



MODELO

BLOCO 01

gob

BLOCO- 01 DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

01	ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PAPEL 40 K FORMATO 22Ax21L FRENTE E VERSO
02	ATESTADO MÉDICO DE TRABALHO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 14Ax21L
03	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA (CONSOLIDADO) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
04	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA-I (INDIVIDUALIZADO) BLOCO COM 100 FOLHAS FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4
05	BOLETIM DE PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM - BPE FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4
06	BOLETIM DE PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA-BPO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
07	CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO BLOCO COM 100 FOLHAS FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4
08	CARTÃO DE PREVENÇÃO DO CANCER CÉRVICO UTERINO PAPEL 40 FORMATO 11Ax15,5L FRENTE E VERSO
09	CARTÃO DA GESTANTE PAPEL 40 K FORMATO 28Ax20,5L FRENTE E VERSO
10	CARTÃO DE REGISTRO PAPEL 40 K FORMATO 12,5x18,5L
11	CARTÃO DO IDOSO FRENTE E VERSO PAPEL 40 K FORMATO 30Ax21,5L
12	CARTÃO ÍNDICE DE APROXIMAMENTO DO CLIENTE PAPEL 40 K FORMATO 11,5x105L FRENTE E VERSO
13	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO BOLSA FAMILIA FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
14	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
15	FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA- FAMS - CONTINUAÇÃO PAPEL 40K FORMATO 22Ax19,5L FRENTE VERSO
16	FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA- FAMS PAPEL 40K FORMATO 24Ax22L FRENTE VERSO
17	FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
18	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PAPEL 40 K FORMATO 7Ax11,5L
19	FICHA DE REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES NO SISPRENATAL PAPEL 75G FORMATO A4
20	FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
21	FICHA PERINATAL AMBULATORIO PAPEL 40 K FORMATO 30Ax20,3L FRENTE E VERSO
22	FICHAS DE REGISTRO DE PUERPERAS NO SISPRENATAL BLOCO COM 100 FOLHAS FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4



23	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO O/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
24	MAPA DE ATENDIMENTO COMPLEMENTAR DIÁRIO FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
25	MAPA MUNICIPAL MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 15Ax21L
26	PRONTUÁRIO DO CLIENTE DUAS VIAS BLOCOS COM 100 FOLHAS PAPEL 75 G FORMATO A4
27	RECEITUÁRIO MÉDICO DUAS VIAS BLOCO COM 100 FOLHAS FORMATO 21AX14,5L
28	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
29	RELATÓRIO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
30	MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
31	MAPA MENSAL DE INSULINAS BLOCO COM 100 FOLHAS
32	SISVAN - BLOCOS COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
33	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
34	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4
35	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA FRENTE E VERSO PAPEL 75G FORMATO A4
36	FICHA DE PROCEDIMENTO FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
37	FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR e-SUS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75 GR FORMATO A4
38	FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL e-SUS FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75 GR FORMATO A4
39	FICHA DE VISITA DOMICILIAR e-SUS FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75 GR FORMATO A4

40



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS
~~CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS~~



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) _____
_____ de _____ anos, é portador (a)
da Patologia **CID-10** _____, e deve ficar afastado (a) do trabalho pelo período
de _____ dias.

Óbidos-PA, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura/Carimbo

pagul 95



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Dados Operacionais

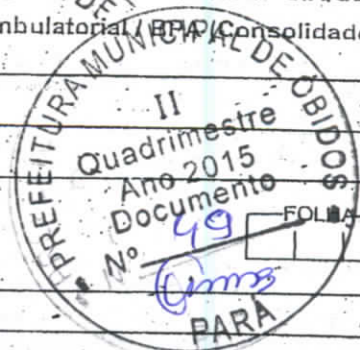
CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MES

ANO



ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUÊNCIA

PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

QUANTIDADE

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

II SEXO
Quadrimestre
Ano 2015
Documento
Nº 47
Comma
PARÁ

Nº DE REGISTRO

[illegible]

[illegible]



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO)- BPA-I

SEQ. CNES: _____ CNS PROFISSIONAL: _____ NOME DO PROF. _____ CBO _____

01: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

02: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

03: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

04: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

05: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

DATA: _____/_____/_____





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO)- BPA-I

SEQ. CNES: _____ CNS PROFISSIONAL: _____ NOME DO PROF. _____ CBO _____

01: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

02: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

03: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

04: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

05: CNS _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ D/N: _____/_____/_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: 150510 NACIONALIDADE: 010 RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ DATA ATEND. _____/_____/_____ CARATER DE ATEND. _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: 68250000

CÓDIGO PROCED. _____ QUANTIDADE: _____ CID: _____ NUMERO DE AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

DATA: _____/_____/_____





Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos - SEMSA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - SUS

FOLHA:

DATA: __/__/__

Boletim de Produção de Enfermagem - BPE

UBS: _____

CÓDIGO DA UBS

ATIVIDADE PROFISSIONAL: _____

CÓDIGO:

	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	SEXO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	OBSERVAÇÕES
		MASC.	FEM.				
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



CARIMBO

ASSINATURA



Secretaria Municipal de Saúde de Óbidos - SEMSA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - SUS

FOLHA:

--	--

DATA: ____/____/____

Boletim de Produção de Enfermagem - BPE

UBS: _____

CÓDIGO DA UBS

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

ATIVIDADE PROFISSIONAL: _____

CÓDIGO:

--	--

	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	SEXO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	OBSERVAÇÕES
		MASC.	FEM.				
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

CARIMBO

ASSINATURA

Boletim de Produção de Odontologia - BPO

CÓDIGO DA UBS

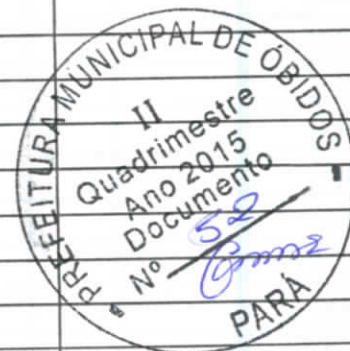
--	--	--	--	--	--	--	--

UBS: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL _____

CÓDIGO:

	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	S E X O		CÓDIGO DE PROCEDIMENTO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	IDADE	OBSERVAÇÃO
		MASC.	FEM.				
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



.....
CARIMBO

.....
ASSINATURA DO ODONTÓLOGO

gib

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE ÓBIDOS – SEMSA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA – SUS

FOLHA:

DATA:...../...../.....

Boletim de Produção de Odontologia - BPO

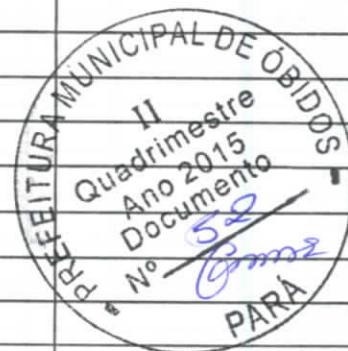
CÓDIGO DA UBS

UBS: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL _____

CÓDIGO:

	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	S E X O		CÓDIGO DE PROCEDIMENTO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	IDADE	OBSERVAÇÃO
		MASC.	FEM.				
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

.....
CARIMBO.....
ASSINATURA DO ODONTÓLOGO



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

2ª VIA Arquivar no Prontuário
(Verso impresso apenas nessa via)

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da unidade de saúde (*)		Cód. SIA/SUS(*)		Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data de Nascimento / /		Sexo ☐ M ☐ F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor(TV)	Escolaridade(TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização				
Nº Portaria	UF, Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. Familiar/Conjugal(TV)		Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	Uf	Data de Emissão / /				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)									
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	Uf	Data de Emissão / /				
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro				
	Folha		Termo		Data de Emissão / /				
ENDEREÇO (*)									
Tipo logradouro	Nome do logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica(*) / /	Pressão Arterial Diastólica (*) / /		Cintura (cm) / /		Peso (kg) (*) / / / . / /				
Altura (cm) (*) / /	Glicemia Capilar (mg/d) / /		☐ Em jejum		☐ Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações	Não	Sim			
Antecedentes Familiares-cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobre peso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentoso: ☐									
Medicamentoso									
Comprimidos/dia									
Tipo	½	1	2	3	4	5	6	Unidades/dia	
Hidroclorotiazida 25 mg								Insulina	
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850mg									
outros ☐ Sim ☐ Não									
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do responsável pelo atendimento (*)							

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

20



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

2ª VIA Arquivar no Prontuário
(Verso impresso apenas nessa via)

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da unidade de saúde (*)		Cód. SIA/SUS(*)		Número do Prontuário			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data de Nascimento / /		Sexo ☐ M ☐ F		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai				
Raça/Cor(TV)	Escolaridade(TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização		
Nº Portaria	UF, Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. Familiar/Conjugal(TV)		Nº Cartão SUS		
DOCUMENTOS GERAIS							
Título de Eleitor	Número		Zona	Série			
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /		
CPF	Número		PIS/PASEP	Número			
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)							
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /		
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro		
	Folha		Termo		Data de Emissão / /		
ENDEREÇO (*)							
Tipo logradouro	Nome do logradouro			Número	Complemento		
Bairro	CEP		DDD	Telefone			
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE							
Pressão Arterial Sistólica(*) / /	Pressão Arterial Diastólica (*) / /		Cintura (cm) / /		Peso (kg) (*) / / / . / / /		
Altura (cm) (*) / /	Glicemia Capilar (mg/dl) / /		☐ Em jejum		☐ Pós prandial		
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações			
Antecedentes Familiares-cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2				AVC			
Tabagismo				Pé diabético			
Sedentarismo				Amputação por diabetes			
Sobre peso/Obesidade				Doença Renal			
Hipertensão Arterial							
TRATAMENTO							
Não Medicamentoso: ☐							
Medicamentoso							
		Comprimidos/dia				Unidades/dia	
Tipo	%	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25 mg							
Propranolol 40mg							
Captocril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850mg							
outros ☐ Sim ☐ Não						Insulina	
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do responsável pelo atendimento (*)					

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



ADVERTÊNCIA

Esta cardeneta deve ser conservada pela inscrita para sua apresentação a Unidade de Saúde todas as vezes que vier consultar-se.

Quando mudar de residência deverá comunicar a fim de facilitar o controle de serviço.

ORIENTAÇÕES

- * Não estar Menstruada;
- * Não manter relações sexuais 2 dias antes do exame;
- * Não usar creme vaginal ou duchas;
- * Usar saia ou vestido.

Obs.:

- * Trazer Carteira de Identidade ou CPF.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA DE SAÚDE
SUS

Prevenção do Câncer
Cérvico Uterino

Matrícula Nº _____

Nº Citologia: _____

Nome: _____



UNIDADE DE SAÚDE

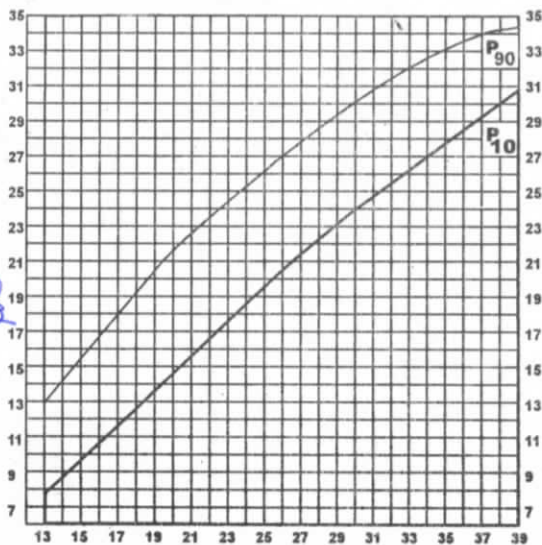
[illegible]

EXAMES COMPLEMENTARES

DATA	/	/	/	/	/	/
HEMOGLOBINA						
HEMATÓCRITO						
V.D.R.L.						
GLICEMIA						
ABO/Rh						
URINA ROTINA						
B.S.N						
VACINAÇÃO ANTITETÂNICA: 1ª DOSE / /						
2ª DOSE / / 3ª DOSE / /						
REFORÇO / /						

CURVA ALTURA UTERINA GESTACIONAL

Cm (ALTURA UTERINA)



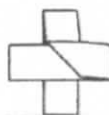
SEMANAS DE GESTAÇÃO

É importante manter este cartão sempre consigo, porque contém toda a informação indispensável para sua saúde e a de seu filho. Mostre-o todas as vezes que se dirigir a um Centro de Saúde, quer seja durante a gestação, parto ou puerpério e no controle do crescimento de seu filho.

• A gestação não é uma doença, porém exige vigilância em um Centro de Saúde a fim de evitar complicações.

• A sua primeira consulta ao Centro de Saúde deve ser o mais precoce possível.

• Não falte às consultas e obedeça às recomendações dadas



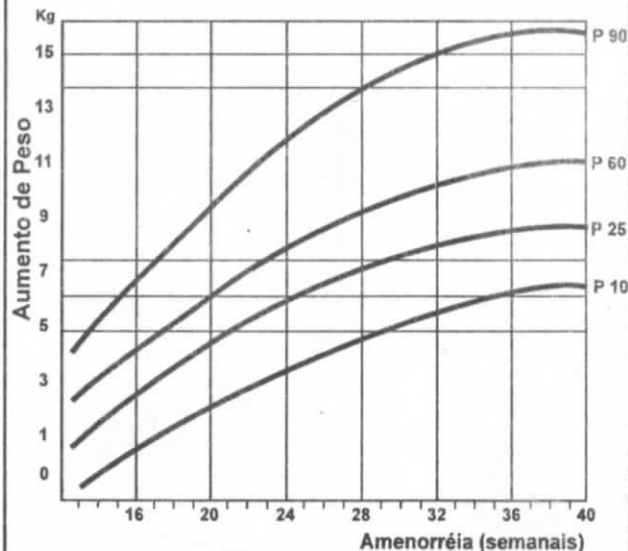
SUS

Sistema
Único
de Saúde

Secretaria
de Assistência à
Saúde

Coordenação
Materno
Infantil

CURVA DE PESO / IDADE GESTACIONAL



SEMANAS DE GESTAÇÃO

A - PESO BAIXO B - PESO NORMAL C - SOBREPESO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E SANEAMENTO

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL
A SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA GESTANTE

TRAGA SEMPRE
SEU CARTÃO

Nº Matrícula

Data Matrícula

Idade

UNIDADE DE SAÚDE: Unidade Saúde da Família
Lauro Corrêa Pinto

USF-LCP

Óbidos/PA

NOME:

ENDEREÇO:

AGENDAMENTO

DATA

ATENDIMENTO



O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA A CRIANÇA. VOCÊ TEM O DIREITO DE AMAMENTAR O SEU FILHO. INFORME-SE SOBRE ESTE DIREITO.

IDADE ANOS	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNIÃO
MENOR DE 15 MAIOR DE 25		☐ SIM ☐ NÃO	☐ NENHUM ☐ SECUNDÁRIO ☐ PRIMÁRIO ☐ UNIVERSITÁRIO		CASAD. ESTÁVEL SOLT. OUTRO

ANTECEDENTES		PESSOAIS		OBSTÉTRICOS (anotar o nº de)		NASC. VIVOS		NASC. MORTOS		ALGUM RECÉM NASCIDO PESOU MENOS DE 2.500g.	
FAMILIARES		INFECÇÃO URINÁRIA		GESTAS		ABORTOS		VAGINAIS		MORRERAM 1ª SEMANA	
DIABETES		INFERTILIDADE		PARTOS		CESÁREAS		MORRERAM DEPOIS 1ª SEM.		NÃO ☐ SIM ☐	
HIPERT. ART.		DIABETES		NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS						NASC. COM MAIOR PESO	
GEMELARES		HIPERT. CRÔNICA								g.	
OUTROS		CIRURG. PÉLV. UTERINA								DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GRAVID. MÊS ANO	
		OUTROS									

GRAVIDEZ ATUAL		DIA		MÊS		ANO		DÚVIDAS		ANTITETÂNICA ATUAL		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ		GRUPO		TRANSF.	
PESO ANTERIOR		ESTATURA		DPP				☐ SIM ☐ NÃO		PRÉVIA		SIM ☐ NÃO ☐		Rh		SENSIB.	
kg										1ª 2ª/F		SIM ☐ NÃO ☐		+ ☐ - ☐		SIM ☐ NÃO ☐	
										MÊS GESTA.		DIAS				LOCAL:	

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX	V.D.R.L.	FUMA	Nº de Cigarros dia
☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
OBSERVAÇÕES (MEIXAS)										
SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (Kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MAX/MIN. (mm Hg)										
ALTURA UTERINA (Cm) / APRESENT.										
BCF / MOV. FETAL										
ASSINAT. DO MÉDICO										

PARTO		IDADE GESTA		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INÍCIO		MEMBRANAS		CEF.		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO	
HOSPITAL:		MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42		SIM ☐ NÃO ☐		IND. ☐ ESP. ☐		INT. ☐ ROT. ☐		PÉLV. ☐ TRAN. ☐		GRAVIDEZ MÚLTIPLA ☐ DESPROP. CEF. PÉLV. ☐	
TERMINAÇÃO		HORA		MINUTO		DIA		MÊS		ANO		HIPERTENSÃO PRÉVIA ☐ HEMORRAG. 1º TRIMES. ☐	
EXP. ☐ CES. ☐												PRÉ-ECLÂMPSIA ☐ HEMORRAG. 2º TRIMES. ☐	
FORC. ☐ OUT. ☐												ECLÂMPSIA ☐ HEMORRAG. 3º TRIMES. ☐	
EPISIOTOMIA		DEQUIT. EXP.		MORTE FETAL		NÍVEL DE ATENÇÃO		3º ☐ 2º ☐ 1º ☐		DOMIC. ☐ OUTRO ☐		CARDIOPATIA ☐ ANEMIA CRÔNICA ☐	
☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO		ATENDEU:		MÉDIC. ☐ ENF/PAR. ☐ AUX. ☐ EMPIR. ☐ OUTR. ☐		☐ DIABETES ☐ RUTURA PREMAT. MEM. ☐		INFECÇÃO CRÔNICA ☐ INFECÇÃO PUERPER. ☐	
LACERAÇÃO		PLACENTA COMPL.		MOMENTO ☐ PARTO ☐		PARTO ☐		NEONATO ☐		☐ OUTRAS INFECÇÕES ☐ HEMORRAG. PUERPE. ☐		☐ PARASITÓSES ☐ OUTRA ☐	
☐ NÃO ☐ SIM		☐ NÃO ☐ SIM		☐ NÃO ☐ SIM						☐ AMEAÇA DE PARTO PREMAT. ☐ NENHUMA ☐			
MEDICAÇÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL		ANESTESIA REG.		ANEST. GERAL							
☐ ANALGÉSICO ☐ TRANQUILIZANTE ☐ OCITOL ☐ ANTIBIÓTICO ☐ OUTRO ☐ NENHUM													

RECÉM-NASCIDO		PESO AO NASCER		IDADE POR EXAME FÍSICO		PESO/I.G.		EX. FÍSICO IMEDIATO		HOR. OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO	
F ☐ M ☐		APGAR MINUTO		Sem. ☐		ADEQ. ☐ PEQ. ☐ GRAN. ☐		NORMAL ☐ ANORM. ☐		TEMPERATURA	
1º ☐ 5º ☐		MENOR DE 2.500g		MENOR DE 37 SEMANAS						PULSO (BAT./MINUTO)	
6 OU MENOS										PRESSÃO ARTER. MÁX./MÍN. (mm Hg)	
ESTATURA		EX. FÍSICO PRÉ-ALTA		EX. NEURO.		PATOLOGIAS		M. HIALINA ☐ HEMORRA. ☐ A. CONG. ☐		INVÓL. UTERINA	
Cm		NORMAL ☐		ANORMAL ☐		S. ASPIRAT. ☐ HIPERBILI. ☐ OUTRA ☐		OUTROS SDR ☐ INFECÇÃO ☐ NENHUMA ☐		CARACTERÍSTICA DOS LÓQUIOS	
PER. CEF.		ANORMAL ☐		DUVIDOSO ☐		APNÉIAS ☐ NEUROL. ☐					
RN ALOJ./CONJ.		ALTA DO RN		IDADE NA ALTA / TRANSFERÊNCIA		IDADE AO FALECER		ALIMENTAÇÃO		ALTA MATERNA	
SIM ☐ NÃO ☐		SADIO ☐ TRANSF. ☐ C/PATOL. ☐ ÓBITO ☐		DIAS ☐ HORAS ☐		DIAS ☐ HORAS ☐		PEITO ☐ MIXTO ☐ ARTIFICIAL ☐		MORTE MATERNA	
										SADIA ☐ GRAVIDEZ ☐	
										TRANSFER. ☐ PARTO ☐	
										COM PATOL. ☐ PUERPÉRIO ☐	
										Orient. / Contracepção	
										CONDON. ☐ D.I.U. ☐ ORAL ☐ OUTRA ☐ LIG. DE TRO. ☐ RITMO ☐ NENHUM ☐	

PREENCHER À LÁPIS

NOME DO PACIENTE		Nº REGISTRO	
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	UF	SEXO	DATA NASC.
FILIAÇÃO			

PREENCHER À LÁPIS

PROFISSÃO	EMPREGADOR
ENDEREÇO RESIDENCIAL	
OBSERVAÇÃO	



Prefeitura Municipal de Óbidos
Secretária Municipal de Saúde
e Saneamento



SUS

Sistema
Único de
Saúde

CARTÃO DE REGISTRO

VACINAS

Taxóide	F. A.	Anti-Influenza	Anti-PN IIIII	Coccíca	Outros

TIPAGEM SANGÜÍNEA

FATOR RH

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ - HIPERTENSO	☐ - ANEMIAS
☐ - DIABÉTICOS	☐ - ETILISMO
☐ - TABAGISMO	☐ - ALERGIAS
☐ - TUBERCULOSE	☐ - CIRURGIAS
☐ - DROGADICÇÃO	☐ - DST

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ - Diabetes	☐ - Hipert. Art.	☐ - Tuberculose
-------------------------------------	---	--

GRAU DE INSTRUÇÃO

☐ - Alfabetizado	☐ - Sim	☐ - Não
☐ - Primária	☐ - Secundária	☐ - Nenhuma

ESTADO CIVIL

☐ - Casado	☐ - Solteiro
☐ - Viúvo	☐ - Outros

PARA

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCÓ
 II trimestre
 Ano 2015
 Documento
 Nº 75
 1401

VACINAS					
					Taxóide
					F. A.
					Anti-Influenza
					Anti-PN IIIII
					Coccíca
					Outros
TIPAGEM SANGÜÍNEA 					
FATOR RH					
ANTECEDENTES PESSOAIS ☐ - HIPERTENSO ☐ - DIABÉTICOS ☐ - ETILISMO ☐ - ALERGIAS ☐ - CIRURGIAS ☐ - DST ☐ - HiperTenso ☐ - Diabéticos ☐ - Hipert. Art. ☐ - Tuberculose ☐ - Drogadicção					
ANTECEDENTES FAMILIARES ☐ - Diabetes ☐ - Hipert. Art. ☐ - Tuberculose					
GRAU DE INSTRUÇÃO ☐ - Alfabetizado ☐ - Sim ☐ - Não ☐ - Primária ☐ - Secundária ☐ - Nenhuma					
ESTADO CIVIL ☐ - Solteiro ☐ - Outros ☐ - Casado ☐ - Viúvo					

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCÓIA II
 N.º 757
 Documento
 Ano 2015
 Quadrimestre
 Para

[illegible][illegible][illegible]

CARTÃO ÍNDICE E APRAZAMENTO DO CLIENTE

Nome _____ Nº _____

Filiação { Pai: _____
Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Data de Nasc.: _____

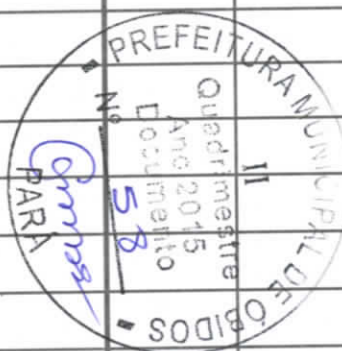
Estab. de Saúde: _____

Obs.: _____



APRAZAMENTO

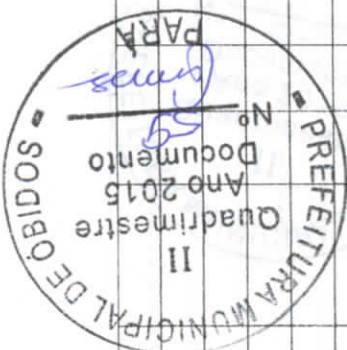
Programa	Atividade	GRUPO ALVO	DATA	Programa	Atividade	GRUPO ALVO	DATA -
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							





UBS*

Mês/Ano ____/____/____
CNES*: _____

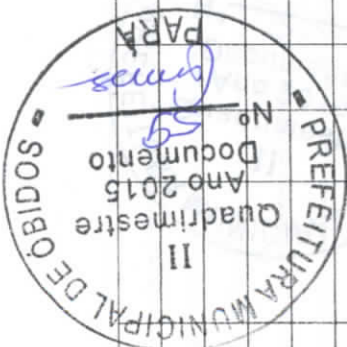
[illegible]

9/5



UBS*:

Mês/Ano ____/____/____
CNES*: _____

[illegible]

9/5



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SEMSA/SUS

Nome:

Registro:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

ÉPOCA DA CONSULTA	DATA DE NASCIMENTO	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1 mês		Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo de moro). Postura: barriga para cima, pernas e braços retidos, cabeça lateralizada. Olha para a pessoa que a observa.																
2 meses		Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente. Sorri espontaneamente. Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.																
4 meses		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço. Alcança e pega objetos pequenos. Emite sons - vocaliza.																
6 meses		Levanta pelos braços, ajuda com o corpo. Segura e transfere objeto de uma mão p/ outra. Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.																
9 meses		Senta-se sem apoio. Arrasta-se ou engatinha. Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.																
12 meses		Anda com apoio. Faz gesto com a mão e cabeça (de tchau, de não; bate palmas, etc) Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.																
ÉPOCA DA CONSULTA		MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)					IDADE (ANOS)										
			11	14	15	18	21	2	3	4	5	6						
18 meses		Anda sozinha; raramente cai Combina pelo menos 2 palavras Tira qualquer peça do vestuário																
2 anos		Corre e/ou sobe degraus baixos Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente Diz seu próprio nome																
3 anos		Fica sobre um pé momentaneamente Usa frases. Veste-se com auxílio.																
4 anos		Pula sobre um só pé. Brinca com outras crianças. Reconhece mais de 2 cores.																
5 anos		Pula alternadamente com um e outro pé. Veste-se sozinha. Pede ajuda quando necessário.																



P – Presente

A – Ausente

NV – Não verificado



Sistema
Único
de Saúde

NOME: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NATURALIDADE: _____ EST. CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

PARA

Nº do Registro

--	--	--	--	--

[illegible]

UNIDADE: _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA

[illegible]

86

[illegible]

ASSISTÊNCIA (continuação)

[illegible]

ASSISTÊNCIA (continuação)

[illegible]

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

8 Nome do profissional

10 N° do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

12 Nome da gestante

14 Nome da mãe da gestante

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

18 Município de residência:

20 Logradouro (Rua avenida):

22 N°

23 Complemento

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado ☐

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira ☐

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não ☐

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união ☐

31 Raça/cor (por autodeclaração): ☐

[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

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

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

32 Nome do cartório:

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

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

R COM APENAS
DOCUMENTOS

PRE-
UM

ACOLHIMENTO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

46 DUM

47 DPP ____/____/____

48 Altura/cm

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio deslocamento ☐ ☐

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.

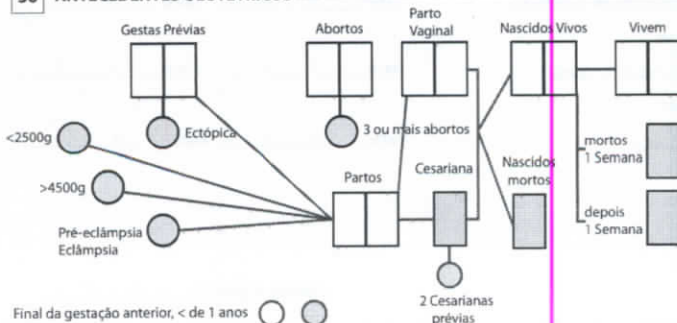
52 Tipo de gravidez:
☐ Única
☐ Gemelar
☐ Tripla ou mais
☐ Ignorada

53 Gravidez Planejada ☐ NÃO ☐ SIM

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	☐	☐	Tromboembolismo	☐	☐
Pré-eclâmpsia	☐	☐	Doença Mental	☐	☐
Eclâmpsia	☐	☐	Hipertensão	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐	Outros, qual:		

gab

SISPRENATAL N: _____

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO
PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

8 Nome do profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

12 Nome da gestante

14 Nome da mãe da gestante

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

18 Município de residência:

20 Logradouro (Rua avenida):

22 Nº

23 Complemento

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado ☐

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira ☐

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não ☐

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união ☐

31 Raça/cor (por autodeclaração): ☐

[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

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

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

32 Nome do cartório:

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

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

R COM APENAS
DOCUMENTOS

PRE-
UM

ACOLHIMENTO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

NÃO SIM

46 DUM

47 DPP ____/____/____

48 Altura/cm

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio deslocamento ☐ ☐

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.

52 Tipo de gravidez:
☐ Única
☐ Gemelar
☐ Tripla ou mais
☐ Ignorada

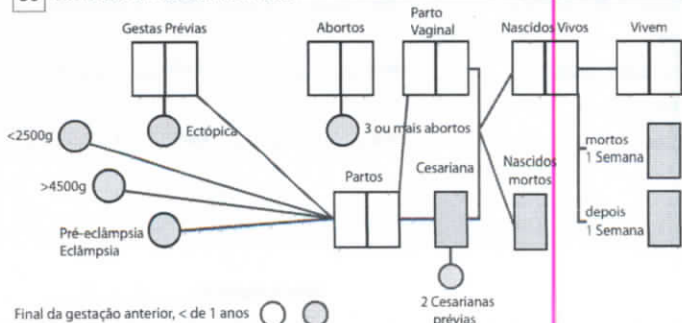
53 Gravidez Planejada NÃO SIM ☐ ☐

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES CLÍNICOS



NÃO SIM NÃO SIM

Diabetes ☐ ☐ Tromboembolismo ☐ ☐

Pré-eclâmpsia ☐ ☐ Doença Mental ☐ ☐

Eclâmpsia ☐ ☐ Hipertensão ☐ ☐

Cardiopatia ☐ ☐ Outros, qual: _____

Sob



Prefeitura Municipal de Óbidos
Secretaria Municipal de Saúde
e Saneamento



Sistema
de
Saúde

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE: _____

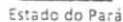
Nº DE REGISTRO: _____

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____





E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

FICHA DE REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

UNIDADE DE SAÚDE:

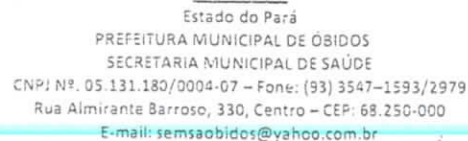
MÊS/ANO:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

PREFEITURA MUNICIPAL DE
 11
 Quadrimestre
 2015
 And 2015
 Documento
 65
 PARA
 08/08/2015

PARA PREENCHER A FICHA, LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- 1- *VACINAÇÃO: Registrar qual a dose e a data da mesma.
- 2- * EXAMES SOLICITADOS/ RESULTADOS: Quando solicitados os exames MARCAR COM "X". Quando resultados colocar os resultados por escrito.
- 3- *REUNIÃO GRUPAL: Registrar se SIM ou NÃO participou de reunião em grupo, se SIM, qual: a 1ª, 2ª, 3ª reunião e enviar o relatório de educação em saúde com o grupo de gestantes.
- 4- *USO - ULTRASSOM OBSTÉTRICA: Data da entrega da USO.



UNIDADE DE SAÚDE: _____
MÊS/ANO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
 11
 Quadrimestre
 Ano 2015
 Documento
 05
 PARA
 11/11/15

- 1- *VACINAÇÃO: Registrar qual a dose e a data da mesma.
- 2- * EXAMES SOLICITADOS/ RESULTADOS: Quando solicitados os exames MARCAR COM "X". Quando resultados colocar os resultados por escrito.
- 3- *REUNIÃO GRUPAL: Registrar se SIM ou NÃO participou de reunião em grupo, se SIM, qual: a 1ª, 2ª, 3ª reunião e enviar o relatório de educação em saúde com o grupo de gestantes.
- 4- *USO - ULTRASSOM OBSTÉTRICA: Data da entrega da USO.

FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

I UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA: _____

MUNICÍPIO: _____

BAIRRO: _____

II IDENTIFICAÇÃO: _____

Nome: _____

Matrícula SUS _____

Naturalidade: _____

Est. Civil: _____

Cor: _____

Nº _____

Idade: _____

anos

III DADOS OBSTÉTRICOS:

Data da última menstruação ____/____/____

Data provável do parto ____/____/____

Semanas de gestação: _____

Gestação nº _____

Partos nº _____

Abortos nº _____

Altura do fundo uterino: _____

cm

Peso antes da gestação: _____

kg

IV ASSINALE COM UM X NO(S) QUADRO(S) CORRESPONDENTES 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

ÚLTIMO PARTO (Intervalo)

(2 Pontos)

☐ Menos 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

FATOR Rh

(2 Pontos)

Mulher (-) e Marido (+)

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

(5 Pontos)

☐ Abortos espontâneos

(nº _____)

☐ Cesária

(nº _____)

☐ Fórceps

(nº _____)

☐ Natimorto

(nº _____)

☐ Morte Neonatal

(nº _____)

☐ Neonatos de baixo peso

(nº _____)

☐ Neonatos de peso acima 4.000g

(nº _____)

☐ Pré-eclâmpsia

(nº _____)

☐ Placenta prévia

(nº _____)

☐ Eclâmpsia

(nº _____)

☐ Deslocamento prematuro 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/Pts

ALTO RISCO

(Tratam. Especial obrigatório)

acima de 10

BAIXO RISCO
(Cuidados gerais)

2 - 4

Assinatura / Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

DIRETORIA TÉCNICA

DEPTº DE AÇÕES ESPECIAIS

DIV. ASS. ST. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

NOME: _____

Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA

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

FICHA PERINATAL AMBULATÓRIO

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

IDADE (Anos)

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

MENOR DE 15 ☐
MAIOR DE 35 ☐

ALFABETIZ. ☐

SIM ☐

NÃO ☐

INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐

PRIMÁRIO ☐

SECUND. ☐

UNIVERS. ☐

ANOS APROVAD.

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

ESTADO CIVIL / UNIÃO

CASADA ☐

SOLTEI. ☐

ESTÁVEL ☐

OUTRO ☐

ANTECEDENTES

FAMILIARES

DIABETES ☐

HIPERT. ART. ☐

GEMELARES ☐

OUTROS ☐

PESSOAIS

INFECÇÃO URINÁRIA ☐

INFERTILIDADE ☐

DIABETES ☐

HIPERT. CRÔNICA ☐

CIRURG. PÉLV. UTERINA ☐

OUTROS ☐

NÃO ☐

SIM ☐

OBSTÉTRICOS

ABORTOS ☐

GESTAS ☐

PARTOS ☐

NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS ☐

(Anotar o nº)

VAGINAIS ☐

CESÁREAS ☐

NASC. VIVOS ☐

NASC. MORTOS ☐

VIVERAM ☐

MORRERAM 1ª SEMANA ☐

MORRERAM Após 1ª Semana ☐

ALGUM RECÉM NASCIDO PESOU MENOS DE 2,500g ☐

NÃO ☐

SIM ☐

NASC. COM MAIOR PESO ☐

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GRAVID.

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

MÊS

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

ANO

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

g.

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

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR

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

ESTATURA (cm)

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

DIA

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

MÊS

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

ANO

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

DÚVIDAS ☐

NÃO ☐

SIM ☐

DIA

MÊS

ANO

DÚVIDAS

NÃO

SIM

ANTITÉTICA

PRÉVIA ☐

ATUAL ☐

1ª ☐

2ª/R ☐

MÊS GEST.

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

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ

NÃO ☐

SIM ☐

DIAS

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

GRUPO ☐

Rh ☐

SENSIB. ☐

NÃO ☐

SIM ☐

TRANSFERIDA ☐

NÃO ☐

SIM ☐

LOCAL:

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

DIA

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

MÊS

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

ANO

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

EX. CLÍNICO NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

EX. DAS MAMAS NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

EX. ODONTOL. NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

PÉLVIS NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

PAPA NICOLAU NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

COLPOSCOPIA NORMAL ☐

SIM ☐

NÃO ☐

EX. CLÍNICO CERVIX ☐

SIM ☐

NÃO ☐

FUMA ☐

NÃO ☐

SIM ☐

QUANTOS AO DIA

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

CONSULTA Nº

DATA

SEMANAS DE AMENORRÉIA

PESO (Kg)

PRESSÃO ARTERIAL MÁX / MIN (mmHg.)

ALTURA UTERINA (Cm) / APRESENT.

BCF / MOV. FETAIS

ASSINAT. DO MÉDICO

EXAME

DATAS / RESULTADOS

EXAME

DATAS / RESULTADOS

TIPO SANGÜÍNEO

HEMOGLOBINA

VDRL

URINA I

CITOLOG. ONCÓTICA

INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES: _____

PATOLOGIA NA GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

GESTÃO MÚLTIPLA ☐

HIPERTENSÃO PRÉVIA ☐

PRÉ-ECLÂMPSIA ☐

ECLÂMPSIA ☐

CARDIOPATIA ☐

DIABETES ☐

INFECÇÃO URINÁRIA ☐

OUTRAS INFECÇÕES ☐

PARASITÓSES ☐

AMEAÇA DE PARTO PREM. ☐

DESPROP. CEF. PÉLV. ☐

HEMORRAGIA 1º TRIMES. ☐

HEMOR. 2º TRIMESTRE ☐

HEMORRAG. 3º TRIMEST. ☐

ANEMIA CRÔNICA ☐

RUTURA PREMAT. MEMB. ☐

INFECÇÃO PUERPERAL ☐

HEMORRAGIA PUERPERAL ☐

OUTRA ☐

NENHUMA ☐

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



NOME: _____

Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA

FICHA PERINATAL AMBULATÓRIO

ENDEREÇO: _____

IDADE (Anos) _____

ALFABETIZ. _____

INSTRUÇÃO _____

ANOS APROVAD. _____

ESTADO CIVIL / UNIÃO

CIDADE: _____

MENOR DE 15
MAIOR DE 35

SIM ☐

NENHUMA ☐

SECUND. ☐

ESTÁVEL ☐

CASADA ☐

SOLTEI. ☐

OUTRO ☐

ANTECEDENTES

FAMILIARES

DIABETES NÃO ☐ SIM ☐

HIPERT. ART. ☐

GEMELARES ☐

OUTROS ☐

PESSOAIS

INFECÇÃO URINÁRIA NÃO ☐ SIM ☐

INFERTILIDADE ☐

DIABETES ☐

HIPERT. CRÔNICA ☐

CIRURG. PÉLV. UTERINA ☐

OUTROS ☐

OBSTÉTRICOS

ABORTOS ☐

GESTAS ☐

PARTOS ☐

NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS ☐

(Anotar o nº)

VAGINAIS ☐

CESÁREAS ☐

NASC. VIVOS ☐

NASC. MORTOS ☐

VIVERAM ☐

MORRERAM 1ª SEMANA ☐

MORRERAM Após 1ª Semana ☐

ALGUM RECÉM NASCIDO PESOU MENOS DE 2.500g NÃO ☐ SIM ☐

NASC. COM MAIOR PESO ☐

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GRAVID. _____

MÊS _____

ANO _____

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR _____

ESTATURA (cm) _____

DIA _____

MÊS _____

ANO _____

DÚVIDAS NÃO ☐ SIM ☐

ANTITÉTANICA PRÉVIA ☐

ATUAL 1ª ☐ 2ª/R ☐

MÊS GEST. _____

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ NÃO ☐ SIM ☐

GRUPO Rh _____

SENSIB. _____

TRANSFERIDA NÃO ☐ SIM ☐

LOCAL: _____

DIA _____

MÊS _____

ANO _____

EX. CLÍNICO NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

EX. DAS MAMAS NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

EX. ODONTOL. NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

PÉLVIS NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

PAPA NICOLAU NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

COLPOSCOPIA NORMAL SIM ☐ NÃO ☐

EX. CLÍNICO CERVIX SIM ☐ NÃO ☐

FUMA NÃO ☐

SIM ☐

QUANTOS AO DIA _____

CONSULTA Nº _____

DATA _____

SEMANAS DE AMENORRÉIA _____

PESO (Kg) _____

PRESSÃO ARTERIAL MÁX / MIN (mmHg.) _____

ALTURA UTERINA (Cm) / APRESENT. _____

BCF / MOV. FETAIS _____

ASSINAT. DO MÉDICO _____

EXAME

DATAS / RESULTADOS

TIPO SANGÜÍNEO

HEMOGLOBINA

VDRL

URINA I

CITOLOG. ONCÓTICA

EXAME

DATAS / RESULTADOS



INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES:

PATOLOGIA NA GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

☐ GESTAÇÃO MÚLTIPLA

☐ CARDIOPATIA

☐ PARASIToses

☐ HEMOR. 2º TRIMESTRE

☐ INFECÇÃO PUERPERAL

☐ HIPERTENSÃO PRÉVIA

☐ DIABETES

☐ AMEAÇA DE PARTO PREM.

☐ HEMORRAG. 3º TRIMEST.

☐ HEMORRAGIA PUERPERAL

☐ PRÉ-ECLÂMPSIA

☐ INFECÇÃO URINÁRIA

☐ DESPROP. CEF. PÉLV.

☐ ANEMIA CRÔNICA

☐ OUTRA

☐ ECLÂMPSIA

☐ OUTRAS INFECÇÕES

☐ HEMORRAGIA 1º TRIMES.

☐ RUTURA PREMAT. MEMB.

☐ NENHUMA

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - N° DO PRONTUÁRIO _____
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO _____ 8 - RAÇA / COR _____
Masc. ☐ Fem. ☐
9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO _____
DDD _____ N° DO TELEFONE _____
11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____
DDD _____ N° DO TELEFONE _____
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE _____

PROCEDIMENTO (S) SECUNDÁRIO (S)

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 _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 35 - QTDE _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID 10 PRINCIPAL _____ 38 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____
40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) _____
43 - DOCUMENTO _____ 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____
() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____
48 - DOCUMENTO _____ 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
() CNS () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____
a / /

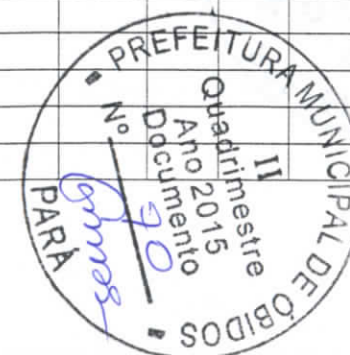
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____



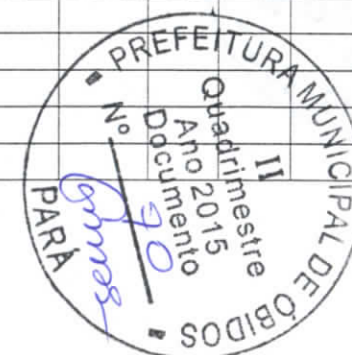
MAPA DE ATENDIMENTO COMPLEMENTAR DIÁRIO - _____

PROCEDIMENTOS	DIAS														Total
Adm. Med. por paciente externo															
Adm. Med. por paciente interno															
Curativo															
Inalação/nebulização															
Retirada de pontos por paciente															
Terapia de reidratação oral (na unidade de saúde)															
Sutura/debridamento															
Drenagem de abscesso															
Coleta de material para exame laboratorial (sangue, fezes, urina)															
Coleta de material p/ citologia oncológica - enfermeiro e técnico															
Coleta de sangue p/ triagem neonatal - enfermeiro e técnico															
Atendimento de enfermagem - técnico															
Ativid. em grupo/Edc. em saúde															
Visita domiciliar-Enfermeiro															
Visita domiciliar-Médico															
Visita domiciliar-técnico/auxiliar de enfermagem															
Visita domiciliar-visitadora															
Aferição de PA geral															
Medicamento paciente externo															
Medicamento paciente interno															
Medicação oral															



MAPA DE ATENDIMENTO COMPLEMENTAR DIÁRIO - _____

PROCEDIMENTOS	DIAS															Total
Adm. Med. por paciente externo																
Adm. Med. por paciente interno																
Curativo																
Inalação/nebulização																
Retirada de pontos por paciente																
Terapia de reidratação oral (na unidade de saúde)																
Sutura/debridamento																
Drenagem de abscesso																
Coleta de material para exame laboratorial (sangue, fezes, urina)																
Coleta de material p/ citologia oncológica - enfermeiro e técnico																
Coleta de sangue p/ triagem neonatal - enfermeiro e técnico																
Atendimento de enfermagem - técnico																
Ativid. em grupo/Edc. em saúde																
Visita domiciliar-Enfermeiro																
Visita domiciliar-Médico																
Visita domiciliar-técnico/auxiliar de enfermagem																
Visita domiciliar-visitadora																
Aferição de PA geral																
Medicamento paciente externo																
Medicamento paciente interno																
Medicação oral																





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/DAB/SAS

MAPA MUNICIPAL MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A

UF:

Profissional responsável:

Mês de referência:

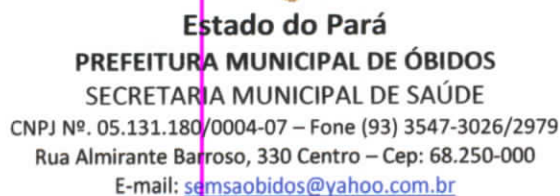
Data: ____/____/____



ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A			
Número de doses administradas			
		Rotina	Campanha
100.000 UI			
200.000 UI	1ª dose		
	2ª dose		

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo (registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)						
Número de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio
100.000 UI	200.000 UI					

GB



Hospital Municipal de Óbidos Dr. José Benito Priante

Nome: _____ Idade: _____
 Data de Nasc: ____/____/____ Sexo: ____ Estado Civil: ____ Profissão: ____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____
 Município _____ Endereço: (rua, nº, bairro) _____

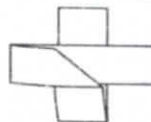
Atendimento

Avaliação, Diagnóstico, Prescrição, Tratamento, Evolução e liberação.

[illegible]



Prefeitura Municipal de Óbidos
Secretaria Municipal de Saúde



SUS
Sistema
Único
de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME _____

DATA _____

MATRÍCULA _____




MÉDICO / CRM



Item 30

REQUISIÇÃO DE EXAME CIPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

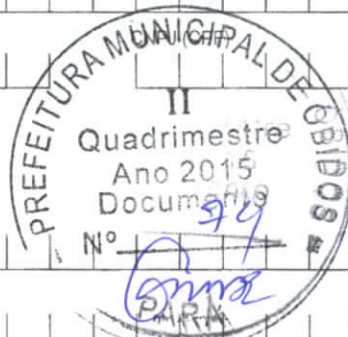
Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF	Cartão SUS	Código da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde		
Município		
Prontuário		

INFORMAÇÕES PESSOAIS

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, end. e nome da mãe do paciente preenchidos.

Nome Completo da Mulher		
Nome Completo da Mãe		
Apelido da Mulher		
Identidade	Órgão Emissor	UF
Data de Nascimento	Idade	
Logradouro		
Número	Complemento	
Bairro		
Município		
CEP	DDD	Telefone
Ponto de Referência		
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	1º Grau Completo	1º Grau Completo
2º Grau Completo	3º Grau Completo	



DADOS DA ANAMNESE

- | | |
|---|--|
| 1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
☐ Sim. Quando fez o último exame?
Ano <input type="text"/>
☐ Não ☐ Não sabe | 6. Já fez tratamento por radioterapia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe |
| 2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe | 7. Data da última menstruação / regra.
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ☐ Não sabe / Não lembra |
| 3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe | 8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(Não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra |
| 4. Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe | 9. 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 |
| 5. Usa hormônio/ remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe | |

EXAME CLÍNICO

- | | |
|--|--|
| 10. Inspeção do colo:
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)
☐ Alterada
☐ Colo não visualizado | 11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não |
| Data da coleta | Coletor |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

sh



item 30

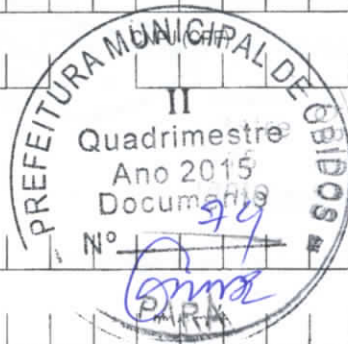
REQUISIÇÃO DE EXAME CIPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF	Cartão SUS	Código da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde		
Município	Prontuário	

INFORMAÇÕES PESSOAIS

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos	Nome Completo da Mulher				
	Nome Completo da Mãe				
	Apelido da Mulher				
	Identidade	Órgão Emissor	UF		
	Data de Nascimento	Idade			
	Logradouro				
	Número	Complemento			
	Bairro	UF			
	Município				
	CEP	DDD	Telefone		
Ponto de Referência					
ESCOLARIDADE	☐ Analfabeta	☐ 1º Grau Completo	☐ 1º Grau Completo	☐ 2º Grau Completo	☐ 3º Grau Completo

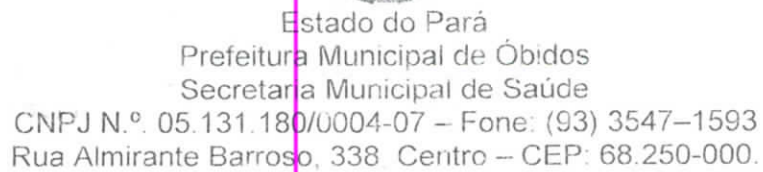


DADOS DA ANAMNESE

- | | |
|--|--|
| <p>1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
☐ Sim. Quando fez o último exame ?
Ano <input type="text"/>
☐ Não ☐ Não sabe</p> <p>2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe</p> <p>3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe</p> <p>4. Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe</p> <p>5. Usa hormônio/ remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe</p> | <p>6. Já fez tratamento por radioterapia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe</p> <p>7. Data da última menstruação / regra.
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ☐ Não sabe / Não lembra</p> <p>8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(Não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra</p> <p>9. 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</p> |
|--|--|

EXAME CLÍNICO

- | | |
|--|--|
| <p>10. Inspeção do colo:</p> <p>☐ Normal</p> <p>☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)</p> <p>☐ Alterada</p> <p>☐ Colo não visualizado</p> <p>Data da coleta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Coletor <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> | <p>11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?</p> <p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p><i>sh</i></p> |
|--|--|

[illegible]

Ch



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Mês de Referência: _____
Unidade de Saúde: _____
Responsável: _____

MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Tipo de Beneficiário:

() Crianças de 4 a 24 meses

() Gestantes a partir da 20ª semana

() Mulheres até o 3º mês pós-parto
(e até 3º mês pós-aborto)

Produto distribuído:

() Xarope de sulfato ferroso

() Comprimido de sulfato ferroso

() Comprimido de ácido fólico

Controle de perdas			
Perdas por vencimento de validade	Perdas por extravio	Perdas por algum tipo de danificação	Outro motivo
Frascos de sulfato ferroso			
Comprimidos de sulfato ferroso			
Comprimidos de ácido fólico			

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS

Quadrimestre II

Ano 2015

Documento N° 36

Assinatura: _____

1ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

2ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

3ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

4ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

5ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

1. Este mapa tem como objetivo acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro para crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto, de acordo com o manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

2. A distribuição dos suplementos deverá ocorrer da seguinte forma: para crianças - 1 frasco de sulfato ferroso com 60ml a cada 3 meses; para gestantes 30 comprimidos de sulfato ferroso e de ácido fólico a cada mês; e para a mulher até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto - 30 comprimidos de sulfato ferroso a cada mês.

3. O preenchimento das colunas acima deve representar a vez em que a pessoa está recebendo o suplemento, ou seja, deve registrar apenas o número de pessoas atendidas.

4. Para o correto preenchimento deste mapa, faz-se necessária inicialmente a seleção do tipo de beneficiário e do tipo de produto de que se pretende efetuar o acompanhamento.

5. No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.

Obs.: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participante do PMSF e registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.



SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE DO PARÁ
DIRETORIA DE POLITICAS DE ETENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL
PROGRAMA DE HIPERDIA

MAPA MENSAL DE INSULINAS

UNIDADE:													
SOLICITANTE:													
Medicamentos/ insumos	UND	Nº Paciente	Estoque Anterior	Recebido da SEMSA	Distribuído	Devolução	Perdas	Estoque Atual Previsto	Bimestre: Estoque Atual Real	Lote	Ano: Val.	Sol	Atend. SEMSA
Insulinas NPH sol. Inj.UI/ 100 ml	Frasco												
Insulinas REG.sol. UI/100 ml	Frasco												

Resp. pela Solicitação: _____

Telefone para contato: _____

Resp.pela Autorização: _____



SISVAN

MUNICÍPIO _____
 ESTABELECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE _____
 NOME DO PROFISSIONAL* _____

MÊS/ANO ____/____/____
 CNES* _____

*CAMPO OBRIGATÓRIO

	Data do Atendimento*	NIS/SUS*	NOME*	Data de Nascimento	Peso(kg)*	Estatura m/cm*	Aleitamento Materno (2)*	Vacinação em dia* 1-sim 2-não	DUM*	Pré-natal em dia* 1-sim 2-não	Doenças*	Intercorrências*
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

DOENÇAS: 1.anemia falciforme - 2.diabetes mellitus - 3.doenças cardiovasculares - 4.hipert. Arterial - 5.osteoporose - 98.outras doenças - 99.sem doenças

INTERCORRÊNCIAS: 1.anemia ferropriva - 2.distúrbio de deficiência de iodo - 3diarreia - 4.infecções intestinais virais - 5.infecção resp. aguda - 6.hipovitaminose A
 98. outra intercorrências - 99. sem intercorrências



e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
				/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO		MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	
Nº PRONTUÁRIO															
Data de nascimento*		Dia / mês		/		/		/		/		/		/	
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)															
Tipo Atendimento*	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado														
	Consulta Agendada														
	Escuta Inicial / Orientação														
	Consulta no Dia														
	Atendimento de Urgência														
Avaliação Antropométrica	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Criança	Aleitamento Materno (ver legenda)														
	DUM	Dia / Mês		/		/		/		/		/		/	
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (Semanas)														
	Gestas Prévia / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Problema / Condição Avaliada*	Asma														
	Desnutrição														
	Diabetes														
	DPOC														
	Hipertensão Arterial														
	Obesidade														
	Pré-natal														
	Puericultura														
	Puerpério (até 42 dias)														
	Saúde Sexual e Reprodutiva														
	Tabagismo														
	Usuário de álcool														
	Usuário de outras drogas														
Saúde Mental															
Reabilitação															





84



86

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

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

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações de Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros



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

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



[Signature]

Problema / Condição Avaliada *		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Doenças Transmissíveis	Tuberculose		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Hanseníase		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Dengue		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	DST		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Câncer do Colo do Útero		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Câncer de Mama		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Risco cardiovascular		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	CIAP2 - 01															
	CIAP2 - 02															
	CID10 - 01															
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	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	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electroforese de Hemoglobina	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	
	Exame de escarro	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	
	HDL	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	
	Hemograma	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	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	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	
	Sorologia para Dengue	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	
	Teste indireto de aglutinação humana (tita)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	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	
	Teste do olhinho	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	
	Ultrassonografia obstétrica	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	
	Outros (SIA)		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	
Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
NASF/Polo	Avaliação / Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Prescrição Terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Conduta *	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento para Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Encaminhamento Intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

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

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: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros * Campo Obrigatório

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

CBO*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

DATA:*

/ /

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento*														
Escuta Inicial/Orientação														
Acupuntura com Inserção de Agulhas														
Administração de vitamina A														
Cateterismo Vesical de Alívio														
Cauterização Química de Pequenas Lesões														
Cirurgia de Unha (Cantoplastia)														
Cuidado de Estomas														
Curativo Especial														
Drenagem de Abscesso														
Eletrocardiograma														
Coleta de Citopatológico de Colo Uterino														
Exame do Pé Diabético														
Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele														
Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)														
Infiltração em Cavidade Sinovial														
Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal														
Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo														
Retirada de Cerume														
Retirada de Pontos de Cirurgias														
Sutura Simples														
Triagem Oftalmológica														
Tamponamento de Epistaxe														
Teste Rápido														
De Gravidez														
Dosagem de Proteinúria														
Para HIV														
Para Hepatite C														
Para Sífilis														
Administração de Medicamentos														
Oral														
Intramuscular														
Endovenosa														
Inalação/Nebulização														
Tópica														
Penicilina para Tratamento de Sífilis														





85

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	☐			☐	☐
2		/ /	☐			☐	☐
3		/ /	☐			☐	☐
4		/ /	☐			☐	☐
5		/ /	☐			☐	☐
6		/ /	☐			☐	☐
7		/ /	☐			☐	☐
8		/ /	☐			☐	☐
9		/ /	☐			☐	☐
10		/ /	☐			☐	☐
11		/ /	☐			☐	☐
12		/ /	☐			☐	☐
13		/ /	☐			☐	☐
14		/ /	☐			☐	☐
15		/ /	☐			☐	☐
16		/ /	☐			☐	☐
17		/ /	☐			☐	☐
18		/ /	☐			☐	☐
19		/ /	☐			☐	☐
20		/ /	☐			☐	☐
21		/ /	☐			☐	☐
22		/ /	☐			☐	☐
23		/ /	☐			☐	☐
24		/ /	☐			☐	☐
25		/ /	☐			☐	☐
26		/ /	☐			☐	☐
27		/ /	☐			☐	☐
28		/ /	☐			☐	☐
29		/ /	☐			☐	☐
30		/ /	☐			☐	☐
31		/ /	☐			☐	☐
32		/ /	☐			☐	☐
33		/ /	☐			☐	☐



e-SUS Atenção Básica	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
_____	_____	_____	_____	_____
ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		
TIPO DE LOGRADOURO:		BAIRRO:*		
COMPLEMENTO:	MUNICÍPIO:*		UF:*	CEP:*
TELEFONES PARA CONTATO		TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()		
TELEFONE RESIDENCIAL: ()				



CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	
☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	
LOCALIZAÇÃO*	
☐ Urbana ☐ Rural	
IPO DE DOMICÍLIO	
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	
EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra	
☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)	
☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica	
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	
☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	
MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO	
Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	
Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	
Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material	
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna	
☐ Carro Pipa ☐ Outro	
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	
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	
☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento	
DESTINO DO LIXO	
☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro	
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	
☐ Sim ☐ Não	
QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros	
Quantos: _____	

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

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
--

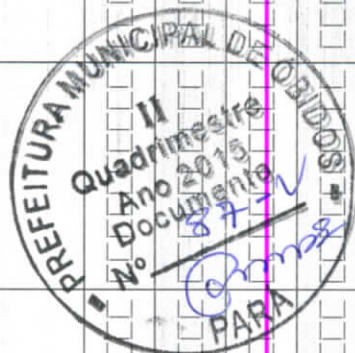
Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório



gd

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														



Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	
	Aferição de Temperatura	
	Curativo Simples	
	Coleta de material para Exame Laboratorial	
	Glicemia Capilar	
	Medição de altura	
	Medição de Peso	

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

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR: _____

FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

CBO*
|_|_|_|_|_| - |_|_|_|

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

DATA:*

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
 II Quadrimestre
 Ano 2015
 Documento
 Nº 28
 NCCARTASUS
 PARA *Genes*





Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada) * Campo Obrigatório

Nº	Motivo da Visita *												Desfecho *										
	Pessoa com Asma	Pessoa com DPoC/Enfisema	Pessoa com Câncer	Pessoa com outras Doenças Crônicas	Pessoa com Hanseníase	Pessoa com Tuberculose	Sintomáticos Respiratórios	Tabagista	Domiciliados / Acamados	Condições de Vulnerabilidade Social	Condiionalidades do Bolsa Família	Saúde Mental	Usuário de álcool	Usuário de outras drogas	Egresso de Internação	Controle de Ambientes / Vetores	Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	Orientação / Prevenção	Outros	Visita Realizada	Visita Recusada	Ausente	
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐											

e-SUS Atenção Básica		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR			
Nº DO CARTÃO SUS		É o responsável? N° DO CARTÃO SUS		DATA DE NASCIMENTO:	
		☐ Sim ☐ Não		/ /	
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:				DATA DE NASCIMENTO:*/ /	
SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino		RAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena		Nº NIS (PIS/PASEP):	
NOME COMPLETO DA MÃE:*					
☐ Desconhecido					
NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**				E-MAIL:	
FORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
☐ Cônjuge / Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteadado(a) ☐ Neto(a) / Bisneto(a) ☐ Pai / Mãe ☐ Sogro(a)					
☐ Irmão / Irmã ☐ Genro / Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente					
FREQUENTE ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☐ Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
☐ Creche		☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)			
☐ Pré-escola (exceto CA)		☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)			
☐ Classe Alfabetizada - 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)					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro					
FREQUENTE 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 / IDENTIDADE DE GÊNERO?		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*			
☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não			
SE SIM, QUAL?		SE SIM, QUAL(is)?			
☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro		☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra			
☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual		☐ Visual ☐ Física			
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: ☐ Óbito ☐ Mudança de território					
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA					
Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					







gnd

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior