\_

EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1 - IDENTIFICAÇÃO

	NOME
PACIENTE	
ACOMPANHANTE	

## 2 - PERÍODO

DATA	TOTAL DE ATENDIMENTOS
DE ____ / ____ A ____ / ____	

## 3 - CUSTOS

→ AUXÍLIO	PASSAGEM				AUXÍLIO DESLOCAMENTO		TOTAL
	FLUVIAL		URBANA		QDE	VALOR	
↓ DESTINATÁRIO	QDE	VALOR	QDE	VALOR			QDE
PACIENTE		R\$		R\$		R\$	R\$
ACOMPANHANTE		R\$		R\$		R\$	R\$
TOTAL		R\$		R\$		R\$	R\$

### OBS.: HISTÓRICO DE PAGAMENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ASS. FUNCIONÁRIO (TFD): \_\_\_\_\_

ASS. DO PACIENTE/ ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

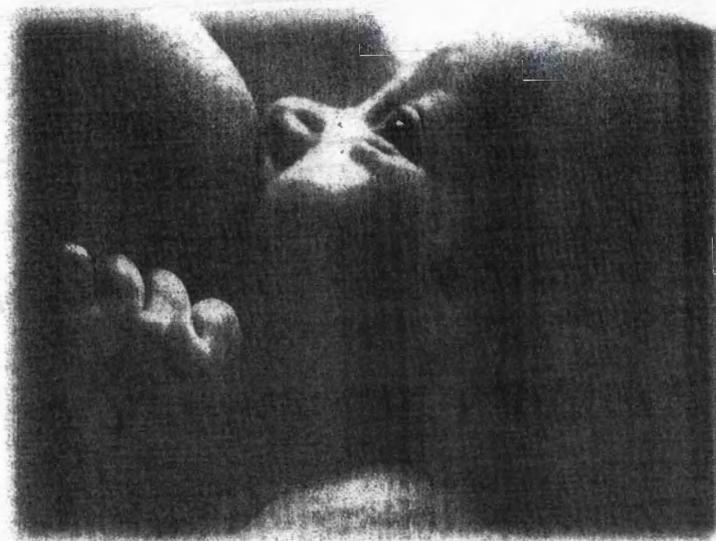


## Cuidados em Casa:

- Evitar contato do bebê com pessoas gripadas
- Evitar circular com o bebê em locais aglomerados (até os 4 meses)
- Lavar as mãos antes de pegar o bebê, principalmente depois de usar o celular
- Manter celular longe do bebê e das roupas da criança
- Impedir que fumem dentro de casa
- Manter a casa limpa
- Cuidado com "insetos" no coto umbilical
- Dar banho de sol diário no bebê, antes das 8:00 da manhã e depois das 16:00, por apenas 15min. Escolher local onde não haja corrente de ar para evitar que o bebê fique resfriado.
- Cadastrar o bebê no programa de controle de crescimento e desenvolvimento infantil no hospital, Centro de saúde ou estratégia de saúde da família mais próximo de sua residência.
- **Não oferecer ÁGUA, SUCO OU CHÁ. O uso de leite NAN, somente quando prescrito pela pediatra. O aleitamento materno deve ser exclusivo.**

# Orientações de Alta Hospitalar

## Serviço de Neonatologia



RN DE \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesáreo Sexo: ( ) M ( ) F

Peso: \_\_\_\_\_ kg PC: \_\_\_\_\_ cm PT: \_\_\_\_\_ cm

Estatura: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_\_\_

Tipagem Sanguínea: \_\_\_\_\_ VDRL: \_\_\_\_\_

Má formação: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Teste do Olhinho: \_\_\_\_\_

Teste do Coraçãozinho: MSD: \_\_\_\_\_ MID: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES: Voltar imediatamente ao Hospital se o bebê:**

- Esta com falta de ar
- Tem Vômitos ou Diarreias frequentes
- Pele amarelada (ictérica)
- Não quer se alimentar/recusa o seio materno
- Muita Sonolência
- Febre

**Onde ir?****Até 30 dias: Serviço de Emergência do HMARAN****Após 30 dias: na UBS do seu bairro****Cuidados com o Bebê:**

- **ALIMENTAÇÃO:** Leite materno exclusivo  
Não dar ÁGUA, SUCO OU CHÁ.
- **CÓLICAS:** fazer massagens circulares na barriga do bebê ou movimentos de esticar e dobrar os joelhos sobre a barriga.  
Dar Simeticona por via oral, \_\_\_\_\_ gotas cada 8/8h
- **NARIZ ENTUPIDO:** colocar solução fisiológica 0,9%, 0,5ml em cada narina ou 2 puffs em cada narina varias vezes ao dia.
- **CURATIVO DO COTO UMBILICAL:** fazer limpeza com algodão e álcool 70%, passando em toda a base e no clampe, 3 vezes ao dia.  
(Presença de pus ou cheiro ruim ao redor do umbigo pode ser infecção. Levar **IMEDIATAMENTE** ao médico.

**RECOMENDAÇÕES:****CREME PARA ASSADURAS:** \_\_\_\_\_

Passar apenas nas dobrinhas das pernas e dos braços.

Não passar nos genitais.

**SABONETE:** \_\_\_\_\_

**FAZER O TESTE DO PEZINHO NA UBS DO SEU BAIRRO A PARTIR DO 3º DIA DE VIDA ATÉ O 30º DIA. DÊ PREFERENCIA PARA O 3º-7º DIAS.**

30 Blocos AVOAL

Item 114



**BARCARENA**  
PREFEITURA

**SEMUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**T.F.D. – Tratamento Fora de Domicílio**

**ORIENTAÇÕES CONDENSADAS SOBRE O PROGRAMA DE TFD/BARCARENA**

PTFD: \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

Processo Autorizado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

**I - PAGAMENTO:**

- O sistema de pagamento de TFD em Barcarena é feito através de ressarcimento, mediante prestação de contas (apresentação de registros em folha de evolução e comprovantes de passagens fluviais no prazo estipulado, ou seja, 10 (dez) dias após atendimento registrado em folha;
- TFD não é um benefício mensal, o pagamento será realizado em conformidade com os atendimentos realizados, dentre as especialidades não ofertadas pelo município de Barcarena;
- Em caso de não realização de procedimento por responsabilidade do hospital/médico desde que registrado pelo serviço social da unidade de saúde.
- TFD/Barcarena garante o ressarcimento de **Auxílio Deslocamento e Passagens Rodo-Fluviais, Terrestres e Aéreas** (caso o tratamento seja **Fora do Estado**);
- O ressarcimento é feito através do **Banco Banpará, Agência 022, na Vila dos Cabanos – Barcarena** (conta criada no Setor), até a confecção do cartão para recebimento de diárias de TFD.
- **ATENÇÃO: Usuário que possui passe livre não terá direito ao repasse do valor pecuniário de passagens, salvo excepcionalidades (término de cota da gratuidade, com a devida comprovação).**  
Será feito o ressarcimento do valor de menor custo, independente do valor pago ser maior ou menor ao restituído pelo Programa:  
Diária total por atendimento: R\$ \_\_\_\_\_ (somente com apresentação dos comprovantes rodo fluviais)

**II - VETOS NO PAGAMENTO:**

- **Atendimentos da Rede Privada, pagamento de Táxi (Res. Nº 17/GAB/SEMUSB 21/05/2012);**
- Quando ultrapassar prazo para entrega (**10 dias SEGUIDOS, após o último atendimento**);
- **Não registro na folha de evolução, assinatura ou carimbo do profissional de nível superior;**
- Registros de **especialidades que não foram autorizadas no Processo de TFD/Barcarena** (sendo necessária a apresentação de laudo médico para avaliação e deferimento da autorização de procedimento como tratamento fora de domicílio);
- **Registros rasurados / adulterados;**
- Quando não houver atendimento do paciente (**receber resultados exames**);
- Nos atendimentos de marcação e/ou autorizações de exames e consultas, dispensa de medicamentos, órtese e prótese será feito ressarcimento somente para um beneficiário;
- **Não apresentação de comprovantes do deslocamento (passagem rodo fluvial, comp. Combustível, balsa);**
- **Passagens com datas rasuradas/adulteradas, ou com datas que não correspondem com as datas de registros em folha de evolução. As Passagens que não apresentarem sequência numérica em par;**
- **Durante período de hospitalização do paciente, já acompanhante, será avaliada situação, mediante documentação comprobatória.**

**III - RESPONSABILIDADE DO ACOMPANHANTE:**

- **Firmada no Termo de Responsabilidade** (acompanhar o paciente);
- **Prestar contas no prazo estipulado** (folha de evolução, comprovantes de passagens e informações sobre o paciente);

**IV - Observação:**

- Em caso de **óbito do paciente, quando em Tratamento Fora do Domicílio, a Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena se responsabilizará pelas despesas funerárias decorrentes de traslado do corpo do paciente e/ou acompanhante falecido** ao local de residência. (Ligar para o plantão de Liberação de Funeral 98886-0024);
- Em caso de óbito, deverá ser apresentada documentação para encerrar o processo (declaração ou certidão de óbito);
- Ausência de informações da evolução do tratamento por mais de seis meses, poderá acarretar na suspensão do processo;
- Conforme Res. CIB 91/10, Art. 1º- Definir que o valor máximo para diária, caracterizado com paciente em tratamento contínuo por período intervefar de 30 (trinta) dias, equivale ao valor decorrente do cálculo resultante de 21 (vinte e uma) diárias;
- O atendimento ao público é realizado de segunda à quinta-feira (07h30min às 14h).
- Sexta-feira atendimento interno, canal de comunicação TFD GERAL 99614-3985.

Barcarena, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do paciente

Técnico TFD/SEMUS

Assinatura do acompanhante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**PARTOGRAMA**

NOME																AM	I II III IV	
	DILATAÇÃO (CM)	10																-4
		9																-3
		8																-2
		7																-1
		6																0
		5																+1
		4																+2
		3																+3
		2																+4
		1																+4
																	vulva	
DIA DE INÍCIO																		
HORA E REGISTRO																		
F.C.F (BAT/MIN)	180																	
	160																	
	140																	
	120																	
	100																	
	80																	
CONTRAÇÃO	1-19	X																
	SEG																	
	20-39																	
	SEG																	
BOLSA																		
LA																		
OCITOCINA NO																		
MEDICAMENTO FLUIDOS ANESTESIA																		
EXAMINADOR																		

OBSERVAÇÕES

**PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CLÍNICA CIRÚRGICA**

NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_

REG: \_\_\_\_\_  
ID: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>1 - CONHECIMENTO DEFICIENTE RELACIONADO A:</b> <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO INSUFICIENTE; <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE RECURSOS CIRÚRGICOS.	<input type="checkbox"/> CONHECIMENTO DEFICIENTE <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO DE INSTRUÇÃO INADEQUADO.	<input type="checkbox"/> REALIZAR E ORIENTAR PRÉ- OPERATÓRIO; <input type="checkbox"/> ORIENTAR QUANTO AO JEJUM; <input type="checkbox"/> RETIRAR ADORNOS, PRÓTESES, ORTESES E ESMALTES; <input type="checkbox"/> REALIZAR TRICOTOMIA E ENCAMINHAR AO BANHO <input type="checkbox"/> ORIENTAR A VESTIMENTA DA BOTA CIRÚRGICA PROPÉS E GORROS;	 M M M M
<b>2 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A:</b> <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO NA INTEGRIDADE DA PELE; <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO INSUFICIENTE PARA EVITAR POSIÇÃO A PATÓGENIOS; <input type="checkbox"/> ESTASE DE LÍQUIDOS ORGÂNICOS; <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS; <input type="checkbox"/> DOENÇA CRÔNICA;		<input type="checkbox"/> LAVAR AS MÃOS ANTES DOS PROCEDIMENTOS; <input type="checkbox"/> VERIFICAR E ANOTAR SINAIS VITAIS ____/____; <input type="checkbox"/> DATAR PUMÇÕES PERIFÉRICAS E TROCAR A CADA 72 HORAS OU EM CASO DE FLEBITE; <b>AT. SE</b> <input type="checkbox"/> OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO ÔRSTIO DO CATETER /DRENOS /FO; <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAIS DE HIPEREMIA, EXUDATOS DEISÊNCIA DE SUTURA E RUBOR DO LOCAL; <input type="checkbox"/> MONITORAR O ASPECTOR E QUALIDADES DAS DRENAGUENS E TROCAR OS FRASCOS COLETORES.	 MTN MTN MTN
<b>3 -DOR AGUDA RELACIONADA A:</b> <input type="checkbox"/> AGENTE BIOLÓGICO LESIVO <input type="checkbox"/> AGENTE FÍSICO LESIVO; <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> COMPORTAMENTO PROTETOR; <input type="checkbox"/> EXPRESSÃO FACIAL DE DOR; <input type="checkbox"/> POSIÇÃO PARA ALIVIAR A DOR; <input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE RELATA COMPORTAMENTO DE DOR /ALTERAÇÕES NAS ATIVIDADES.	<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL, INTENCIDADE E DURAÇÃO DA DOR; <input type="checkbox"/> ADMINSTRAR MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS CONFORME A PRESCRIÇÃO;	 MTN MTN
<b>4 -INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA RELACIONADA A:</b> <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE PROTEÇÃO DA TEGRIDADE TISSULAR; <input type="checkbox"/> UNIDADE; <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO INADEQUADA; <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRURGICO.	<input type="checkbox"/> DANO TECIDUAL; <input type="checkbox"/> ÁREA LOCALIZADA QUENTE AO TOQUE; <input type="checkbox"/> DOR, AGUDA; <input type="checkbox"/> HEMATONA; <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO; <input type="checkbox"/> VERMELHIDÃO.	<input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO NA REGIÃO; <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A EVOLUÇÃO DA LESÃO E AT. SE SINAIS DE INFECCÃO.	
<b>5 -PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADO A:</b> <input type="checkbox"/> HIPERVENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR; <input type="checkbox"/> ANSIEDADE; <input type="checkbox"/> POSIÇÃO DO CORPO QUE INIBEA EXPANSÃO PULMONAR	BATIMENTO DA ASA DO NARIZ: <input type="checkbox"/> OP. ATIPNÉIA; <input type="checkbox"/> DISPINÉIA <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> USO DE MUSCULATURA PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/> INSTALAR OXIGÊNIO/ MACRONEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA; <input type="checkbox"/> OSERVAR FREQUÊNCIA E REGULARIDADE DA RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MONITORAR COM AUXILIO DO OXIMETRO DE PULSO, AVALIAR E REGISTRAR SATURAÇÃO DE O2 <input type="checkbox"/> OBSERVAR E RESGISTRAR CONDIÇÕES DE PERMEABILIDADE DE VIAS AÉREAS	 S/N AT. SE AT. SE AT. SE AT. SE
<b>6- MOBILIDADE FÍSICAS PREJUDICADA RELACIONADA A:</b> <input type="checkbox"/> CONTROLE MUSCULAR DIMINUÍDO; <input type="checkbox"/> FORÇA DIMINUÍDA; <input type="checkbox"/> BRESISTÊNCIA DIMINUÍDA: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE MARCHA; <input type="checkbox"/> DESCONFORTO: <input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR- SE; <input type="checkbox"/> DISPNEIA AO ESFORÇO; <input type="checkbox"/> INSTABILIDADE PUSTURAL; <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS LENTOS; <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO;	<input type="checkbox"/> ORIENTAR QUANTO A IMPORTÂNCIA DA MOVIMENTAÇÃO/ DEAMBULAÇÃO; <input type="checkbox"/> ORIENTAR PACIENTE E FAMILIAR QUANTO AOS RISCOS DE QUEDA; <input type="checkbox"/> IDENTIFICARRISCOS DE QUEDA; <input type="checkbox"/> SUPERVISIONAR E AJUDAR NOS CUIDADIOS HIGIÊNICOS <input type="checkbox"/> MANTER GRADES ELEVADAS E RODAS TRAVADAS; <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO	 AT. SE AT. SE AT. SE AT. SE S/N







**Prefeitura Municipal de Barcarena**  
ESTADO DO PARÁ  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

*no bloco 1 a 2 blocos  
por 2 blocos  
1/2/2013  
1/2/2013*

**PROCESSO**

NÚMERO	DATA DE MONTAGEM
--------	------------------

**USUÁRIO:**

**ORIGEM:**

**ESPECIALIADE:**

**UNIDADE DE ATENDIMENTO:**



**PRONTUÁRIO DO CLIENTE (CONTINUAÇÃO)****CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM IST/HIV/AIDS e HEPATITES VIRAIS**

DATA	Diagnóstico, Prescrição, tratamento e Evolução.
	Usuário recebeu orientação e encaminhamento para realizar teste de HIV, SIFILIS Hbsag e
	<i>Anti-HCV.</i>
	<i>Usuário recebeu resultado de HIV (     ), SIFILIS(     )HBsAg (     ) e Anti-HCV (     )</i>
	<i>Oriento a retornar em 30 dias para coleta do 2º HIV e quanto ao uso do preservativo.</i>











Atenção Básica

Saúde da Família

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO ACS: \_\_\_\_\_

MICROÁREA: \_\_\_\_\_

Nº DE CADASTRO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE(S): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PRONTUÁRIO FAMILIAR**

Nº	NOME COMPLETO	IDADE	SEXO	AGRAVO (DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada em  
IST/ HIV/ AIDS e HEPATITES VIRAIS

1. NOME: \_\_\_\_\_ 2. IDADE: \_\_\_\_\_  
3. PAI: \_\_\_\_\_  
4. MÃE: \_\_\_\_\_  
5. DATA DE NASC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6. SEXO: \_\_\_\_\_ 7. PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
8. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
9. NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ 10. EST. CIVIL: \_\_\_\_\_ 11. R.G.: \_\_\_\_\_  
12. CPF: \_\_\_\_\_ 13. CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
14. ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ 15. RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ 16. TEL.: ( ) \_\_\_\_\_

17. Gestação: Quântos meses? \_\_\_\_\_

OBS. Paciente matriculado no P. Natal do HMB

( ) SIM ( ) NÃO

G \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Encaminhada por: \_\_\_\_\_

18. Início da Atividade Sexual \_\_\_\_\_ Com preservativo: ( ) SIM ( ) NÃO

19. Quântos parceiros sexuais \_\_\_\_\_ 20. Quântos filhos: \_\_\_\_\_ 21. Id. Dos filhos: \_\_\_\_\_

22. Há quanto tempo vive com o atual parceiro: \_\_\_\_\_ 23. Método Contraceptivo: \_\_\_\_\_

24. Tem tatuagem? ( ) SIM ( ) NÃO 25. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

25. Resultado dos testes: 1º Teste \_\_\_\_\_

2º Teste \_\_\_\_\_

OBS: PACIENTE RECEBEU ACONSELHAMENTO E AUTORIZOU O TESTE ANTI- HIV ( ) SIM ( ) NÃO

Foram dispensados: \_\_\_\_\_ preservativos masculinos \_\_\_\_\_ preservativos femininos \_\_\_\_\_ géis.

DATA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Ass. Do Paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_

Outras Observações:

---

---

---

---

---

---

Item 132

**PREFEITURA**  
de BARCARENA

## Prefeitura Municipal de Barcarena

Secretaria Municipal de Saúde

### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo:	_____	
CRM Nº:	_____	
End. Completo:	_____	
Telefone:	Cidade:	UF:

1ª via  
Retenção  
na Farmácia  
ou Drogeria

2ª via  
Orientação  
ao Paciente

Paciente:  
Endereço:  
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	_____
Ident.:	Org. Emissor _____
End.:	_____
Cidade:	UF: _____
Telefone:	_____

Assinatura e Carimbo do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	_____
Data	____/____/____

Rua: João Pantoja de Castro, S/N - CNPJ: 05.058.458/0001-15 - Fone: (0\*\*91) 3753-1826/37531097  
CEP: 68.445-000 - Barcarena - Pará

ITEM 133

**PREFEITURA**  
 **de BARCARENA**

**Prefeitura Municipal de Barcarena**

Secretaria Municipal de Saúde

**RECEITUÁRIO**

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Assinatura - CRM**

Rua: João Pantoja de Castro, S/N - CNPJ: 05.058.458/0001-15 - Fone: (0\*\*91) 3753-1826/3753-1097

CEP: 68.445-000 - Barcarena - Pará





### REQUERIMENTO DE CADASTRO

#### 1 – DADOS DO RESPONSÁVEL (Inserir dados do Responsável Legal)

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_, CONTATO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

#### 2 – DADOS DO ESTABELECIMENTO (Inserir dados da empresa ou do proprietário)

CNPJ/ CPF N°: \_\_\_\_\_  
RAZÃO SOCIAL/NOME: \_\_\_\_\_  
FANTASIA: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, QUADRA: \_\_\_\_\_, LOTE: \_\_\_\_\_  
PERÍMETRO (Entre as ruas): \_\_\_\_\_  
E \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_  
CONTATO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_

#### 3 – DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (Caso o estabelecimento necessite de RT)

NOME: \_\_\_\_\_  
TÍTULO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ CR(\_\_\_\_) N° \_\_\_\_\_  
CONTATO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_

#### 4 – SERVIÇO REQUERIDO (Informe o motivo do requerimento)

- Cadastro/Licença de funcionamento Inicial
- Renovação de Licença de funcionamento
- Cadastro de Responsável Técnico
- Cancelamento de Responsabilidade Técnica
- Cancelamento de Licença de funcionamento (Desativação)
- Alteração de Dados Cadastrais
- Atestado de inutilização (Taxa)
- Autorização para comércio de:

- Autorização para aplicação de injetáveis
- Cadastro profissional técnico e outros
- Declaração de implantação da CCIH
- Exame Bromatológico (Alimentos)
- Desinterdição de estabelecimento
- Aprovação de Projeto Arquitetônico
- Retificação de Projeto Arquitetônico
- Laudo técnico
- Conf. De mapas e balanços
- Outros:

- Requisição de sequência numérica para:

#### 5 – DATA E ASSINATURA

BARCARENA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

## 6 – DOCUMENTOS APRESENTADOS

### 6.1 – DOCUMENTOS BÁSICOS

- Cópia da Análise laboratorial de qualidade da água;
- Cópia do Boleto da Taxa de vistoria sanitária, com comprovação de pagamento;
- Cópia do Boleto do DAM, com comprovação de pagamento dos três últimos meses; (Caso seja Empresa MEI)
- Cópia do Certificado da Condição de Microempreendedor Individual; (Caso seja Empresa MEI)
- Cópia do Certificado de Controle de Pragas Urbanas e Vetores;
- Cópia do Certificado de Limpeza do reservatório de água;
- Cópia do CNPJ; (Caso seja Pessoa Jurídica)
- Cópia do Comprovante de endereço;
- Cópia do Contrato Social, Estatuto, Ata de Constituição ou equivalente; (Caso seja Pessoa Jurídica)
- Cópia do Laudo de Vistoria dos Bombeiros;
- Cópia do RG, CPF e/ou CNH do Responsável Legal;
- Cópias das Carteiras de Manipulador de Alimentos válidas;
- Cópias das Carteiras de Saúde ou Atestados de Saúde Ocupacionais (A. S. O.) válidos;
- Matrícula, protocolo e/ou negativa de viabilidade da concessionária de serviço público de água e esgoto;
- Requerimento dirigido ao órgão de Vigilância sanitária, assinado pelo Responsável Legal ou Técnico;

### 6.2 – DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

- Computador com acesso à internet, com programa do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), caso queira comercializar produtos sob controle especial da Portaria nº 344/98.
- Cópia da Carteira de Habilitação do motorista.
- Cópia da Carteira do Conselho de Classe de todos os profissionais com responsabilidade técnica;
- Cópia da Certidão de Regularidade da empresa, perante seu Conselho de Classe, referente ao ano em curso;
- Cópia da Certidão de Regularidade ou Anuidade quitada de todos os profissionais com responsabilidade técnica perante seu Conselho de Classe, referente ao ano em curso;
- Cópia da Declaração de Responsabilidade Técnica do laboratório ótico responsável pela confecção dos óculos/ou lentes, no caso de empresa que não possui laboratório próprio;
- Cópia do Certificado de curso profissionalizante.
- Cópia do contrato de recolhimento do lixo séptico, ou declaração que não produz;
- Cópia do Contrato de Trabalho do ótico responsável, reconhecido em cartório;
- Cópia do Contrato de Trabalho do Responsável Técnico;
- Cópia do Diploma do Responsável Técnico;
- Cópia do diploma e da carteira de conselho de classe do ótico responsável.
- Cópia do Diploma ou Certificado de Curso Técnico para o profissional de realiza aplicação de injetáveis, caso haja.
- Cópia do documento do veículo.
- Cópia do Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação dos produtos ou medicamentos;
- Cópia do Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição;
- Cópia do Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos, se possuem restaurante;
- Cópia do Manual de Procedimentos Operacionais Padrões (POP);
- Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS);
- Cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, conforme a RDC 306/04 ANVISA e a RDC 358/05 CONAMA;
- Cópia do Projeto Arquitetônico e Hidrossanitário (LAYOUT), aprovado pela SEMUSB;
- Declaração de que não é Lavanderia Hospitalar.
- No caso de ter aparelho de Raios-X (trazer cópia do certificado de fuga de radiação);
- Termo de Responsabilidade para solicitação de transporte de alimentos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 05.058.458/0001-15

### Requerimento do Servidor

Nome do Funcionário \_\_\_\_\_ Matricula \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Disciplina (Professor) \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Lotação \_\_\_\_\_

Requer:  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentos anexos e esclarecimentos necessários  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ Encaminhe-se  
Em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente Assinatura do Chefe Imediato



## REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF  CNES da Unidade de Saúde  N° Protocolo   
 Unidade de Saúde  (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)  
 Município  Prontuário

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*   
 Nome Completo da Mulher\*   
 Nome Completo da Mãe\*   
 CPF  Apellido da Mulher   
 Nacionalidade   
 Data de Nascimento\*  /  /  Idade  Raca/cor   
 Branca  Preta  Parda  Amarelo  Indígena/ Etia   
 Dados Residenciais  
 Logradouro   
 Número  Complemento   
 Código do Município  Município  Bairro  UF   
 CEP  DDD  Telefone   
 Ponto de Referência   
 Escolaridade:  Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

## 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. Uso 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

Data da coleta\*  /  /  Coletor\*

\* Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

VERSU

**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório\*

Número do Exame\*

Nome do Laboratório\*

Recebido em:\*

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLÓ DO ÚTERO**

**AValiação PRÉ-ANALÍTICA**

**AMOSTRA REJEITADA POR:**

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

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:\***

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

**Adequabilidade do material\***

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
  - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
  - Sangue em mais de 75% do esfregaço
  - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
  - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
  - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
  - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
  - Outros, especificar: \_\_\_\_\_

**diagnóstico descritivo**

**DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?**

- Sim       Não

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**microbiologia**

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

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

- Escamosas:
  - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
  - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
  - Possivelmente não neoplásicas
  - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
  - Possivelmente não neoplásicas
  - Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

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

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
  - Cervical
  - Endometrial
  - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

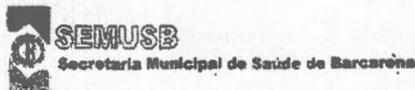
Screening pelo citotécnico:

Data da liberação \*

Responsável pelo resultado\*

CNPJ (CPF)

FRENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
SEMUSB  
SETOR DE REGULAÇÃO  
CENTRAL DE CONSULTAS



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo da Útero e de Mama

UF  Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código do Município  Município  Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS  Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) Paciente

Apelido do(a) Paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade  Orgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  Idade  Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  ODD  Telefone

Ponto de Referência

Educationalidade  Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

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

2 - Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?  
 Sim  
 Não  
 Não sabe

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

4 - Fez mamografia alguma vez?  
 Sim Quando fez a última mamografia?   
 Não  
 Não sabe

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e o nome da mãe do paciente preenchidos.

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

**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  
 microcalcificação  
 assimetria focal  
 assimetria difusa  
 área densa  
 distorção focal

Mama Esquerda

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama Direita

nódulo  
 microcalcificação  
 assimetria focal  
 assimetria difusa  
 área densa  
 distorção focal

Mama Esquerda

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)

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 - União retroareolar  
RC - Região central (união de todos os quadrantes)  
PA - Prolongamento axilar  
NR - Não realizado





# Prefeitura Municipal de Barcarena

## Secretaria Municipal de Saúde

### REQUISIÇÃO E RESULTADO DE EXAME

N.º do Registro	N.º do Leito
-----------------	--------------

<b>Nome do Paciente:</b>		<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino
<b>Endereço:</b>		<b>N.º</b>	
<b>Dados Clínicos:</b>			
<b>Exames Solicitados:</b>			
<b>Data:</b> / /	<b>Profissional Requisitante:</b>		
<b>Material:</b>	<b>Data da Coleta</b> / /	<b>Resp. p/ Coleta</b>	

#### HEMOGRAMA

Ht:	%	VCM:	(80-98 fl)	VHS:	1ª hora:	mm
Hb	g/dl	HCM:	(27-32 pg)		1ª hora:	mm
Hc:	x10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	CHCM:	(32-35 g/dl)			
Leuc:	x10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>					
Eos:	% (1-4)	(60-320)	} Valores Absolutos	TC:	mim	seg (2-8)
Bast:	% (2-4)	(120-320)		TS:	mim	seg (1-4)
Seg:	% (55-65)	(3.300 - 5.200)		Prova do laço		
Linf:	% (20-30)	(1.200 - 2.400)		Sistema ABO		
Mono:	% (4-8)	(240 - 640)		Sistema Rh:		
Bas:						
Plaquetas	x10 <sup>9</sup> / mm <sup>3</sup>					

#### IMUNOLOGIA & BIOQUÍMICA

VDRL:	( ) Soro não reagente	ASLO:	U.1/ml (Valor de referência menor que 200 U.1/ml)
	( ) Soro reagente até diluição	PCR:	( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO
		F. Reumatóide	( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO
		Á. Úrico:	
Glicose:	mg/dl	TGO:	B. Direta:
Colesterol:	mg/dl	TGP:	B. Total:
Triglicérides:	mg/dl	Ureia:	B. Indireta:
		Creatinina:	

URINA-EAS

Cor: \_\_\_\_\_ Bactérias: \_\_\_\_\_

Odor: \_\_\_\_\_ Células Epit. de Desc.: \_\_\_\_\_

Aspecto: \_\_\_\_\_ Células Leveduriformes: \_\_\_\_\_

pH: \_\_\_\_\_ Plócitos a P/C

Nitrito: \_\_\_\_\_ Hemácias a P/C

Glicose: \_\_\_\_\_ Trichomonas sp: \_\_\_\_\_

Proteína: \_\_\_\_\_ Cristais de: \_\_\_\_\_

Urobilnogênio: \_\_\_\_\_ Cilindros: \_\_\_\_\_

C. Cetônicos: \_\_\_\_\_ Fosf. Amorfos: \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_ Uretos Amorfos: \_\_\_\_\_

Sangue: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

BACTERIOSCOPIA: MÉTODO DE GRAM

- ( ) Células do Epitélio Descamativo Vaginal
- ( ) Leucócitos Polimorfonucleares
- ( ) Bacilos Gram Positivos, morfologicamente semelhantes ao Bacilo Doderlein
- ( ) Bacilos Gram Negativos
- ( ) Bacilos Gram Positivos
- ( ) Cocos Gram Positivos
- ( ) Coco Bacilos, Gram Variáveis com flora sugestiva de Gardnerella Vaginalis
- ( ) Diplococos Gram Negativos
- ( ) Organismos fúngicos morfologicamente compatíveis com "Candida" spp

PESQUISA DE CÉLULAS LEVEDURIFORMES: pela solução salina Raros ( ) Frequentes ( ) Abundantes ( ) Ausência

PESQUISA DE TRICHOMONAS: pela solução salina ( ) Raros ( ) Frequentes ( ) Abundantes ( ) Ausência

PARASITOLÓGICO DAS FEZES

Método:

- |                  |                           |                              |
|------------------|---------------------------|------------------------------|
| ( ) Direto-Soro  | ( ) Entamoeba histolytica | ( ) Ascaris lumbricóides     |
| (x) Direto-Iugol | ( ) Entamoeba-coli        | ( ) Ancilostomídeo           |
| ( ) Hoffman      | ( ) Iodamoeba butschii    | ( ) Strogiloides stercoralis |
|                  | ( ) Endolimax nana        | ( ) Trichuris trichiura      |
|                  | ( ) Chilomastix mesnili   | ( ) Enterobius vermiculares  |
|                  | ( ) Giárdia lamblia       | ( ) Schistosoma mansoni      |
|                  | ( ) Trichomonas hominis   | ( ) Hymenolepis nana         |
|                  | ( ) Balantidium coli      | ( ) Hymenolepis diminuta     |
|                  | ( ) Blastocytis hominis   | ( ) Taenia                   |

- ( ) Ausência de ovos ou larvas de helmintos e cistos ou trofozoitos de protozoários.
- ( ) Ausência de cistos ou trofozóides de protozoários
- ( ) Ausência de ovos ou larvas de helmintos.

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

Nº do Exame

Assinatura do Responsável

Data

ITEM 142

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSB



BARCARENA  
PREFEITURA  
*Trabalho que une e move para*

**Requisição de Exames**

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

Barcarena, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Solicitante**



**BARCARENA**  
PREFEITURA

ITEM 143

**SEMUSB**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**~~CTA/SAE~~**

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma Completo         | <input type="checkbox"/> V.D.R.L.                           |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total           | <input type="checkbox"/> Ácido Úrico                        |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total e frações | <input type="checkbox"/> ASO                                |
| <input type="checkbox"/> Triglicerídeos             | <input type="checkbox"/> Proteína C. Reativa                |
| <input type="checkbox"/> Lipídeos Totais            | <input type="checkbox"/> Latéx                              |
| <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum          | <input type="checkbox"/> Mucoproteína                       |
| <input type="checkbox"/> Ureia                      | <input type="checkbox"/> TSH                                |
| <input type="checkbox"/> Creatinina                 | <input type="checkbox"/> T3 Livre                           |
| <input type="checkbox"/> Sódio                      | <input type="checkbox"/> T4 Livre                           |
| <input type="checkbox"/> Potássio                   | <input type="checkbox"/> EAS                                |
| <input type="checkbox"/> TGO                        | <input type="checkbox"/> Bacterioscopia da Urina            |
| <input type="checkbox"/> TGP                        | <input type="checkbox"/> Urocultura Antibiograma            |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina – BD, BI, BT   | <input type="checkbox"/> EPF - Direito                      |
| <input type="checkbox"/> Fosfarase Alcalina         | <input type="checkbox"/> Mif                                |
| <input type="checkbox"/> F.S.H.                     | <input type="checkbox"/> Coprocultura                       |
| <input type="checkbox"/> LH                         | <input type="checkbox"/> Bacterioscopia das fezes           |
| <input type="checkbox"/> Estradiol                  | <input type="checkbox"/> Bacterioscopia da Secreção Uretral |
| <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea          | <input type="checkbox"/> Bacterioscopia da Secreção Vaginal |
| <input type="checkbox"/> Beta HCG                   | <input type="checkbox"/> Pesquisa Trichomonas Vaginal       |
| <input type="checkbox"/> V.H.S.                     | <input type="checkbox"/> Pesquisa de fungos                 |

Barcarena, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

02 ITEM 149



**BARCARENA**  
PREFEITURA  
SEMUSB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**REQUISICÃO DE EXAMES**

**NOME:** \_\_\_\_\_

- SOROLOGIA PARA DOENÇA DE CHAGAS
- SOROLOGIA PARA LEISHMANIOSE VISCERAL
- SOROLOGIA PARA CHIKUNGUNYA
- SOROLOGIA PARA DENGUE
- SOROLOGIA PARA ZIKA VÍRUS
- SOROLOGIA PARA SARAMPO/RUBÉOLA
- SOROLOGIA PARA HEPATITE A
- SOROLOGIA PARA CITOMEGALOVÍRUS
- SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE
- SOROLOGIA PARA MONONUCLEOSE
- SOROLOGIA PARA FEBRE AMARELA
- SOROLOGIA PARA FEBRE TIFÓIDE
- SOROLOGIA PARA LEPTOSPIROSE
- SWAB PARA RT-PCR DE COVID-19
- OUTROS: \_\_\_\_\_

BARCARENA, \_\_\_/\_\_\_/2021

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Item 145



SEMUSB



CTA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE TESTAGEM E  
ACONSELHAMENTO EM DST-HIV E  
HEPATITES VIRAIS

### RESULTADO DO EXAME

Cliente:

Pront: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Solicitante: \_\_\_\_\_

EXAME: **HIV** - Teste Rápido

RESULTADO:

Valor de referência: Não Reagente

Método: Imunocromatografia

EXAME: **SÍFILIS** - Teste Rápido

RESULTADO:

Valor de referência: Não Reagente\*

Método: Imunocromatografia

EXAME: **VDRL**

RESULTADO:

Valor de referência: Não Reagente

Método: Flocação

EXAME: **HBsAg** - Teste Rápido

RESULTADO:

Valor de referência: Não Reagente

Método: Imunocromatografia

EXAME: **Anti-HCV** - Teste Rápido

RESULTADO:

Valor de referência: Não Reagente

Método: Imunocromatografia

Resp. Téc.: 

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MUNICIPAL WANDICK GUTIERREZ	PACIENTE:				
	Nº PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:		
	DATA DE ADMISSÃO:	H.D.:	QUEIXA PRINCIPAL:		
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	DATA	DATA	DATA	DATA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ENF.	ENF.	ENF.	ENF.
<b>RISCO PARA QUEDAS RELACIONADO À:</b> ( ) Idade avançada ( ) Doenças crônicas ( ) Depressão ( ) AVC ( ) Convulsã ( ) Tontura ( ) Amputação de MM ( ) Deformidade nos MM ( ) Fraqueza muscular/articular ( ) Marcha alterada ( ) Comprometimento sensorial ( ) Uso de medic.: Antidepressivo/Anti-histaminico/Diureticos/ Antipsicóticos ( ) OUTROS: _____	( ) Orientar/registrar presença de acompanhante ( ) Administrar medicações sedativas, ou com efeito colateral de sonolência preferencialmente a noite ( ) Observar e anotar estado de consciência ( ) Manter grades da cama elevadas, independente do risco de queda				
<b>DOR AGUDA RELACIONADA À:</b> ( ) Lesão tecidual ( ) Cirurgia ( ) Infecções ( ) Outros: _____ <b>EVIDENCIADO POR:</b> ( ) Relato verbal ( ) Expressão facial de dor ( ) OUTROS: _____	( ) Observar e anotar característica da dor ( ) Administrar analgésico conforme prescrição ( ) Compressa morna/fria local _____ de ____/____ h ( ) Comunicar ao Enfermeiro sinais de dor				
<b>DOR CRÔNICA RELACIONADA À:</b> ( ) Câncer ( ) Dores articulares ( ) Outros: _____ <b>EVIDENCIADO POR:</b> ( ) Relato verbal ( ) Expressão facial de dor ( ) OUTROS: _____	( ) Observar e anotar característica da dor ( ) Administrar analgésico conforme prescrição ( ) Compressa morna/fria local _____ de ____/____ h ( ) Comunicar ao Enfermeiro sinais de dor				
<b>RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO RELACIONADO À:</b> ( ) Diarréia ( ) Desnutrição ( ) Disf. renal ( ) Cirurgia ( ) Outros: _____ <b>EVIDENCIADO POR:</b> ( ) Desorientação ( ) Náuseas ( ) Vômito ( ) Convulsão ( ) Dor de cabeça ( ) Letargia ( ) OUTROS: _____	( ) Administrar hemoderivados conforme presc. médica ( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e F.C) ( ) Realizar balanço hídrico				
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADO À:</b> ( ) Ansiedade ( ) Fadiga ( ) Dor ( ) Obesidade ( ) Hipo/Hiperventilação ( ) Posição do corpo que inibe a expansão pulmonar ( ) Fadiga da musculatura resp.( ) Prejuízo neurológico ( ) Sedação ( ) Trauma <b>EVIDENCIADO POR:</b> ( ) Dispnéia ( ) Saturação de O2 alterada < 94% ( ) Tosse ( ) Hipersecretividade ( ) OUTROS: _____	( ) Manter cabeceira elevada 30°/45° ( ) Verifica SPO2 e comunicar se saturação <94% ( ) Instalar O2 úmido s/s por: _____ ( ) Atentar para presença de ( ) cianose periférica ( ) Perioral ( ) Aspiração de VAS/TOT/TQT ____/____ h e s/h				
<b>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO RELACIONADO À:</b> ( ) Migração de sonda ( ) Disfagia ( ) Nível de consciência reduzido ( ) TQT ( ) Outros: _____	( ) Manter cabeceira elevada 30°/45° ( ) Aspirar conteúdos residuais antes de cada dieta ( ) Administrar água após administração da dieta				

<p><b>INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA RELACIONADA À:</b>  <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Quimioterapia  <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Alteração na sensibilidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada  <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre a manutenção da integridade tissular <input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado <input type="checkbox"/> Volume de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivos <input type="checkbox"/> Dermatite de contato <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><b>EVIDENCIADO POR:</b>  <input type="checkbox"/> Lesão do tecido subcutâneo <input type="checkbox"/> Tumores <input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Edema  <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> AV periférico/central <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Hematoma  <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hiperemia  <input type="checkbox"/> LPP: _____  <input type="checkbox"/> OUTROS: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Realizar e anotar curativo em pequenas lesões</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar e anotar troca de fralda</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular hidratação oral, caso não haja restrição hídrica</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar e anotar curativo cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Hidratar região perianal após troca de fraldas</p>				
<p><b>DEFICIT NO AUTO CUIDADO-BANHO E HIGIENE RELACIONADA À:</b> <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Rebaixamento de nível de consciência</p> <p><b>EVIDENCIADO POR:</b> <input type="checkbox"/> Incapacidade de fazer a própria higiene  <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Encaminhar e/ou auxiliar o banho de aspersão</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar banho no leito</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar e/ou auxiliar na higiene oral</p>				
<p><b>MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA RELACIONADA À:</b>  <input type="checkbox"/> Utilização de equipamentos externos <input type="checkbox"/> Força insuficiente para movimentar-se <input type="checkbox"/> Fadigas <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Sedação</p> <p><b>EVIDENCIADO POR:</b>  <input type="checkbox"/> Restrições impostas ao movimento <input type="checkbox"/> Capacidade motora prejudicada <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito/ mobilização</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular deambulação <input type="checkbox"/> Auxiliar deambulação</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular paciente a sentar na poltrona</p>				
<p><b>RETENÇÃO URINÁRIA RELACIONADA À:</b>  <input type="checkbox"/> Bloqueio de esfíncter urinário <input type="checkbox"/> Cirurgia  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p><b>EVIDENCIADO POR:</b> <input type="checkbox"/> Presença de bexigoma <input type="checkbox"/> Dor  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Observar presença de globo vesical</p> <p><input type="checkbox"/> Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese</p> <p><input type="checkbox"/> Observar e anotar presença de edemas (MMSS/MMII)</p>				
<p><b>NÁUSEAS RELACIONADA À:</b> <input type="checkbox"/> Efeito colateral à medicações  <input type="checkbox"/> Infecções gastrintestinais <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><b>EVIDENCIADO POR:</b> <input type="checkbox"/> Relato verbal <input type="checkbox"/> Palidez Cutânea  <input type="checkbox"/> Sialorréia <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Observar e registrar êmese ou náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição</p>				
<p><b>RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADA À:</b>  <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Procedimento invasivo <input type="checkbox"/> Doenças crônicas  <input type="checkbox"/> Alteração da integridade da pele <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Hemoglobina diminuída <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógeno  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Atentar para presença de sinais flogísticos</p> <p><input type="checkbox"/> Atentar para febre</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após cada procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> Datar equips/punções perif/central e trocar a cada 72h</p> <p><input type="checkbox"/> Aferir T/P/R/P.A</p> <p><input type="checkbox"/> Atenção para leucograma</p>				
<p><b>RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RELACIONADA À:</b>  <input type="checkbox"/> Fragilidade da pele <input type="checkbox"/> Pressão sobre a pele <input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Uso de fralda <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada  <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Hidratação da pele</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar e/ou auxiliar nutrição</p> <p><input type="checkbox"/> Manter controle de umidade</p>				

ITEM 147

**PREFEITURA**  
 **BARCARENA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO  
EM DST - HIV E HEPATITE VIRAIS

**SOLICITAÇÃO DE EXAME**

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

Cliente: \_\_\_\_\_

D.N: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pront.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Id. Gest.: \_\_\_\_\_

- Anti-HCv
- HBsAg
- Anti-HBs
- Anti-HBc (total)
- VDRL
- HIV 1&2     LAB CTA     LACEN
- LAB DR. PAULO ALCANTARA

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## Extras

Mês: \_\_\_\_\_

Solicito extra no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ no horário das \_\_\_ às \_\_\_ horas, por motivos

Funcionário (a): \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

## Viagens

Mês: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Autorização do coordenador  
*Assinatura*

SUMÁRIO DE ALTA NEONATAL

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

Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HPMA: \_\_\_\_\_

Queixa do RN: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

**Orientações:**

- Acompanhamento na unidade de saúde de origem (UBS) para controle de Crescimento e desenvolvimento.
- Teste do Pezinho de preferência até o 4º dia de vida, em caso de impossibilidade até 30º dia.
- Atenção no Aprazamento do Calendário Vacinal.
- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) de livre demanda até o 6º mês.
- Outras orientações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUMÁRIO DE ALTA PEDIATRIA

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

Mãe: \_\_\_\_\_

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

Idade: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

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

**Tratamento:**

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

**Condições da Alta:**

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

**Orientações:**

- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_

**TERMO DE APREENSÃO E/OU REMOÇÃO**

Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Aos dias \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, foi apreendido e removido pela Vigilância Sanitária Municipal Barcarena, no estabelecimento \_\_\_\_\_ localizado \_\_\_\_\_ de acordo com Artigo \_\_\_\_\_, Parágrafo, \_\_\_\_\_, Inciso \_\_\_\_\_, Item \_\_\_\_\_ da Lei nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, os seguintes produtos.

PRODUTO	LOTE	FABRICAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE	MARCA

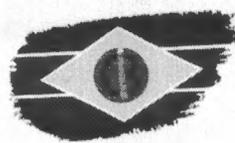
**Fiscal VISA/SEMUSB**

Testemunhas: {  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**Chefe do Setor VISA/SEMUSB**

Recebi a segunda via do presente termo de apreensão e/ou remoção, do qual fico ciente.

**Proprietário/ Responsável**



**BARCARENA**  
PREFEITURA

ITEM 152

12

## SEMUSB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

C.E.R.

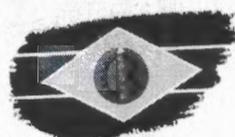
Centro Especializado em Reabilitação

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_,  
responsável pelo paciente \_\_\_\_\_,  
cartão SUS N° \_\_\_\_\_, Prontuário n° \_\_\_\_\_,  
Declaro estar ciente das regras/ condições de atendimento e prestação de serviços de  
Centro Especializado em Reabilitação-CER II Barcarena.

- Fui alertado que o CERII/Barcarena realizará o tratamento visando à reabilitação intelectual e Física do paciente. Sendo assim, o paciente se compromete a participar pontualmente, no horário agendado, de **todos os atendimentos e tratamentos** propostos;
- O acompanhamento terapêutico funcionará em sistema de grupo ou individualizado, conforme a análise da equipe multiprofissional, com duração de 30 minutos ou de 40 minutos a cada sessão e **horário destinado pela equipe;**
- Ressalta-se que são tolerados atrasos de no máximo, dez (10) minutos a partir do horário pré-agendado, será considerada falta o comparecimento do paciente após este período;
- Declaro expressamente que me foi alerdo que devo possuir 75% presença a cada 10 sessões, ou seja, 03 faltas, podendo ser abonadas com documentos oficiais e atestado médico. Caso não cumprimento podendo ser automaticamente excluído do serviço pelo CERII/ Barcarena, tendo de aguardar e respeitando todos os critérios de agendamento deste serviço;
- Pacientes que apresentarem instabilidade hemodinâmica serão suspensos dos atendimentos sendo encaminhados para suas UBS ou Posto de saúde para avaliação, sendo que retornaram somente com liberação médico por escrito.

PARÂMETROS		
Pressão Arterial	150x90mmHg	70x50mmHg
Glicemia	250 mg/dl	80 mg/dl



**BARCARENA**  
PREFEITURA

- Enquanto o paciente estiver na sala de atendimento, o responsável deverá permanecer no Centro (recepção) aguardando o término da sessão;
- Se o profissional não solicitar a presença do acompanhante no atendimento, o mesmo deverá permanecer na recepção até o término da sessão;
- Também fui informado de que pode haver recusa á participação nos atendimento, de acordo com a avaliação inicial, bem como o usuário pode desistir totalmente do tratamento proposto pela equipe a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, embora precise informar sua desistência á equipe;
- Pacientes com idade inferior a 18 anos, acima de 65 anos e com déficit cognitivo devem vir acompanhados por responsável.
- Só poderá ser acompanhante com idade igual ou superior a 18 anos, uma vez que crianças e adolescentes são impedidos legalmente de acompanhar pessoas para tratamento de saúde em função de seu desenvolvimento;
- Assim, tendo sido orientado quanto ao teor de todas as informações aqui mencionadas, e compreendendo a natureza e o objetivo do Centro especializado em Reabilitação- CER II/ Barcarena, aceito á participação em todos os tratamentos definidos pela equipe interdisciplinar e estou totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pela utilização ou participação dos serviços do CER II/ Barcarena.

**Em caso de reclamação ou Qualquer tipo de denúncia sobre este tratamento devo ligar para o Centro Especializado em Reabilitação – CER II/ Barcarena, (91) 3754-1816.**

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_ Barcarena/PA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### PARTO CESARIANO

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, na qualidade de paciente, DECLARO, para todos os fins legais, que estou sendo encaminhada após avaliação médica ao procedimento cirúrgico de **PARTO CESÁRIOANO**.

**DECLARO** ainda, que o(a) médico(a) acima referido, em atendimento ao disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica, ao art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e à Resolução Normativa (RN) nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresentou-me os benefícios do parto vaginal como melhor via de parto em condições normais de gestação, prestando-me informações detalhadas sobre o Parto Cesária, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** é realizada através de incisão (corte) no abdome inferior, sob anestesia (geral, raquianestesia, peridural ou combinação das mesmas), havendo pequenas variações de técnica cirúrgica para cada profissional, com duração aproximada de 30 a 60 minutos. Geralmente indicada durante o trabalho de parto, em que o parto transcorreria sem sucesso, porém pode ser indicada com antecedência, visto as eventuais intercorrências que possam acontecer no final da gestação.

**COMPLICAÇÕES:** A cesárea representa, em condições normais, maior risco para a mãe sendo os mais comuns: hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue, infecção da ferida operatória (corte da cesárea) e trato urinário (pela passagem de sonda vesical para drenagem da urina da bexiga) e ainda, cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do médico, visto que, dependem das características individuais de cada paciente. Por se tratar de um procedimento cirúrgico, as primeiras 24 horas após a cesariana são mais dolorosas, sendo necessário o uso de medicações mais potentes para a dor. Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

**DECLARO** que tive conhecimento de toda a legislação citada no decorrer do presente termo, a qual segue abaixo transcrita:

**Código de Ética Médica – Art. 22.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 34.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:**

**Art. 9º -** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

RN nº 368/2015 da ANS: Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

**DECLARO** ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente, tendo ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

**Finalmente, declaro ter sido informada a respeito de todas as minhas dúvidas e questionamentos, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para realização de PARTO CESÁREA.**

**BARCARENA (PA)** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Cirurgião

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

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Testemunha Ass. Testemunha

\_\_\_\_\_  
Ass. Testemunha Ass. Testemunha

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTO VAGINAL

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a), Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "PARTO VAGINAL", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado. O Parto podendo ser realizado também pelo ENFERMEIRO OBSTETRA segundo código de ética RESOLUÇÃO COFEN Nº 0477/2015, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** Pode durar até 16 horas na primeira gestação. A dilatação evolui em geral com a velocidade de 1 cm por hora. No transcorrer do trabalho de parto, pode ser indicada a cesariana de acordo com a sua evolução. Geralmente se procede episiotomia, se extremamente necessário e com o meu consentimento.

### COMPLICAÇÕES:

Pode ocorrer dor perineal ou hematoma pela episiotomia. Pode haver crise hemorroidária pelo esforço durante o trabalho de parto. A alta hospitalar ocorre em 48 horas. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias. As complicações são: risco anestésico, hemorragia, infecções perineais e infecção do trato urinário.

CBHPM – 3.13.09.12-7

CID – O80.0/O80.1/O80.8/O80.9

### Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declaro que me foi igualmente apresentada a CARTA DE INFORMAÇÕES À GESTANTE, documento integrante do CARTÃO DA GESTANTE, consoante regras previstas na RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução do parto normal podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

BARCARENA (PA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Medico Cirurgião

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

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 34.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:** Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CURETAGEM PÓS-ABORTO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "CURETAGEM PÓSABORTO", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

### **Princípios e Indicações:**

É realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20 minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessário nova curetagem.

### **Pós-Operatório e Complicações:**

Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que melhoram facilmente com medicação. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. As complicações são: risco anestésico, perfuração do útero, infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias.

### **CBHPM – 3.13.09.06-2**

### **CID – O03.3**

Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

BARCARENA (PA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Cirurgião

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

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.



ESTADO DO PARÁ  
MUNICÍPIO DE BARCARENA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA



**TERMO DE FISCALIZAÇÃO**

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, a Equipe de Vigilância Sanitária (VISA) da Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena (SEMUSB) composta por:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_  
6 \_\_\_\_\_

Compareceu ao estabelecimento/imóvel \_\_\_\_\_  
funcionando na atividade de \_\_\_\_\_

sito à \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

para proceder: \_\_\_\_\_

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

Portanto, para constar, é lavrado o presente Termo de Fiscalização em 2 (duas) vias, datado e assinado, sendo a 1ª via entregue ao responsável pelo estabelecimento e a 1ª via arquivada no Setor de Vigilância Sanitária - VISA.

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recebia 2ª via do presente TERMO, do qual fico ciente.

RESPONSÁVEL LEGAL  
RG/CPF Nº: \_\_\_\_\_

Fiscal VISA/SEMUSB  
RG Nº: \_\_\_\_\_





**TERMO DE NOTIFICAÇÃO**

Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PERÍMETRO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

FICA V. S<sup>a</sup>. NOTIFICADO (A) À COMPARECER AO SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ÀS \_\_\_\_ HORAS DO DIA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_, PARA TRATAR DO ASSUNTO RELACIONADO

(S) ITEM (NS) MARCADOS ABAIXO:

- 1 - ( ) Funcionamento sem Licença;
- 2 - ( ) Responsabilidade Técnica;
- 3 - ( ) Instalações Inadequadas;
- 4 - ( ) Higiene Inadequada;
- 5 - ( ) Paralisação da atividade por conta da Pandemia;
- 6 - ( ) Impedimento à Fiscalização;
- 7 - ( ) Outros;

OBS: De acordo com a Lei Federal nº 6.437 de 20 de Agosto de 1977, Título I, Art. 10, Inciso I e o Decreto Municipal nº 273 de 11 de maio de 2005, Capítulo XV, Art. 149 Inciso I O desacato ao presente Documento é considerado uma Infração Sanitária, sujeito a Auto de Infração, Multas e Interdição a qual será apurada através da instauração de Processo Administrativo Sanitário.

\_\_\_\_\_  
Fiscal VISA/SEMUSB

\_\_\_\_\_  
Fiscal VISA/SEMUSB

\_\_\_\_\_  
Fiscal VISA/SEMUSB

DATA DE VENCIMENTO: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Recebi a primeira via do presente termo de intimação, do qual fico ciente.

Barcarena, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Intimado

RG: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO MENSAL DE DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE ESTOQUE DE PRESERVATIVO**

ESPECIFICAÇÃO	1	2			3			4	DEMANDA REPRIMIDA	
	SALDO DO MÊS ANTERIOR	ENTRADAS MS	CONTRAPARTIDA		DISTRIBUÍDO	SAÍDA NO MÊS REMANEJADO		PERDAS E AJUSTES		SALDO ATUAL (1+2)-3-4
			ESTADOS	MUNICÍPIOS		QUANTIDADE	DESTINO			
PRESERVATIVO MASCULINO 52 MM										
PRESERVATIVO MASCULINO 49 MM										

TEMPERATURA MÉDIA DO MÊS NO LOCAL DE ESTOCAGEM: 37,5°C TEMPERATURA AMBIENTE

II. III. Preenchimento destino apenas aos Estados/Municípios

ALVO	PRESERVATIVO MASCULINO 52 MM	ONGS QUE DESENVOLVEM AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS	PRESERV. MASC. 52 MM	PRESERV. MASC. 49 MM
PESSOAS INFECTADAS PELO HIV				
PESSOAS COM IST				
PESSOAS ATENDIDAS PELO CTA / SAE				
PESSOAS ATENDIDAS PELO CAPS				
PESSOAS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE EACS / UBS				
PESSOAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER				
<b>AÇÕES COM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS:</b>				
USUÁRIOS DE DROGAS				
PROFISSIONAIS DO SEXO				
HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS				
PESSOAS ATENDIDAS PELO SISTEMA PRISIONAL				
POPULAÇÃO INDÍGENA				
CAMINHONEIROS				
TRAVESTIS				
ASSENTAMENTO / ACAMPAMENTO				
TRABALHADORES RURAIS				
CMS - IST/AIDS				
EVENTOS				
EMPRESAS/INDÚSTRIAS/COMÉRCIO				
<b>TOTAL</b>				

POPULAÇÃO ALVO	PRESERVATIVO MASCULINO 52 MM		PRESERVATIVO MASCULINO 49 MM	
	PESSOAS ATENDIDAS	PRESERV. DISTRIBUÍDOS	PESSOAS ATENDIDAS	PRESERV. DISTRIBUÍDOS
<b>AÇÕES COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS:</b>				
CUMPRINDO MEDIDAS SÓCIO-EDUCATIVAS				
EM SITUAÇÃO DE RUA				
<b>TOTAL</b>				



BARCARENA  
PREFEITURA

10/20

## RELATÓRIO MENSAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: 20\_\_

### 1. CLIENTES NOVOS (AS) NO SERVIÇO

MÉTODOS		< 20 ANOS	> 20 ANOS	SEXO	
				MASCULINO	FEMININO
Pílula					
DIU (Inserção)					
Condom	Feminino				
	Masculino				
Injetável	Mensal				
	Trimestral				
Geleia Espermicida					
Diafragma					
Métodos Comportamentais					
LAM					
Anticoncepção de Emergência					

### 2. Nº DE CLIENTES NOVOS COM OPÇÃO POR DUPLA PROTEÇÃO

< 20 ANOS	> 20 ANOS

### 3. QUANTIDADE TOTAL DE ANTICONCEPCIONAL DISTRIBUÍDO

MÉTODOS	Unid. Medida	Total Distribuído
Pílula	CARTELAS	
DIU (Inserção)	UNIDADE	
Condom	Feminino	
	Masculino	
Injetável	Mensal	
	Trimestral	
Geleia Espermicida	TUBOS	
Diafragma	UNIDADE	
Anticoncepção de Emergência	CARTELAS	

### 4. EDUCAÇÃO EM GRUPO (PLANEJAMENTO FAMILIAR)

Nº DE GRUPOS EDUCATIVOS:		Nº DE PARTICIPANTES:	
--------------------------	--	----------------------	--

### 5. NÚMERO DE ATENDIMENTOS

< 20 ANOS	> 20 ANOS

### 6. ESTOQUE DO PLANEJAMENTO

MATERIAL	ESTOQUE ANTERIOR	ENTRADA	SAÍDA	ESTOQUE ATUAL	SOLICITADO
Preservativo Masculino (Unid.)					
Preservativo Feminino (Unid.)					
Mini-Pílula (Cartela)					
Combinada Monofásica (Cartela)					
Injetável	Mensal				
	Trimestral				
Emergência (Unidade)					

FICHA DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assistente social: \_\_\_\_\_ CRESS: \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ ( ) M ( ) F

CNS: \_\_\_\_\_

Registro geral	CPF	Data de nascimento	Naturalidade
		____/____/____	

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) União Estável ( ) Viúvo (a)

Você tem filhos? ( ) Sim ( ) Não	Em caso afirmativo, quantos? _____	Tem outros dependentes? _____
-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Formação

( ) Não alfabetizado ( ) Ens. fundamental incompleto ( ) Ens. fundamental completo ( ) Ens. médio incompleto  
( ) Ens. médio completo ( ) Ens. superior incompleto ( ) Ens. superior completo ( ) Pós-graduação

Endereço completo

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Tipo de moradia: ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Situação do imóvel: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Financiado

Quantos cômodos tem a casa? \_\_\_\_\_

( ) Água de poço ( ) Água de São Francisco ( ) Água do rio  
( ) Energia elétrica ( ) Energia solar ( ) Outros

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Origem dos recursos financeiros: \_\_\_\_\_

Trabalho com vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Recebe algum benefício? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas, incluindo você, vivem da renda mensal de sua família? \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO:

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









## FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Nome do cuidador/responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE VIDA

Fatores de risco ou patologias associadas:

- Tabagismo    Etilismo    Estresse    Câncer    Cardíaco    Circulatório  
 Colite    Depressão    Diabetes    Dislipidemia    Dor de cabeça    Gastrite  
 Hepatite    Hipertensão    Obesidade    Renal    Outra: \_\_\_\_\_

Histórico familiar: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Exames bioquímicos: \_\_\_\_\_

Sono:  Regular  Irregular      Observação: \_\_\_\_\_

Atividade física:  Ativo  Sedentário      Observação: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Acamado    Domiciliado    Deambulando      Observação: \_\_\_\_\_

Via de alimentação:  Oral  Enteral  Parenteral      Observação: \_\_\_\_\_

Apetite:  Normal  Aumentado  Reduzido      Disgeusia:  Sim  Não

Mastigação:  Normal  Rápida  Lenta      Dentição:  Completa  Incompleta  Sem dentição

### SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Disfagia:  Sim  Não      Odínofagia:  Sim  Não

Náusea:  Sim  Não      Vômito:  Sim  Não

Pirose:  Sim  Não      Flatulência:  Sim  Não

Hábito intestinal:  Normal  Constipante  Diarreico  Variado

Frequência de evacuação: \_\_\_\_\_      Formato das fezes (Bistol): \_\_\_\_\_

Ingestão hídrica (em litros): \_\_\_\_\_      Escala de hidratação urinária: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS ALIMENTARES

Restrição alimentar:  Não  Vegetariano  Vegano

Suplemento alimentar:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Alergia alimentar:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Intolerância alimentar:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Aversão alimentar:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

RECORDATÓRIO ALIMENTAR 24 HORAS

Desjejum Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Lanche da manhã Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Almoço Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Lanche da tarde Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Jantar Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Ceia Horário: \_\_\_\_\_

---

---

---

Conduta/Plano de cuidado: \_\_\_\_\_

Dieta ofertada/fracionamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nutricionista

FICHA DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

Medidas	Valor ____/____/____	Classificação	Valor ____/____/____	Classificação
Peso usual (kg)				
Peso atual (kg)				
Altura (m)				
IMC (kg/m <sup>2</sup> )				
Peso seco/corrigido (kg)				
% Perda de peso recente				
% Adequação de peso				
C. braço (cm)				
% CB				
PCT (mm)				
% PCT				
PCB (mm)				
PCSB (mm)				
PCSI (mm)				
C. cintura (cm)				
C. quadril (cm)				
RCQ				
C. panturrilha (cm)				
Altura do joelho (cm)				
Diagnóstico nutricional				

\_\_\_\_\_  
Nutricionista