

Tubercul BCG						
Haemophilus B						
Difteria, Tétano coqueluche						
Pollomielite						
Sarampo						
Febre amarela						
Sarampo, caxumba Rubéola						
Hepatite - B						

Observação: Para sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importância. Apresenta-o antes do atendimento médico

Único de Saúde Nacional Especial de Executiva Municipal
de Saúde de Saúde de Saúde de Saúde de Saúde
Social PARA

CARTÃO E VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME:

RG / ORGÃO EMISSOR:

DATA NASCIMENTO:

 / /

Endereço:

CIDADE:

UF:

FONE



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG: _____, Foi submetido a consulta
Médica nesta data, no horário das _____ Horas,
sendo portador da afecção CID-10 _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas
atividades laborativas por um período de _____ (_____)
dias à partir desta data.

Brasil Novo, _____ de _____ de 2 _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Trav. 28 de Abril, 1175 - Centro - Fone/Fax: (93) 35141555 - Brasil Novo - Pará
E-mail: saudebrasilnovo.pa@gmail.com



ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto para fins que o
paciente _____ portador do RG _____
esteve sob atendimento odontológico no dia ____ / ____ / ____ no período da ____ O mesmo
foi examinado enquadrando-se no CID _____, e

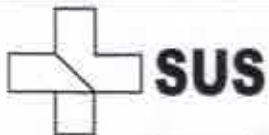
Não necessita de repouso adicional.

Necessitará de ____ dias de repouso

Brasil Novo, PA ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo

Endereço:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIS/SUS
Boletim de Produção Ambulatoria / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

UF MÊS ANO

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde) CARIMBO	RUBRICA	GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL CARIMBO	RUBRICA
DATA / /		DATA / /	



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

CONTROLE MENSAL DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE

USF _____ MÊS / ANO _____

DATA	ENFERMEIRO	QUANT.	DENTISTA	QUANT.	MÉDICO	QUANT.	Nº ATENDIMENTOS

Coordenador da USF

EXAME DE BACILOSCOPIA NA HANSENIASE

Nome: _____

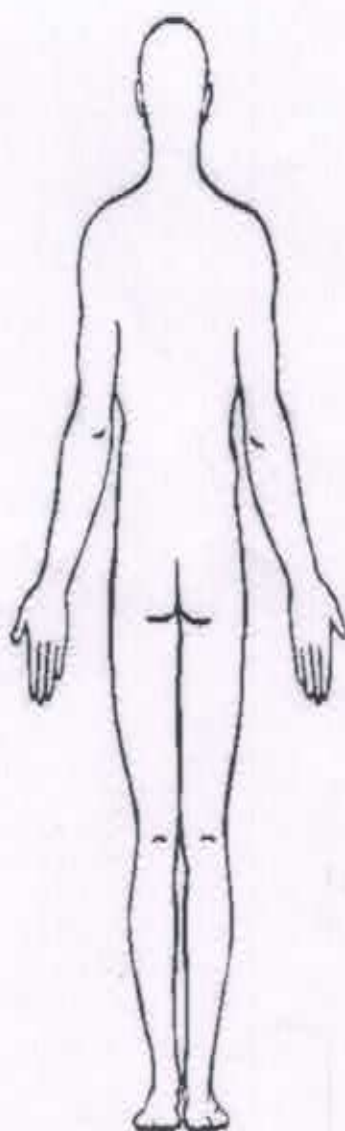
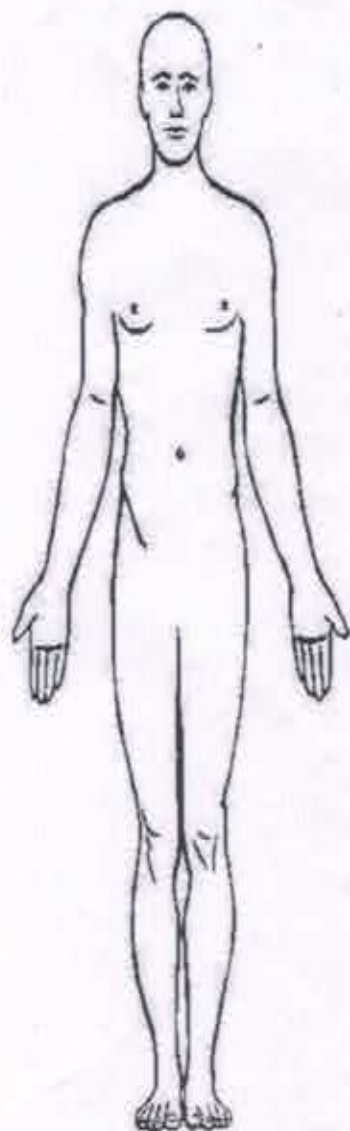
Matricula: _____ Cartão SUS: _____ Data: ___/___/___

Solicitante: _____ ESF: _____

Forma clínica: _____

Diagnóstico: _____

Controle: _____



Locais de colheita da linfa

- Olho direito
- Olho esquerdo
- Cotovelo direito
- Cotovelo esquerdo
- Lesão

Resultado Índice Bacilar: _____

Assinatura do responsável pelo exame: _____ Data: ___/___/___



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUN. DE BRASIL NOVO
Comunicação Interna Evite Recados Verbais
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DE: _____

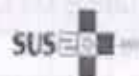
PARA: _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Favor Providenciar | <input type="checkbox"/> Favor comprar | <input type="checkbox"/> Para seu arquivo |
| <input type="checkbox"/> Favor verificar | <input type="checkbox"/> onf. nossa conversação | <input type="checkbox"/> Para V.Sa. tratar |
| <input type="checkbox"/> Favor falar comigo | <input type="checkbox"/> Conforme seu Pedido | <input type="checkbox"/> Preparar resposta |
| <input type="checkbox"/> Favor envia | <input type="checkbox"/> Passa Fax | <input type="checkbox"/> Tirar cópias |
| <input type="checkbox"/> Favor devolver | <input type="checkbox"/> Para sua apuração | <input type="checkbox"/> Telefonou-me |
| <input type="checkbox"/> Favor informar | <input type="checkbox"/> Para seus comentarios | <input type="checkbox"/> Para sua Ass. |
| <input type="checkbox"/> Favor cobrar | <input type="checkbox"/> Para sua informação | |
| <input type="checkbox"/> Favor paga | | |

ASSUNTO

____/____/____
Data

Assinatura



AValiação Neurológica Simplificada

Nº Prontuário: _____

Unidade: _____ Município/UF: _____ Data: / /

NOME: _____ Sexo: _____ Data Nasc.: / /

Ocupação: _____ Procedência (Munic./UF): _____







Classificação Operacional: PB _____ MB _____ Data Início PQT: / / Data Alta PQT: / /

FACE	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Nariz						
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos sem força (mm)						
Fecha olhos com força (mm)						
Triquitase(S/N) Ectrópio(S/N)						
Dimin. Sensibilidade da córnea						
Opacidade da córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: 1) S/N - Sim/Não 2) Avaliação de fenda nos olhos: Anotar em "mm" o tamanho da fenda encontrada. Em caso de ausência de fenda, anotar 0 (zero)







Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						
Auricular						



Legenda: N = Normal E = Espessado D = Dor C = Choque

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar 						
Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho 						
Extensão de punho (nervo radial) 						

Legenda: F = Forte D = Diminuída P = Paralisado ou 5 = Forte, 4 = Resistência Parcial, 3 = Movimento Completo, 2 = Movimento Parcial, 1 = Contração, 0 = Paralisado



INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Monofilamento Lilás (2g): Sente: ✓ (Assinalar em Azul) Não sente: X (Assinalar em Vermelho) ou Monofilamentos: Seguir Cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação 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 ou
5= Forte, 4= Resistência Parcial, 3= Movimento Completo, 2= Movimento Parcial, 1= Contração, 0= Paralisado

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda:

Monofilamento Lilás(2g): Sente: ✓ (Assinalar em Azul) Não sente: X (Assinalar 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		SOMA (SCORE OMP)	MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E			
Avaliação no Diagnóstico / /									
Avaliação metade Tratamento / /									
Avaliação na Alta / /									

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS	MONOFILAMENTOS	
		COR	Gramas
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.	Verde	• 0,05
		Azul	• 0,2
		Lilás	• 2,0
I	Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nos olhos. Perda da sensibilidade protetora nas mãos e / ou pés (não sente 2g).	Vermelho Fechado	• 4,0
		Vermelho Cruzado	X 10,0
		Vermelho Aberto	○ 300,0
		Preto	• S/ Resposta
II	<p>Olhos: Lagoftalmio e /ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m.</p> <p>Mãos: Lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; mão caída.</p> <p>Pés: Lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído contratura do tornozelo.</p>	<p>OBS: Reação durante PQT (S/N): _____ Tipo _____ Tempo _____ Reação após alta da PQT (S/N): _____ Encaminhamento _____</p>	

Atenção: Considera-se Grau Zero de incapacidade a presença de resposta positiva aos filamentos 0,05g(verde ou 0,2g (azul) ou ainda 2,0g-(Lilás). Considera-se Grau 1 de incapacidade ausência de resposta aos filamentos igual ou maior a 2,0 g (Lilás).

ANEXO II

FRENTE

Nº NOTIFICAÇÃO _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

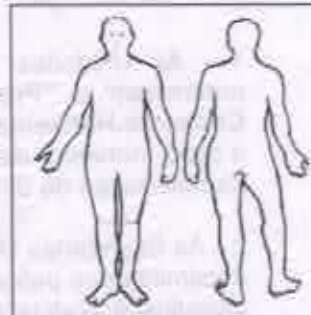
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

- 1 - Unidade de Saúde: _____
- 2 - Município: _____ 3 - UF: _____
- 4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____
- 6 - Nome da Mãe: _____
- 7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
- 9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____
- 11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____
- 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano
- 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
- 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
- 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

- 16 - Número de lesões de pele: _____
- 17 - Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele. c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/papulas Infiltração Outras (especificar): _____
- 18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais
- 19 - Existem áreas com rarefação de pelo?
 não sim Onde? _____
- 20 - Existem nervos acometidos?
 não sim Quantos? _____
- 21 - Teste de Histamina:
 não realizado realizado Resultado: _____



22 - Localiza as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

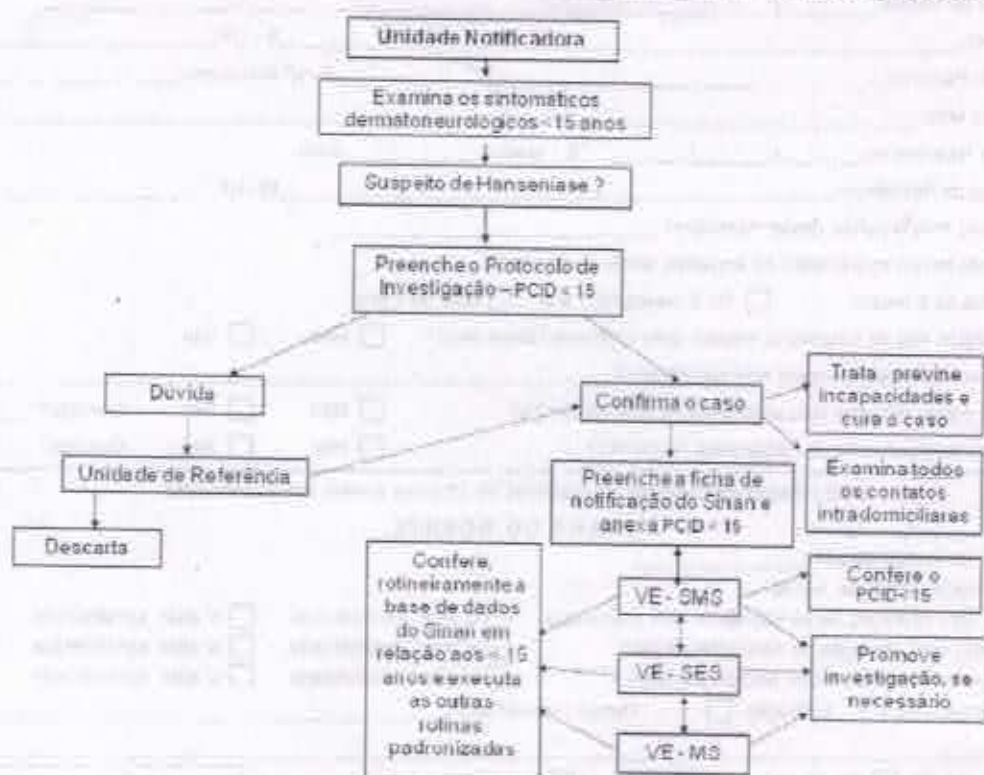
Grau	O l h o			M ã o			P é		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
2	Triquiasse			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Açuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

- 24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim
- 25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB
- 26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
- 27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

FLUXOGRAMA

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENIASE EM MENORES DE 15 ANOS



1 - As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos" - PCID - <15 e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente;

2 - As Secretarias Municipais de Saúde - SMS, mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico;

3 - As Secretarias Estaduais de Saúde - SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Controle de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

4 - O Ministério da Saúde, através da Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH/SVS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

ANEXO VI

PNCH/SVS-MS		Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura	
Regional de Saúde _____ Mun. Notificação: _____ UF _____ Unidade de Saúde: _____		N.º Reg. Sinar: _____ N.º Promitório: _____	
Identificação do Paciente			
Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/> Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Município de Residência: _____ UF _____			
História Anterior			
1. Exame Dermatoneurológico:			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não			
Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ Outras _____			
1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não			
Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>			
2. Classificação 1) PB 2) MB <input type="checkbox"/> 1) L, 2) T, 3) D, 4) V, <input type="checkbox"/> Data do Diagnóstico ____/____/____		3. Bactioscopia <input type="checkbox"/> 1) Positiva lb _____ 2) Negativa _____ 3) Não Realizada/Não Informada _____	
4. Grau Incapacidade <input type="checkbox"/> 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado _____			
5. TRATAMENTO			
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____			
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar) _____ <input type="checkbox"/>			
Tempo de Tratamento _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>			
Data do Término do Tratamento: ____/____/____			
Observações: _____			
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:			
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____			
Conduta (Medicamentos usados): _____			
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA:			
1. Exame Dermatoneurológico			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não			
Áreas hipossensíveis <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> Macrófagos <input type="checkbox"/> Lesão residual <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> N.º de lesões _____			
1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não			
Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>			
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/>			
Conduta (Medicamentos usados): _____			
3. Grau De Incapacidade: 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>			



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE PACIENTES DE
HANSENÍASE RESIDENTES EM OUTRO MUNICÍPIO.

DADOS DO PACIENTE

NOME:	Data Nasç: / /
NOME DA MÃE:	
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO: / /	Nº SINAN:
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL:	
MUNICÍPIO DE TRATAMENTO DO CASO:	
UNIDADE SOLICITANTE:	

DADOS DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

ENDEREÇO:
BAIRRO:
PONTO DE REFERÊNCIA:
TELEFONE:

RELAÇÃO DOS CONTATOS

NOME	PARENTESCO	DATA EDN ^(*)	BCG ^(**)
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

LEGENDA: * Exame Dermatoneurológico

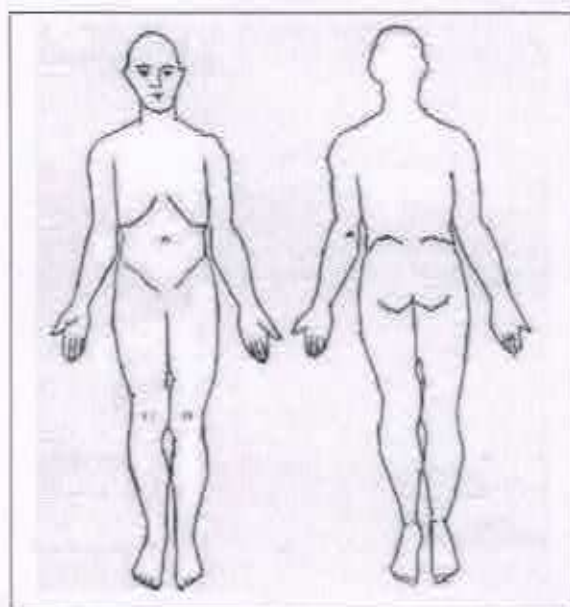
** Informar 1ª dose ou 2ª dose



FICHA COMPLEMENTAR PARA DIAGNÓSTICO DE HANSENIASE - ATENÇÃO BÁSICA

Nome _____	Nº do Prontuário: _____
Ocupação _____	Idade: _____ Sexo: [] M [] F
Nome da Mãe: _____	PROCEDÊNCIA: Município: _____ Estado: _____ País: _____
Endereço Completo: Rua _____	
Nº _____ Bairro: _____	Município Resid. Atual: _____
Local de Referência: _____	Tempo Resid: () Anos () Mês
Área onde Mora (Nome da Área Rural/ Assentamento / Reserva Indígena/Invasão: _____	
É Contato? [] Sim [] Não - Se SIM, Tempo de convivência: _____	
Nome / parentesco da Fonte Primária: _____	

Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	Diagnóstico Clínico	Examinador (Assinatura)
	Classificação Operacional: _____ Forma Clínica: _____	



Legenda:

- Lesão da pele
- ✕ Troncos Nervosos

CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL	PB	MB
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Até 5 lesões de pele - E/Ou - Até <u>UM</u> tronco Nervoso afetado	Mais de 5 lesões de pele - E / Ou - Mais de <u>UM</u> tronco Nervoso afetado; Ou até 05 Lesões com infiltração.
ESQUEMA TERAPÊUTICO	PQT - 6 Doses em até 9 meses	PQT - 12 Doses em até 18 meses

AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO E NA CURA

GRAU	CARACTERÍSTICAS	MONDEILAMENTOS		SOMA	MAIOR GRAU	ASSINATURA				
		COR	GRAMAS							
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.	Verde	*	0,05						
		Azul	*	0,2						
		Lilás	*	2,0						
I	Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nos olhos. Perda da sensibilidade protetora nas mãos e/ou pés (não sente 2g).	Vermelho Fechado	*	4,0						
		Vermelho Cruzado	X	10,0						
		Vermelho Aberto	o	300,0						
		Preto	*	S/ Resposta						
II	Olhos: Lagofalmo e/ou ectrópio; triquinse; opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros. Mãos: Lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: Lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caldo; contração do tornozelo.	OHS: Subre Reação ou outra situação								
DATA DA AVALIAÇÃO		OLHOS		MÃOS		PÉS				
		D	E	D	E	D	E			
NO DIAGNÓSTICO		/	/							
NA ALTA		/	/							

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ADAPTADO DO ANEXO VII DA PORTARIA 3.125 SVS-MS

PNCH/SVS-MS FORMULÁRIO DE VIGILANCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE

REGIONAL DE SAÚDE: _____	Nº REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____	Nº PRONTUÁRIO: _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO: PB [] MB []

CONTATOS INTRADOMICILIARES					
NOME	IDADE	PARENTESCO	Exame Dermatoneurológico		BCG (DATA)
			Data	Resultado	
1.			/ /		/ /
2.			/ /		/ /
3.			/ /		/ /
4.			/ /		/ /
5.			/ /		/ /
6.			/ /		/ /
7.			/ /		/ /
8.			/ /		/ /
9.			/ /		/ /
10.			/ /		/ /
11.			/ /		/ /
12.			/ /		/ /
13.			/ /		/ /
14.			/ /		/ /
15.			/ /		/ /

LEGENDA: RESULTADO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO E CONDUTA

RESULTADO: N: NORMAL S: SUSPEITO D: DOENTE

CONDUTA: ENCAMINHAR PARA BCG ENCAMINHAR PARA CM NOTIFICAR, TRATAR E FAZER AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva ____/____/____

1. EXAME DERMATONEUROLÓGICO

1.1 Lesões cutâneas: 1) Sim, 2) Não

Manchas Infiltrações
 Placas Outras
 Nódulos No De Lesões _____

1.2 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não

Axilar Ulnar Mediano Radial Fêmur Tibial

2. BACILOGRAFIA

IB _____
 1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada/Não Informada

3. GRAU DE INCAPACIDADE

0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim, 2) Não

Conduta (Medicamentos usados): _____
 TIPO I TIPO II TIPO III NEURITES

5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não

<input type="checkbox"/> Aparicimento súbito e inesperado	<input type="checkbox"/> Lento e insidioso
<input type="checkbox"/> Acompanhado de febre e mal estar	<input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar
<input type="checkbox"/> Aparicimento de várias lesões novas	<input type="checkbox"/> Poucas lesões novas
<input type="checkbox"/> Ulceração das lesões	<input type="checkbox"/> Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos	<input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteróides	<input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteróides

6. DIAGNOSTICO PROVÁVEL 1) Sim, 2) Não

Estado reacional de Hanseníase
 Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)
 Recidiva de Hanseníase
 Recidiva e estado reacional de Hanseníase
 Suspeita de resistência medicamentosa
 Outros (especificar) _____

7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não

Data ____/____/____

Introduzida medicação anti-reacional
 Introduzida PQT/PIB
 Introduzida PQT/ΔIB
 Iniciada investigação para resistência medicamentosa/retirado material para inoculação
 Outros (especificar) _____

8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA

III, 2)T 3)D 4)V 1)PB 2)MB

Data diagnóstico da recidiva ____/____/____

_____ DE _____ DE _____

_____ NOME (CRM)

_____ NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

PROCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO/Atenção Básica
(AMI^{AB})

Data: ____/____/____

Hora:

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Apelido/Nome social
Nº Cartão do SUS:	
Unidade de Saúde que frequenta:	
Identidade:	CPF:
Sexo:	Profissão /Ocupação atual e pregressa:
Idade:	Escolaridade:
Data de Nascimento:	Naturalidade:
Estado:	País:
Estado Civil:	() Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros
Cor:	() Leucoderma () Feoderma () Melanoderma
Escolaridade:	() Analfabeto () até 4 anos () 4 a 8 anos () 8 anos ou mais
Endereço:	
Telefone:	
Informante (se for o caso):	Parentesco:
Cuidador:	Idade: Sexo:
Outros dados relevantes:	



ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf20.com.br

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Pontuação

IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ^a <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^b <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^c	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ^d <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^e	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima de item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido aos parâmetros de questões 1, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ^f <input type="checkbox"/> Não		
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ^g <input type="checkbox"/> Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ^g <input type="checkbox"/> Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ^g <input type="checkbox"/> Não		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ^h <input type="checkbox"/> Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ^h <input type="checkbox"/> Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ⁱ <input type="checkbox"/> Não		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ⁱ <input type="checkbox"/> Não		
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (<input type="checkbox"/>); Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (<input type="checkbox"/>); Circunferência da panturrilha a < 31 cm (<input type="checkbox"/>); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (<input type="checkbox"/>). <input type="checkbox"/> Sim ^j <input type="checkbox"/> Não		Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ^k <input type="checkbox"/> Não		
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ^k <input type="checkbox"/> Não			
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ^l <input type="checkbox"/> Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ^m <input type="checkbox"/> Não		
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ⁿ <input type="checkbox"/> Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas (<input type="checkbox"/>); Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (<input type="checkbox"/>); Internação recente, nos últimos 6 meses (<input type="checkbox"/>). <input type="checkbox"/> Sim ^o <input type="checkbox"/> Não		Máximo 4 pts
	Polifarmácia			
	Internação recente (<6 meses)			
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)				

AGENDA DO PACIENTE

AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS (AVD's básicas: AUTO-CUIDADO)

	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
TOMAR BANHO <i>(Leito, chuveiro ou banheira)</i>	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
VESTIR-SE	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca óculos ou próteses, manuseia fósforos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
USO DO VASO SANITÁRIO	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso, ajunta as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
TRANSFERÊNCIA	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
CONTINÊNCIA	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por anemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros <i>Acidentes "ocasionais"</i>
ALIMENTAR-SE	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio de carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca, não come nada ou recebe alimentação parenteral

Nota: Independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executada, mesmo que se julgue ser ele capaz.

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AVD's instrumentais)

Atividade de vida diária	Sem ajuda	Com ajuda parcial	Incapaz
Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

COGNIÇÃO

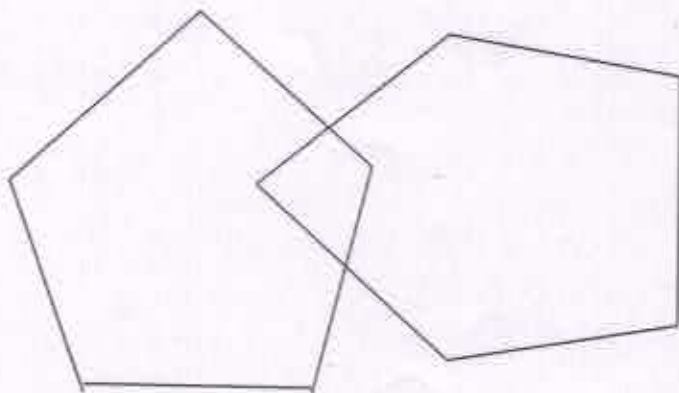
PRESENÇA DE ESQUECIMENTO: () SIM () NÃO

- Percepção do esquecimento: () Paciente > Família () Família > Paciente () Família = Paciente
- Piora progressiva: () sim () não Duração: _____
- Tipo: Memória de Trabalho () Memória Episódica ()
- Presença de declínio funcional após o início dos sintomas cognitivos.....() sim () não
- Caracterização:

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ESCOLARIDADE (anos/escola): _____

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)		DATA (score)				
Orientação Temporal (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Ano					
	Mês					
	Dia do mês					
	Dia de semana					
	Semestre/Hora aproximada					
Orientação Espacial (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Estado					
	Cidade					
	Bairro ou nome de rua próxima					
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)					
Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão) Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA CARRO, VASO e TIJOLO						
Registro (3 pontos)						
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$ Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM					
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?					
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta					
Repetir (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"					
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"					
Escrever uma frase completa (1 ponto)	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"					
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS					
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção					
PONTUAÇÃO FINAL (score = 0 a 30 pontos)						



FECHE SEUS OLHOS

HUMOR/COMPORTAMENTO

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15 e GDS-5)

(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)

Validação: Almeida O.P. Arq Neuropsiquiatr, v. 57, p. 421-426, 1999.

	SIM	NÃO
Você está basicamente satisfeito com sua vida?.....	0	1
Você se aborrece com freqüência?.....	1	0
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?.....	1	0
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?.....	1	0
Você sente que sua situação não tem saída?.....	1	0

PONTUAÇÃO: ____/5

Sintomas Maiores de Depressão (Critérios do DSM-IV):

- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos..... ()
- Humor deprimido (sente-se triste ou vazio) ()
- Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite..... ()
- Insônia ou hipersonia ()
- Agitação ou retardo psicomotor..... ()
- Fadiga ou perda de energia..... ()
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada..... ()
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se..... ()
- Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente..... ()

SCORE: ()

- Duração da sintomatologia depressiva:
- A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento anterior..... () sim () não
- Presença de alterações do pensamento e/ou senso-percepção: () sim () não
 - Ideias delirantes.....() sim () não Especificar:
 - Alucinações.....() sim () não Especificar:
- História de doença psiquiátrica prévia.....() sim () não Especificar:

MOBILIDADE

MARCHA..... ()

- 1. Sozinho
- 2. Ajuda ocasional
- 3. Ajuda frequente
- 4. Muleta ou bengala
- 5. andador
- 6. Cadeira de rodas
- 7. Imobilidade completa (acamado)

- Velocidade da marcha em 4 metros: _____ m/s (4 / tempo gasto)
- Levantar e andar 3 metros quantitativo e qualitativo (*Timed up and go test*)

O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira

Duração: () <10 seg () 10 a 20 seg () 20 a 30 seg () ≥ 30 Seg

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA MARCHA E EQUILÍBRIO (GET UP AND GO)

EQUILÍBRIO	Equilíbrio assentado	Firme, constante e estável	
	Levantamento da cadeira	Capaz de levantar em um único movimento sem usar os braços	
	Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 seg)	Estável sem segurar em algum auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte	
	Rotação Sentando-se	Não segura ou cambaleia: não necessita segurar em qualquer objeto; os passos são contínuos Movimento suave, seguro	
LOCOMOÇÃO	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem nenhuma hesitação; o início da marcha é único suave	
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, mas não mais do que de 2,5 ou 5cm	
	Comprimento do passo	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio	
	Desvio de curso ou trajeto	Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente avança	
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para manter a estabilidade	
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	
DESCREVER PADRÃO DA MARCHA:			

QUEDAS

História de quedas no último ano.....sim não

Número de quedas..... 1 2 a 4 ≥ 5

Repercussão funcional..... sim não

Especificar:

Causas/circunstâncias: 1) Sensação de desequilíbrio 2) Perda de consciência

Tempo de permanência no chão:

Necessidade de ajuda para levantar-se..... sim não

FRATURA.....() sim () não
 () vértebra () fêmur () antebraço () outro Data:

AVALIAÇÃO DO ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA

Avaliação funcional dos ombros.....() Normal () Anormal

Prensão manual.....() Normal () Anormal

Pinça.....() Normal () Anormal

COMUNICAÇÃO

Órgãos dos Sentidos:

PROBLEMA DE VISÃO () Sim () Não			PROBLEMAS DA AUDIÇÃO () Sim () Não		
Uso de lentes corretivas	() Sim	() Não	Uso de prótese auditiva	() Sim	() Não
Teste Snellen (5 metros)	() < 0,3	() > 0,3	Teste do sussuro (60cm de cada ouvido)	() Positivo	() Negativo
Dificuldade para ler jornais ou revistas	() Sim	() Não	Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas	() Sim	() Não
Data da última visita ao Oftalmologista: / /			Data da última visita ao Otorrinolaringologista: / /		

FALA	
Produção oral	
Deglutição	

SAÚDE BUCAL

Mini-Avaliação da Saúde bucal

Observar a presença de:	SIM	NÃO
Diminuição da quantidade de alimentos ou mudança no tipo de alimentação por causa dos dentes?		
Problemas de mastigação		
Sensibilidade exagerada a alimentos ou líquidos nos dentes ou gengivas?		
Edentulismo		
Prótese dentária		
Xerostomia		
Feridas ou lesões na mucosa oral ou língua		
Sangramento gengival		
Oroscopia: U.T.I.		
Data da última visita ao dentista:		

NUTRIÇÃO

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

Peso (kg):	Altura (cm):	Circunferência da panturrilha:	IMC:
------------	--------------	--------------------------------	------

MAN TRIAGEM	
<p>Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</p> <p>0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Perda de peso nos últimos meses</p> <p>0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Mobilidade</p> <p>0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</p> <p>0 = sim 2 = não</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pts.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>12 pontos ou mais: normal (desnecessário continuar a avaliação)</p>	
<p>11 pontos ou menos: possibilidade de desnutrição (continuar a avaliação)</p>	

HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

TABAGISMO () sim () não

Número de cigarros/dia: _____

Duração/anos: _____

Outros: _____

ETILISMO () sim () não

Tipo de bebida: _____

Dose diária: _____

Duração/anos: _____

SONO:

USO DE MEDICAMENTOS

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração e Intervalo	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

IMUNIZAÇÃO

- Vacinação anti-tetânica () Completa () Incompleta () Ausente () Ignorado

Data da última dose: _____

Se negativo, especificar porque: _____

- Vacinação anti-influenza no último ano () sim () não

Se negativo, especificar: _____

- Vacinação anti-pneumocócica () sim () não

Ano: _____

Se negativo, especificar: _____

- Vacinação anti-amarílica () sim () não

Ano: _____

Se negativo, especificar: _____

ÓRTESES/PRÓTESES () sim () não

Especificar: _____

DIAGNÓSTICOS E INTERNAÇÕES PRÉVIOS:

CIRURGIAS PRÉVIAS:

HÁBITOS DE VIDA:

AVALIAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR

1. Avaliação da composição e dinâmica familiar

2. Pesquisa de maus-tratos

3. Avaliação da rede comunitária e suporte social

AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

AVALIAÇÃO AMBIENTAL

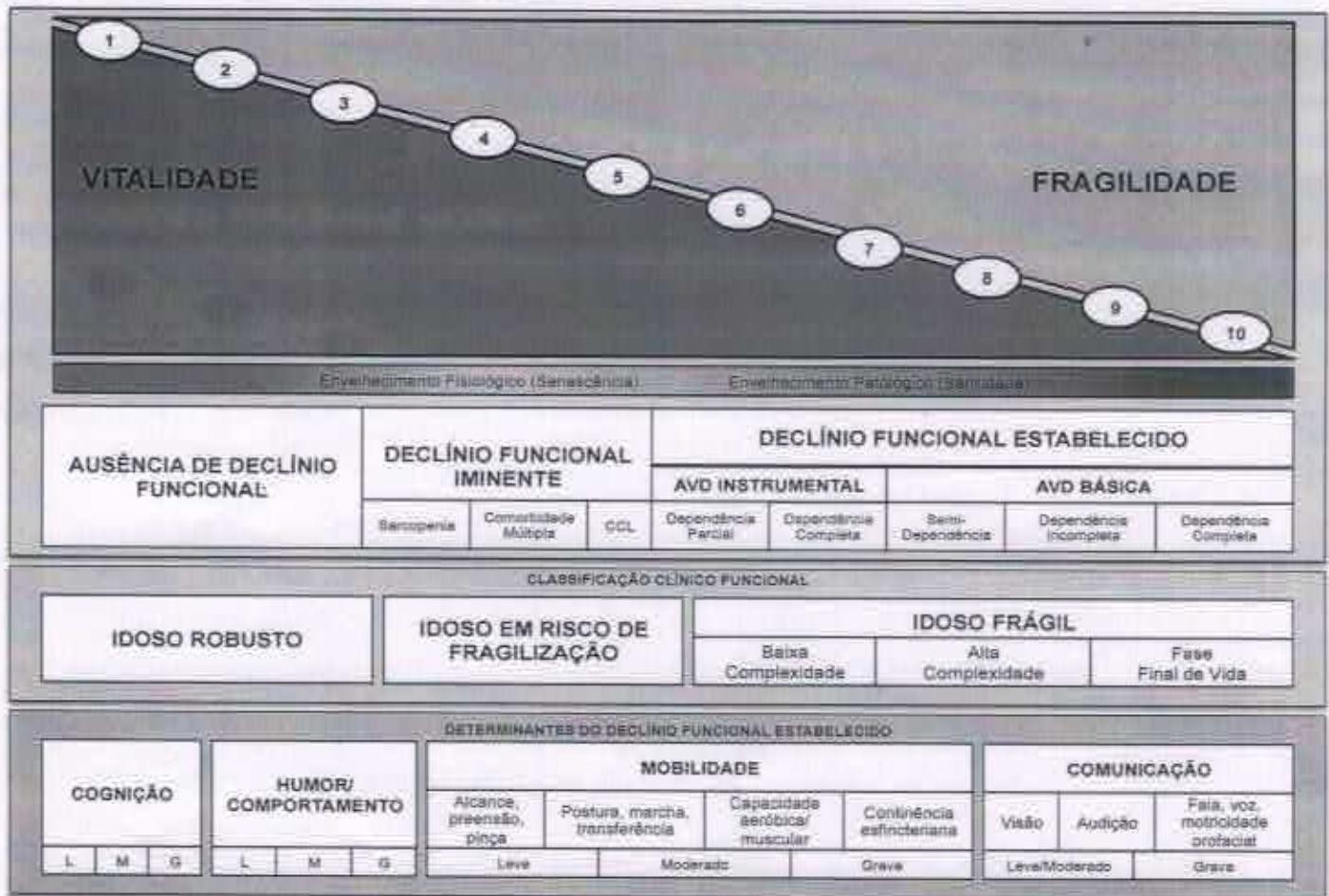
ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
ILUMINAÇÃO	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indireta		
QUARTO DE DORMIR	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo se assentar para se vestir		
	Cama de boa altura (45 cm)		
BANHEIRO	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
COZINHA	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de roda se necessário		
ESCALADA	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		

REVISÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS
Anamnese, exame físico e revisão dos exames complementares

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL



DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Condições Crônicas de Saúde *(Importância + Duração + Fatores de Risco + Sintomas Específicos + Passado Médico)*
2. Condições Agudas de Saúde
3. Saúde Bucal
4. Nutrição
5. Sono
6. Crenças, preocupações, medos e expectativas do paciente sobre sua saúde
7. Lazer
8. Suporte Familiar
9. Suporte Social
10. Segurança Ambiental

SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES

1. AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS

Metas terapêuticas:

- Prioridade 1: intervenções capazes de reduzir o declínio funcional + intervenções capazes de confortar o paciente e/ou família

- Prioridade 2: intervenções curativas ou capazes de modificar a história natural das doenças, reduzindo o risco de declínio funcional

- Prioridade 3: intervenções preventivas e direcionadas a fatores de risco

Justificativas para as mudanças:

Tratamento farmacológico proposto:

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração e Intervalo	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

Tratamento Não-Farmacológico Proposto + Auto-Cuidado Apoiado

2. INTERVENÇÕES REABILITADORAS

O paciente apresenta potencial de reabilitação nas seguintes áreas:

()Reabilitação Cognitivo-Comportamental ()Reabilitação Física ()Reabilitação Sócio-Familiar ()Adaptação Ambiental

A reabilitação deverá ser feita por:

()Fisioterapia ()Terapia ocupacional ()Fonoaudiologia ()Psicologia ()Enfermagem ()Serviço social ()Odontologia ()Farmácia ()Nutrição

Justificativa:

3. AÇÕES PREVENTIVAS/PROMOCIONAIS

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	Observações	
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Há indicação de anti-agregante plaquetário?				
	Há indicação de estatina?				
	Ultrassom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?				
IMUNIZAÇÃO	Anti-Influenza				
	Anti-Pneumocócica				
	Dupla Tipo Adulto				
	Anti-Amarela				
	Anti-Zoster				
RASTREAMENTO DE CÂNCER	Côlon-retal	PSOF (3 amostras independentes)			
		Colonoscopia			
		Outros:			
	Mama (mamografia)				
	Colo de útero (Papanicolaou)				
	Próstata (PSA)				
OSTEOPOROSE / FRATURA DE FRAGILIDADE	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?				
	Há indicação de suplementação de vitamina D ₃ ?				
	Há indicação de suplementação de cálcio?				
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?				
ACONSELHAMENTO <i>(Mudança de estilo de vida)</i>	Aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA				
	Aconselhamento para prevenção de QUEDAS				
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do TABAGISMO				
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do ALCOOLISMO				
	Aconselhamento nutricional para OBESIDADE/DISLIPIDEMIA				

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

Encaminhamentos Médicos	SIM	NÃO
O paciente deverá ser encaminhado para ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM GERIATRIA?		
O paciente deverá ser encaminhado para outras ESPECIALIDADES MÉDICAS?		

A implementação do Plano de Cuidados deverá ser feita em:

SUS: ()Centro de Saúde (Atenção Primária) ()NASF ()Saúde Bucal ()Atenção Domiciliar ()Centro de Reabilitação

()Pronto Atendimento ()Hospital-Dia ()Hospice ()Hospital ()CTI Outras:

SUAS: ()CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ()CREAS (Centro de Referência Especializados de Assistência Social)

()Grupo de Convivência ()Centro Dia ()Serviço Regional de Atenção Básica à Família ()Casa-Lar

()República de Idosos ()Programa Cuidador de Idosos ()Instituição de Longa Permanência para Idosos ()

	IVCF-20	AMPS	AMPS	AMPS
	Auxiliar ou técnico de enfermagem/Enfermeiro / Médico	Enfermeiro e/ou médico generalista	Especialista em Geriatria	Avaliação Especializada Especialista em Gerontologia / Outras especialidades médicas
IDADE	60 a 74 a 75 a 84 a 85 a	Idem	Idem	Idem
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	Excelente ou muito boa / Regular ou ruim	Índice de Katz Escala de Lawton-Brody	Lazer, trabalho e interação social Índice de Pfeffer	Método de Independência Funcional (MIF), feita pelo terapeuta ocupacional
ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA	Fazer compras / Controle financeiro / Realização de pequenos trabalhos domésticos / Ter um bom amigo sozinho	Caracterização do esquecimento Auto-percepção: F-P, F-P, F-P Mini Exame do Estado Mental (MEEM) quantitativo e qualitativo	Reconhecimento de Figuras Lista de Palavras (CEFRAD) Fluência Verbal Teste do Relógio	Avaliação Neuropsicológica Formal, feita por neuropsicólogo
COGNIÇÃO	Alguns familiares ou amigos falam que você está ficando esquecido? Este esquecimento está piorando nos últimos meses? Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	Índice de Katz Escala de Lawton-Brody	Índice de Pfeffer	
HUMOR/COMPORTAMENTO	Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? Você é incapaz de intuscar ou segurar pequenos objetos? Você leva dias ou mais para ir aos últimos banhos? Você tem dificuldade para caminhar ou subir e impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? 1) Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês. 2) IMC < 22kg/m². 3) Circunferência da panturrilha < 31 cm. 4) Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg.	Índice de Katz Escala de Lawton-Brody	Índice de Pfeffer	Índice de Hamilton Avaliação feita pelo psiquiatra
MOBILIDADE	Alcança, precisa e põe Postura, marcha e transferência Capacidade aeróbica/muscular	Exame do ombro e membros superiores Tines' up and go test Get up and go test	Teste de Romberg Nagye Test Equilíbrio Unipodático	Avaliação feita por especialista em ombro
COMUNICAÇÃO	Compreensão e compreensão	Anamnese nutricional Avaliação da velocidade da marcha com cronômetro, de forma padronizada	Força de Preensão Palmar Teste de Cominhada de 5 mm Mini-Avaliação Nutricional (MAN)	Avaliação Computorizada de Marcha DEXA / TC / RM para medição da composição corporal Bioimpedância elétrica Short Physical Performance Battery (SPPB) Força de flexão/estabilização do joelho
SISTEMAS FISIOLÓGICOS	Medicamentos	Anamnese detalhada da função miccional	Diário miccional	Estado urinolítico. Defecografia Manometria anorectal
HISTÓRIA PREGRESSA	Fatores contextuais	Avaliação qualitativa de esmoço durante a conversação Scales simplificado, reconhecimento de faces e leitura de jornal e revista Teste do Sissuro	Anamnese detalhada da polipatologia, reconhecimento de faces e leitura de jornal e revista	Avaliação oftalmológica Avaliação otorrinolaringológica Audiometria
FATORES CONTEXTUAIS	Avaliação Sólido-Familiar Avaliação do Cuidador Avaliação Ambiental	Anamnese detalhada do passado recente do paciente: Diagnósticos e intervenções prévias, cirurgias realizadas, hábitos de vida, vacinação Avaliação da composição e dinâmica familiar, Pesquisa de mais tratamentos Avaliação da rede comunitária e suporte social Entrevista do cuidador	Anamnese detalhada do passado recente do paciente: Diagnósticos e intervenções prévias, cirurgias realizadas, hábitos de vida, vacinação Avaliação da composição e dinâmica familiar, Pesquisa de mais tratamentos Avaliação da rede comunitária e suporte social Entrevista do cuidador	Avaliação pelas especialidades médicas: cardiologia, neurologia, reumatologia, etc. Farmacologia
				Assistente social e/ou psicólogo Escala Zarit
				Avaliação ambiental feita pelo terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta

Número do Cartão SUS	Intercorrências desde a última consulta							Tratamento p/ Hipertensão e Diabetes										EXAMES						
	Sem complicações	Angina	IAM	AVC	Pé diabético	Amputação	Doença Renal	Retinopatia	Não Medicamentoso	Hidrocortisona 25mg	Propanolol 40 mg	Captopril 25 mg	Glibenclamida 5 mg	Metformina 850 mg	Insulina NPH (unidade/dia)	Outros medicamentos	Hb Glicosilada	Creatina Sérica	Colesterol total	ECG	Triglicérides	Urina tipo 1	Microubunúria	
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								

Assinatura:

Responsável pelo atendimento:



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

1.ª Via: Enviar para digitação
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 Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Gonjugal (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 OBRIGATORIOS (**)					
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)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial	

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

TRATAMENTO								
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>								
Medicamentoso						Unidades/dia		
	Comprimidos/dia							
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6	
Hidroclorotiazida 25mg								
Propranolol 40mg								
Captopril 25mg								
Glibenclamida 5mg								
Metformina 850 mg								
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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.

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

**Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)**

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

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

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

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

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

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

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

TABELAS DE REFERÊNCIAS

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

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

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

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

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE



Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Criança Gestante Mulher até o 3º mês pós-parto

Nome:

Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico
Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico
Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico	Data: <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Cp.Sulfato Ferroso <input type="checkbox"/> Cp. Ac. Fólico

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASIL NOVO**

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO Nº _____

REGIÃO DE SAÚDE _____

A) - DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO:

1 - NOME DO ACIDENTADO: _____

2 - IDADE

3 - SEXO

ANOS

 MASCULINO FEMININO

4 - RESIDÊNCIA: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

5 - NOME DO RESPONSÁVEL (Caso o acidentado seja de menor)

6 - HOUVE TRATAMENTO ANTERIOR

 SIM NÃO

7 - SE HOUVE, QUANDO FOI INICIADO:

DIA MÊS ANO

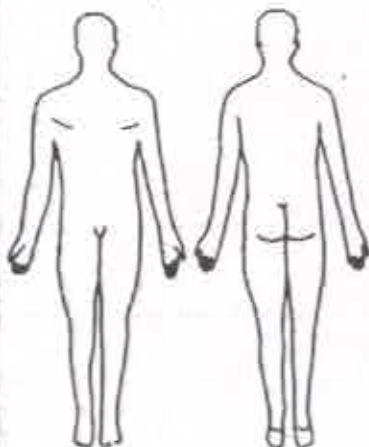
8 - Nº DE DOSES APLICADAS:

DOSES

9 - DATA DA ÚLTIMA DOSE APLICADA:

DIA MÊS ANO
B) - DADOS SOBRE A EXPOSIÇÃO:

ASSINALE COM X A LOCALIZAÇÃO DA MORDIDA:



10 - DATA DA EXPOSIÇÃO:

DIA MÊS ANO

11 - TIPO DE EXPOSIÇÃO:

 ARRANHÃO CONT. INDIRETO
 LAMBEDURA MORDEDURA

12 - LOCALIZAÇÃO DA MORDEDURA:

 CABEÇA E/OU PESCOÇO TRONCO
 MÃO MEMB. SUPERIOR
 MEMB. INFERIOR

13 - FERIMENTO

 ÚNICO
 MÚLTIPLO

14 - TIPO

 SUPERFICIAL
 PROFUNDO

15 - ONDE OCORREU ESSA AGRESSÃO

 VIA PÚBLICA RESIDÊNCIA OUTRO LOCAL

Endereço _____

C) - DADOS DO ANIMAL CAUSADOR DA EXPOSIÇÃO

16 - ESPÉCIE

 CÃO GATO

Se outro, especificar abaixo: _____

17 - VACINADO

 SIM
 NÃO
 NÃO SABE

18 - CONDIÇÃO DO ANIMAL

 SADIO SELVAGEM
 SUSPEITO SACRIFICADO
 RAVOSO DESAPARECIDO

D) - DADOS SOBRE O TRATAMENTO PREVISTO

19 - NÚMERO DE DOSES INDICADAS:	20 - LABORATÓRIO PRODUTOR DA VACINA:	21 - Nº DA PARTIDA
INICIALMENTE <input type="checkbox"/>		DATA VENCIMENTO
POSTERIORMENTE <input type="checkbox"/>		

E) - DATAS DAS APLICAÇÕES

DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	REFORÇOS	OBS: os três reforços são aplicados no 10º, 20º e 30º dias após a data da última dose do esquema básico.	
DIA													
MÊS													

22 - SE HOUVE INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO, A UNIDADE DE SAÚDE PROCUROU O PACIENTE?

 SIM NÃO

QUAL O MOTIVO DO ABANDONO? _____

F) - NO CASO DE INDICAÇÃO DO SORO ANTI-RÁBICO

OBSERVAR QUE 1 ml DE SORO CONTÉM 200 UI. APLICAR DOSE ÚNICA IM CORRESPONDENTE A 40 UI/Kg DE PESO. NESTES CASO, ANOTAR OS DADOS ABAIXO:

A) - PESO DO PACIENTE: _____ Kg

B) - QUANTIDADE DE SORO APLICADO: _____ ml

C) - LABORATÓRIO PRODUTO DE SORO: _____

D) - PARTIDA Nº _____

OBSERVAÇÃO: _____

_____*Anotar acima data e resultados se tiver sido enviadas peças para exames laboratoriais.*

RESPONSÁVEL: _____

DATA _____/_____/_____



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____

CARTÃO SUS: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

TIPO DE ULTRASSONOGRAFIA: (Ex: MAMA, ABD TOTAL, RINS, ETC) _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: _____

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

- () Pré-Natal
- () Prioridade 0 – Emergência, necessidade de Atendimento imediato.
- () Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível.
- () Prioridade 2 – Não Urgente.
- () Prioridade 3 – Atendimento eletivo, a pedido do paciente.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO OU ENFERMEIRO SOLICITANTE

AGENDAMENTO

AGENDADO PARA DIA: ____/____/____

HORA: _____

Atenção: Caro Usuário, favor atentar-se para o dia e hora agendado. Anexo seguem as orientações sobre a preparação para a realização do exame.

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTROLE DE ABERTURA DE FRASCO DE IMUNOBIOLOGICOS

UNIDADE DE SAÚDE: _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____ MÊS / ANO: ____ / ____

DATA	IMUNOBIOLOGICO	HORÁRIO DE ABERTURA DE FRASCO	HORÁRIO DE VENCIMENTO DE FRASCO

LOTES DOS IMUNOBIOLOGICOS

IMUNOBIOLOGICOS	LOTE
BCG	
DT (Dupla Adulto)	
DTP	
DTpa	
FA (Febre Amarela)	
HEPATITE A	
HEPATITE B	
HPV (6, 11, 16, 18)	
INFLUENZA (gripe)	
MENINGOCÓCICA Conjugada C	
PENTAVALENTE	
PNEUMOCÓCICA - 10 valente	
RAIVA/VERO	
ROTAVIRUS	
TETRA VIRAL	
TV (Triplíce Viral)	
VIP (Pólio Inativada)	
VOP (Pólio Oral)	

VALIDADE DOS IMUNOBIOLOGICOS

BGC: 06 horas

TV: 08 horas

FA: 06 horas

VOP: 05 dias após abertura do frasco

VIP: 07 dias após abertura do frasco

INFLUENZA da Fio Cruz: 05 dias após abertura do frasco

INFLUENZA da Butantan: 07 dias após abertura do frasco



Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde
 CENEPI - Programa Nacional de Imunizações

CONTROLE DE TEMPERATURA - GELADEIRA DE VACINA

Dia		Mês	Ano	Código da Unidade	Unidade de Saúde		UF	Reg	Código do Município	Município/Regional/Estado																							
Tipo de Equipamento		Frescor	Geladeira	Câmara Fria	Marca																												
Especificação de Temperatura		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	26	27	28	29	30	31	Observações
Máxima	Mínima																																
Módulo																																	
Tensão																																	
Falha																																	
Temperatura																																	
Dias parados																																	
Especificação de Temperatura		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
Máxima	Mínima																																
Módulo																																	
Tensão																																	
Falha																																	
Temperatura																																	
Dias parados																																	

Atenção:

- 1) Este impresso deve ser preenchido completamente com letra legível;
- 2) Fazer uma impressão no lado externo do equipamento;
- 3) Verificar e registrar a temperatura de manhã (7:00h) e à tarde (17:00h);
- 4) Especificar as falhas, danos, avarias e defeitos;
- 5) No espaço OBSERVAÇÕES deve ser anotado:
 - a) Quando sair, onde foram tomadas as imunobiológicas durante a limpeza e qual a temperatura no momento em que as vacinas foram resfriadas no equipamento;
 - b) Quando foram feitas as falhas de aquecimento, se foi feita reparo, por que fitotecnológico etc.
 - c) Justificativa da falta de falhas verificadas e avarias e temperatura, equipamento, falta de pessoal técnico, etc.
 - d) Qualquer outra observação que seja pertinente.

Responsável pelo preenchimento: _____
 Carimbo Assinatura _____
 Data _____

MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS

Ano:		Mês:		Estabelecimento de Saúde:										Município:			
Imunobiológico:														Lote		Apresentação em doses	
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falha Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível				
Imunobiológico:														Lote		Apresentação em doses	
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falha Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível				
Imunobiológico:														Lote		Apresentação em doses	
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falha Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível				
Imunobiológico:														Lote		Apresentação em doses	
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falha Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível				



FICHA DE REGISTRO DO VACINADO SI - PNI

Código: _____

Revisão: _____

Versão: _____

Pag: _____

1

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

MOTIVO DE INDICAÇÃO: _____ ARQUIVO 1º CADASTRO RETORNO

RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO: _____ DATA CAD: ____/____/____

CÓDIGO CNS:

NOME: _____

DN: ____/____/____ SEXO: M F GES RAÇA/COR: B P N A I

NOME DA MÃE/RESP: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

TELEFONE () _____ ZONA: URBANA RURAL ESTRATEGIA ROTINA ESPECIAL BLOQUEIO CAMP INDISC CAMP SELETIVA SOROTERAPIA

VACINA	DU	CONTATO DE MH (BCG)	D1	D2	VACINA	D1	D2
BCG							
Lote:		Lote:			Lote:		
Val:		Val:			Val:		
Ass:		Ass:			Ass:		
VACINA	D1	D2	D3	D4			
HEP B							
Lote:							
Val:							
Ass:							
PENTA (DTP+HIB+HEP)							
Lote:							
Val:							
Ass:							
DUPLA ADULTO				REFORÇO			
Lote:				Lote:			
Val:				Val:			



FICHA DE REGISTRO DO VACINADO SI - PNI

Código: _____ Revisão: _____ Versão: _____ Pág.: _____

F. AMARELA Lote: Val: Ass:		REFORÇO Lote: Val: Ass:		TRIPLICE VIRAL Lote: Val: Ass:		TETRA VIRAL Lote: Val: Ass:
VIP Lote: Val: Ass:				DTP Lote: Val: Ass:		
VOP Lote: Val: Ass:				REFORÇO Lote: Val: Ass:		
MENINGO Lote: Val: Ass:				REFORÇO Lote: Val: Ass:		
PNEUMO 10 Lote: Val: Ass:				REFORÇO Lote: Val: Ass:		
VARICELA Lote: Val: Ass:				HEPATIT A Lote: Val: Ass:	D1	D2
GRIPE Lote: Val: Ass:						
DTPa Lote: Val: Ass:				REFORÇO Lote: Val: Ass:		
IMUNOGL Lote: Val: Ass:						
OUTROS Lote: Val: Ass:						

Elaborado por: _____ Aprovado por: _____ Data da elaboração: _____ Data da última alteração: _____



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42



CONSOLIDADO DO MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS II

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA JOSÉ BIANCARDI:

MÊS: _____ /ANO _____

INSUMO	UNIDADE	DOSE	Estoque Anterior	Entrada	Estoque Atual	Pedido Mensal	Dose remanejada	Saldo Indisponível	Saldo Disponível	Doses Solicitadas
Soro Antibiótico	Ampola									
Soro Antiaracnídeo	Ampola									
Soro Antibiótico/Crotálico	Ampola									
Soro Antibiótico/Laquéico	Frasco									
Soro Anticrotálico	Ampola									
Soro Antiescorpiónico	Ampola									
Soro Antirábico	Ampola									
Vacina Contra Raiva/VERO	Ampola									
Vacina Dupla Adulto -- DT	Frasco									
Vacina Hepatite B	Frasco									
Vacina BCG	Frasco									

Responsável: _____

Data: _____/_____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BRASIL NOVO



FICHA DE VISITA DOMICILIAR (ODONTOLOGIA)

Questionário Odontológico

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Número de Pessoas que moram na Casa

1. Quantas vezes ao dia você escova os dentes?

() 1x ao Dia () 3x ao Dia () Mais de 3x ao Dia

2. Você usa fio dental?

() Sim () Não

3. Qual foi a última vez que você foi ao Dentista?

() 6 Meses () Mas de 6 Meses () Outros _____

4. Qual o tempo de troca sua escova?

() 3 Meses () Mais de 3 Meses

5. Quantas vezes ao dia você come doce?

() 1x ao Dia () Mais de 1x ao Dia () Outros _____

6. Já usou Flúor alguma vez?

() Sim () Não

7. Cada um da casa tem sua própria escova?

() Sim () Não

8. Você faz uso de creme Dental?

() Sim () Não

9. Onde você guarda sua Escova?

() Banheiro () Quarto () Outros _____

10. Você usa Prótese Dentária? Tem quanto tempo de uso? _____

() Sim () Não

Assinatura

Examina a boca de quem mora na casa.

Marca a queias pessoas que não tem condições de ir ao posto de saúde.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Nome do Paciente:

Idade:

Hipótese Diagnóstica

Especialidade:

OBS:

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42



FICHA DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (*) ÍNDICES CPO-D E CEO

Nome: _____ Idade: _____

Cartão SUS: _____ Data: ____/____/____

Mãe: _____

Escola: _____ Turma: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Beneficiário do Bolsa Família: () sim () não

Data de Nascimento: ____/____/____ NIS: _____

Zona: () Rural () Urbano

CÓDIGO UTILIZADO

0-ESPAÇO VAZIO

1-DENTE PERMANENTE CARIADO

2-DENTE PERMANENTE OBTURADO

3-DENTE PERMANENTE EXTRAÍDO

4-DENTE PERMANENTE C/EXTRAÇÃO INDICADA

5-DENTE PERMANENTE HÍGIDO

6-DENTE DECÍDUO CARIADO

7-DENTE DECÍDUO OBTURADO

8-DENTE DECÍDUO C/EXTRAÇÃO INDICADA

9-DENTE DECÍDUO HÍGIDO

DIREITO

ESQUERDO

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Trav. 28 de Abril, 1175 - Centro - Fone/Fax: (93) 3514-1555 - Brasil Novo - Pará

E-mail: saudebrasilnovo.pa@gmail.com





**ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

**MONOTONIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS
DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA
PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA**

Semana Epidemiologia de Atendimento _____

Ano _____

Município: _____

Unidade de Saúde: _____

Faixa Etária	Nº de Casos
< 1 a	
1 a 4 a	
5 a 9 a	
10 ou +	
IGN	
TOTAL	

Plano de Tratamento	Nº de Casos
A	
B	
C	
Outras Condições	
IGN	
TOTAL	

Procedência	Nº de Casos
TOTAL	
OUTROS MUNICÍPIOS	
NOME DO MUNICÍPIO	Nº de Casos

ANÁLISE

1) Houve aumento de casos? Sim Não
 2) Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos?

3) Houve mudanças de faixa etária? Sim Não
 Se Sim, para qual? _____
 O que sugere essa mudança? _____

4) Os casos estão concentrados em alguma(s) localidades? Sim Não
 Se Sim, em qual (is) e qual a explicação? _____

5) Qual o plano de tratamento mais usado?
 Se C por quê? _____

6) Se houve mudança no comportamento usual das diarreia quais as medidas tomadas? _____

7) Houve ocorrência de surto(s)? Sim Não
 Total de surtos: _____ Nº surtos investigados: _____

8) Colheu material para exame? Sim Não
 Qual? _____

A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Unidade de Saúde que atendem Diarréia: Nº _____

Unidade de Saúde que monitorizam Diarréia: Nº _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Visto da Chefia: _____

BOLSA FICA 12/13-09/14. E-mail: www.les.ambrosio.com.br



Ministério da Saúde
Sec. de Vigil. em Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO

Secretaria Municipal de Saúde

Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas

PLANILHA DE CASOS

Semana Epidemiológica de Atendimento

Ano _____



Município _____ Unidade de Saúde _____

Nº de Ordem	Data do atendimento	Nome	FAIXA ETÁRIA				Procedência (Rua, Bairro, Localidade, Sítio, Fazenda, ETS.)	Zona -		Data dos Primeiros Sintomas	Plano de Tratamento									
			< 1	1 a 4	5 a 9	10 +		IGN	Urban		Rural	A	B	C	Outras Conduitas	IGN				

FAIXA ETÁRIA-Escriva a idade do paciente na faixa etária correspondente (em dias até 1 mês em meses até 1 ano e depois em anos)
 ZONA-Assinalar com um (X) (Urbano ou Rural)
 PLANO DE TRATAMENTO-Assinalar com um (X) se plano de tratamento for A (diarria sem desidratação paciente atendido com cuidados domiciliares); B (diarria com desidratação paciente em observação na sala de TRO); C (diarria grav. com desidratação paciente com reidratação venenosa) ou outros conduitas

RESPONSÁVEL _____

ASSINATURA _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Relação de Pacientes Atendidos

DATA ____/____/____

CÓD. UNIDADE DE SAÚDE

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

Nº Ordem	NOME	
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Assinatura

Relação de Pacientes Atendidos

Nº Ordem	NOME	
21		
22		DATA
23	NOME	Nº Ordem
24		10
25		50
26		60
27		70
28		80
29		90
30		00
31		80
32		01
33		11
34		21
35		31
36		41
37		51
38		61
39		71
40		81
41		90
42		
43		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										ANO:		
SISTEMA DE INFORMACÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												
MUNICÍPIO		SEGMENTO		UNIDADE		ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:		
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES												
Identificação da gestante		Data da última visita	Data da próxima visita	Data da Varim	Estado Nutricional:	D: Desnutrida	N: Normal	Data da consulta de pré-natal	Fatores de risco	Resultado da gestação atual	Data de consulta de puerpério	
Nome:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
Endereço:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
OBS:												
Nome:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
Endereço:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
OBS:												
Nome:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
Endereço:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
OBS:												

Mês de gestação

Data da visita do ACS

Mês de gestação

Data da visita do ACS

6 ou mais gestações

Nascimento/Aborto

36 anos e mais

Menos de 20 anos

Sangramento

Edema

Diabetes

Pressão Alta

6 ou mais gestações

Nascimento/Aborto

36 anos e mais

Menos de 20 anos

Sangramento

Edema

Diabetes

Pressão Alta

Identificação do gestante	Data do último registro	Data provável do parto	Data da Vacina	Estado Nutricional	D-Desnutrido N-Nutrido	Data da consulta de pré-natal												Realizado da gestação atual	Data da consulta de pré-natal
						Mês de gestação													
Nome: Endereço:	OBS:		1 2 3 R	Mês de gestação												NV NM AB	1 2		
				1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nome: Endereço:	OBS:		1 2 3 R	Mês de gestação												NM NM AB	1 2		
				1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nome: Endereço:	OBS:		1 2 3 R	Mês de gestação												NM NM AB	1 2		
				1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nome: Endereço:	OBS:		1 2 3 R	Mês de gestação												NM NM AB	1 2		
				1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9			1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Problemas de saúde:

6 ou mais gestações
Maternidade/Aborto
36 anos e mais
Menos de 20 anos
Sanguinamento
Edema
Diabetes
Pressão Alta

6 ou mais gestações
Maternidade/Aborto
36 anos e mais
Menos de 20 anos
Sanguinamento
Edema
Diabetes
Pressão Alta

6 ou mais gestações
Maternidade/Aborto
36 anos e mais
Menos de 20 anos
Sanguinamento
Edema
Diabetes
Pressão Alta

6 ou mais gestações
Maternidade/Aborto
36 anos e mais
Menos de 20 anos
Sanguinamento
Edema
Diabetes
Pressão Alta

Data da visita do ACS:

Data da visita do ACS

Data da visita do ACS

Data da visita do ACS

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

PEÇUA B-HA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			ANO:
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	NOME DO ACS

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação	Sexo	Último	Faménto	MÊSES												Observações		
				SIM	NÃO													
						Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out		Nov	Dez
Nome:				data da visita do ACS faz data toma a medicação faz exercícios físicos Pressão Arterial														
Endereço:				data da última consulta data da visita do ACS faz dieta toma a medicação faz exercícios físicos Pressão Arterial														
Nome:				data da última consulta data da visita do ACS faz dieta toma a medicação faz exercícios físicos Pressão Arterial														
Endereço:				data da última consulta														

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	Meses												Outras Informações		
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez			
Nome																	Nº de Comunicantes
Endereço																	Comunicantes < 5 anos
Nome																	Nº de Comunicantes
Endereço																	Comunicantes < 5 anos
Nome																	Nº de Comunicantes
Endereço																	Comunicantes < 5 anos

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	Meses												Outras Informações		
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome																	Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos
Endereço																	Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos
Nome																	Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos
Endereço																	Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos

ACOMPANHAMENTOS DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade	Observações														
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Sep	Out	Nov	Dez			
Nome:																	
Endereço:																	
Nome:																	
Endereço:																	
Nome:																	
Endereço:																	

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____ N° Protocolo _____
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde _____

Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____

Nome Completo da Mulher* _____

Nome Completo da Mãe* _____

CPF _____ Apellido da Mulher _____

Nacionalidade _____

Data de Nascimento* _____ Idade _____ Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia _____

Dados Residenciais

Lagradouro _____

Número _____ Complemento _____

Bairro _____ UF _____

Código do Município _____ Município _____

CEP _____ DDD _____ Telefone _____

Ponto de Referência _____

Educacionalidade: 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. Faz o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez? *
 Sim, Quando fez o último exame? _____ ano _____
 Não Não sabe

3. Usa DIU* Sim Não Não sabe

4. Está grávida? * Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional? *
 Sim Não Não sabe

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

7. Já fez tratamento por radioterapia? *
 Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra: *
 _____ / _____ / _____ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? *
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? *
 (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência da reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

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

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

Data da coleta* _____ Responsável* _____

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CHES do Laboratório* _____

Número do Exame* _____

Nome do Laboratório* _____

Recebido em* _____ / _____ / _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLDO 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: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino
 Nome Completo do(a) paciente*
 Apellido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* Idade* Cor/Raça Branca Preta Pardo Amarela Indígena/Étnica
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Código Município Município
 CEP - GDD Telefone -
 Ponto de Referência
 Escolaridade Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço no mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

Sim Não Não sabe

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

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?*

Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
 Não Não sabe

5 - Fez radioterapia no mama ou no plastrão? Em que ano?*

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não Não sabe

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

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Quartectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo areolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalino
 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 Supradavicular

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalino
 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 Supradavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

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

Mama direita

Mama esquerda

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

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

Mama direita

Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

____/____/____

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

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

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação de resposta

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada em mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos sem histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado



ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – BRASIL NOVO

PEDIDO DE EXAME

PACIENTE: _____ IDADE: _____

HEMATOLOGIA

- Hemograma Completo
- Hemossedimentação – VHS
- Eritograma
- Leucograma
- Contagem de Plaquetas
- Plasmodium
- Coagulograma (TS, TC, RC, FC, plaquetas)
- Grupo Sanguíneo: ABO/RH
- TAP TTPA

IMUNOLOGIA / SOROLOGIA

- VDRL HIV
- Hepatite B Hepatite C
- Rubéola PSA
- Toxoplasmose
- Reação de Montenegro –LTA
- Sorologia para _____

MICROBIOLOGIA

- Fluxograma - BSV
- Pesquisa de Fungos
- Pesquisa de Clamídia
- Bacterioscopia
- Raspado Intradérmico MH
- BAAR
- PCCU

BIOQUIMICA

- Lipidiograma (colesterol total, LDL, HDL, VLDL, triglicerídeos)
- Amilase Gama GT
- Colesterol Total Triglicerídeo
- Ácido Úrico Glicose
- Albumina

ATIVIDADE REUMÁTICA

- ASLO PCR
- Prova de Látex
- Proteína C Reativa
- Muco Proteína

FUNÇÃO HEPÁTICA

- TGO TGP
- Bilirrubina Fosfatase Alcalina

URINÁLISE

- EAS Uréia
- Planoteste Creatinina

PARASITOLOGIA

- Fezes M.I.F
- Bacterioscopia
- Pesquisa para Leishmaniose

HORMONIO

- BHCG

Data: ____/____/____

Assinatura / Carimbo _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE



PEDIDO DO MÊS: _____ DATA: ____/____/____

D: _____ PARA: _____

ITEM	DESCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE
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		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA: _____

PRINCIPAIS MÉTODOS:

- 1. DIAFRAGMA:** é um anel de borracha flexível colocado na vagina pela própria mulher, para impedir a passagem dos espermatozoides.
- 2. DIU:** é um pequeno objeto de plástico em forma de "T", colocado no útero da mulher por um médico.
- 3. PILULAS:** contêm hormônios iguais os produzidos pelo corpo da mulher. Devem ser tomadas todos os dias e no mesmo horário para evitar a gravidez.
- 4. INJETAVEIS:** semelhantes à pilula, porém devem ser aplicados mensalmente ou de 3 em 3 meses.
- 5. CIRURGIAS:** laqueadura de trompas (mulher) e vasectomia (homem).
- 6. PRESERVATIVO:** Masculino e Feminino.



Governo Unidos para
Construir.

Planejamento Familiar

Planejamento Familiar é uma atividade de saúde que proporciona as pessoas informações e meios a fim de que possam, de forma livre, consciente e responsável, decidir sobre o número e época de terem seus filhos.

Existem vários métodos contraceptivos, eles variam quanto à eficácia, efeitos, forma de uso e custo. Esses métodos deverão ser orientados por profissional de saúde capacitado.

Unidade de Saúde de Brasil Novo

Nome: _____

Endereço: _____

Data Nasc: _____

Cartão S.U.S: _____



Secretaria Municipal
de Saúde



ESTADO DO PARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 C.N.P.J. 11.283.607/0001-42



Município: _____ Ano: _____
 Mês: _____

1. Clientes Novas (os) na Unidade

Método	< 20 a	> 20 a
Pílula	Minipílula	
	Combinada	
Injeção	Mensal	
	Trimestral	
DIU		
Preservativo	Masculino	
	Feminino	
Métodos Comportamentais		
LAM		
Anticoncepção de Emergência		

2. Educação em Grupo

Nº de Grupos:	Nº de Participantes:
< 20 anos:	> 20 anos:

3. Nº Total de Atendimentos:

Enf Responsável _____

4. Quantidade Total de Anticoncepcionais Distribuídos

Método		Total Distribuído
Pílula	Minipílula	cartelas
	Combinada	cartelas
Injeção	Mensal	ampolas
	Trimestral	ampolas
DIU		
Preservativo	Masculino	-
	Feminino	-
Anticoncepção de Emergência		-

5. Estoque Atualizado

Anticoncepcional		Entrada	Perdas	Saldo	Saída	Estoque atual
Pílula (cartelas)	Minipílula					
	Combinada					
Injeção (ampolas)	Mensal					
	Trimestral					
DIU (unidade)						
Preservativo (unidade)	Masculino					
	Feminino					
Anticonc. Emergência (cart.)						



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

Município: _____ Mês: _____ Ano: _____

1. Nº Total de Clientes no Programa de Planejamento Familiar:

- Usando Preservativo:
- Usando Minipílula:
- Usando Pílula Combinada:
- Usando Contraceptivo Injetável mensal e trimestral:
- Usando Preservativo e Minipílula:
- Usando Preservativo e Pílula Combinada:
- Usando DIU:

2. Nº Total de Clientes Inscritas no Mês:

- Usando Preservativo:
- Usando Minipílula:
- Usando Pílula Combinada:
- Usando Contraceptivo Injetável mensal e trimestral:
- Usando Preservativo e Minipílula:
- Usando Preservativo e Pílula Combinada:
- Usando DIU:

3. Saída do Programa Planejamento Familiar:

- Transferência:
- Abandono:

4. Controle de Estoque do Programa

Anticoncepcional		Estoque anterior	Entrada	Perdas	Saldo	Saída	Estoque Atual
Pílula (cartelas)	Minipílula						
	Combinada						
Injeção (ampolas)	Mensal						
	Trimestral						
DIU (unidade)							
Preservativo (unidade)	Masculino						
	Feminino						
Anticonc. Emergênciacartelas							

Enfº Responsável



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE CADASTRAMENTO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE

1-UNIDADE DE SAÚDE:	4-CÓDIGO DO ESTABELICIMENTO:
2-MUNICÍPIO:	5-CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE:
3-SIGLA DA UF:	6-CÓDIGO DA UF NO IBGE:15

IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

7-Nome da Mulher Completo: ^(*)	
8-Nome da Mãe Completo: ^(*)	
9-Idade: ^(*)	10-Data de Nascimento: / /
11-Raça/Cor	12- ACS da Área:
13-Endereço residencial:	14-Bairro:
14-Número	15-Complemento:
16-Município:	17-CEP:

DADOS DO PLANEJAMENTO

18-Faz uso de anticoncepcional: ^(*)	19-Nº de Filhos:
20-Já fez alguma Cirurgia Pélvica: ^(*)	21-DUM: ^(*) / /
22-Método de anticoncepção indicado: ^(*) Oral 21 comp. () Oral 35 comp. () Injetável ()	23-Último PCCU (ano): _____

DOCUMENTAÇÃO (preencher com apenas um dos documentos)

24-Nº do Cartão SUS: ^(*)	25-Nº do CPF:
26-Identidade:	27-Órgão emissor:
Assinatura e Carimbo do Responsável pelo cadastro: _____	Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pelo cadastro: _____



ESTADO DO PARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 D.S.T /AIDS



PREFEITURA MUNICIPAL DE
 BRASIL NOVO
 GOVERNO MUNICIPAL

MUNICIPIO: BRASIL NOVO
 USF:
 RESPONSÁVEL:

RELATORIO MENSAL DE DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE ESTOQUE DE PRESERVATIVO MASCULINO

Especificações	Lote	Validade	Saldo do mês anterior	Entrada do MS	Distribuição	Saldo Atual
Preservativo Masculino						
Preservativo Feminino						

Instituição	Cidade UF	População Alvo	Nº de pessoas atendidas	Nº de preservativo Masculino distribuído	Nº de Preservativo Feminino distribuído
	Brasil Novo - Pa				
TOTAL					



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
D.S.T /AIDS



RELATORIO MENSAL DE DISTRIBUICÃO E CONTROLE DE ESTOQUE DE PRESERVATIVOS

ESPECIFICACAO	1	2			3			4		
	SALDO DO MES ANTERIOR	ENTRADA MS	ESTADOS	MUNICIPIOS	DISTRIBUIDO	REMANEJAMENTO QUANTIDADE	DESTINO	PERDAS/ AJUSTES	SALDO ATUAL (1+2)-3+4	DEMANDA REPRIMIDA
PRESERV. MASC. 52MM		-	-	-						
PRESERV. FEM.										

POPULAÇÃO ALVO	PRESERV. FEMININO	PRESERV. MASCULINO
PESSOAS INFECTADAS PELO HIV		
PESSOAS COM DST		
PESSOAS ATENDIDAS PELO CTA		
PESSOAS ATENDIDAS PELO PACS/PSF		
PESSOAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER		
⇒ AÇÕES COM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS:		
USUÁRIOS DE DROGAS		
PROFISSIONAIS DO SEXO		
HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS		
PESSOAS ATENDIDAS PELO SISTEMA PRISIONAL		
TRABALHADOR RURAL		
EVENTOS		
EMPRESA/ INDUSTRIAS/ COMERCIO		
TOTAL		

ONGS QUE DESENVOLVEM AÇÕES DE PREVENÇÃO AS DST/AIDS E HEPATITES	PRESERV. MASCULINO 52MM	PRESERV. MASCULINO 49MM
TOTAL		

POPULAÇÃO ALVO	PRESERVATIVO MASCULINO -52MM	PRESERVATIVO MASCULINO -49 MM
ADOLESCENTES	PESSOAS ATENDIDAS	PESSOAS ATENDIDAS
	PRESERV. DISTRIBUIDO	PRESERV. DISTRIBUIDO



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE RAIOS-X

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____, IDADE: _____ SEXO: _____

CARTÃO SUS: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____.

TIPO DE RAIOS-X: (Ex: PERNA, TORAX, CLAVICULA, ETC) _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: (Conforme Portaria SVS/MS de 1º de junho de 1988, Cap. 2 – Sistema de Proteção Radiológica: Princípios Básicos).

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

- () Prioridade 0 – Emergência, necessidade de Atendimento imediato.
- () Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível.
- () Prioridade 2 – Não Urgente.
- () Prioridade 3 – Atendimento eletivo, a pedido do paciente.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO OU ENFERMEIRO SOLICITANTE

AGENDAMENTO

AGENDADO PARA DIA: ____/____/____.

HORA: _____.

Atenção: Caro Usuário, favor atentar-se para o dia e hora agendado. Anexo seguem as orientações sobre a preparação para a realização do exame.

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____

CARTÃO SUS: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: _____

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

() RISCO PARA CIRURGIA DE: _____

() Prioridade 0 – Emergência, necessidade de Atendimento imediato.

() Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível.

() Prioridade 2 – Não Urgente.

() Prioridade 3 – Atendimento eletivo, a pedido do paciente.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO OU ENFERMEIRO SOLICITANTE

AGENDAMENTO

AGENDADO PARA DIA: ____/____/____

HORA: _____

Atenção: Caro Usuário, favor atentar-se para o dia e hora agendado.

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



Identificação do Emitente	
Nome:	_____
CRM:	_____ UF: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

1.ª Via - Farmácia ou Drogeria
2.ª Via - Paciente

_____ **Carimbo do Médico**

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador	
Nome Completo:	_____
Ident:	_____ Org. Emissor _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____
Telefone:	_____

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: ____/____/____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



Identificação do Emitente	
Nome:	_____
CRM:	_____ UF: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

1.ª Via - Farmácia ou Drogeria
2.ª Via - Paciente

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador	
Nome Completo:	_____
Ident:	_____ Órg. Emissor _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____
Telefone:	_____

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: ____/____/____	



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
UNID. DE SAÚDE DA FAMÍLIA BRASIL NOVO
Av. Castelo Branco, s/n° - Centro - Brasil Novo - Pa



Receituário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAUDE CARLOS PENA FILHO

RUA DOIS, S/N - AGRO. CARLOS PENA FILHO KM 40 - BRASIL NOVO - PA



Receituário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAUDE CARLOS PENA FILHO

RUA DOIS, S/N - AGRO. CARLOS PENA FILHO KM 40 - BRASIL NOV



Receituário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde



POSTO DE SAÚDE GRANDE ESPERANÇA

Receituário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE DUQUE DE CAXIAS
RUA 3, Nº30 KM 55 - VICINAL 20 - BRASIL NOVO - PA

Receituário

Data: ___/___/___ Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE DUQUE DE CAXIAS
RUA 3, Nº30 KM 55 - VICINAL 20 - BRASIL NOVO - PARÁ

Receituário

Data: ___/___/___ Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde

POSTO DE SAÚDE SÃO JOSÉ

VICINAL 10 S/N - BRASIL NOVO - PARA



Receituário

Data: ___/___/___ Assinatura e Carimbo

Data: ___/___/___ Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAUDE CIDADE NOVA

RUA MANAUS 392, BAIRRO CIDADE NOVA - BRASIL NOVO - PA



ESTADO DO PARA

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAUDE CIDADE NOVA

RUA MANAUS 392, BAIRRO CIDADE NOVA - BRASIL NOVO

Recetuiário

Recetuiário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde

POSTO DE SAÚDE CIDADE ALTA

Receituário



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde

POSTO DE SAÚDE CIDADE ALTA

Receituário



Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE CAMURIM
VICINAL 10, S/N, LT 01 - GLEBA 21 - BRASIL NOVO - PA

Receituário


Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE CAMURIM
VICINAL 10, S/N, LT 01 - GLEBA 21 - BRASIL NOVO -


Receituário

Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo


ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE LARANJAL
VICINAL 21, S/N - LOTE 01 - GLEBA 21 - BRASIL NOVO - PA

Receituário

Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo _____


ESTADO DO PARA
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE LARANJAL
VICINAL 21, S/N - LOTE 01 - GLEBA 21 - BRASIL NO

Receituário

Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo _____

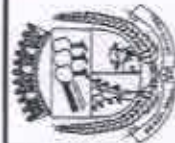


ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde

POSTO DE SAÚDE MALVINAS

VICINAL 19 SUL, 237 - MALVINAS - BRASIL NOVO - PARÁ



ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde

POSTO DE SAÚDE MALVINAS

VICINAL 19 SUL, 237 - MALVINAS - BRASIL NOVO -



Receituário

Receituário

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

TERMO DE COMPROMISSO PARA PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS PARA O HRPT

EU _____, RG: _____,
CPF: _____ Recebi AUTORIZAÇÃO para realização de procedimento no HRPT
(Hospital Regional Público da Transamazônica), no dia ___/___/_____, com atendimento no dia
___/___/_____. Me comprometo a comparecer na data agendada, não desperdiçando as poucas
vagas que este município tem para atender a seus pacientes, sob pena de demora para um próximo
reagendamento, caso eu perca esse agendamento sem justificativa prévia.

Caso eu não consiga ir na data previamente agendada, devo avisar com antecedência de no mínimo
05(cinco) dias antes da realização do procedimento, para que esta secretaria tome medidas para
cancelamento e reagendamento de outro paciente que encontra-se em fila de espera.

Brasil Novo-PA, ___/___/_____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura da Regulação: _____

TERMO DE COMPROMISSO PARA PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS PARA O HRPT

EU _____, RG: _____,
CPF: _____ Recebi AUTORIZAÇÃO para realização de procedimento no HRPT
(Hospital Regional Público da Transamazônica), no dia ___/___/_____, com atendimento no dia
___/___/_____. Me comprometo a comparecer na data agendada, não desperdiçando as poucas
vagas que este município tem para atender a seus pacientes, sob pena de demora para um próximo
reagendamento, caso eu perca esse agendamento sem justificativa prévia.

Caso eu não consiga ir na data previamente agendada, devo avisar com antecedência de no mínimo
05(cinco) dias antes da realização do procedimento, para que esta secretaria tome medidas para
cancelamento e reagendamento de outro paciente que encontra-se em fila de espera.

Brasil Novo-PA, ___/___/_____

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura da Regulação: _____



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
GOVERNO: COMPROMISSO COM O POVO

**DOCUMENTOS NECESSÁRIO
PARA ENTRADA AIH
(ELETIVA)**

2 CÓPIAS

- AIH
- RG
- CPF
- CARTÃO SUS
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 1 EXAMES REALIZADOS

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 linfonadenopatia 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"/> 2 - RUBÉOLA <input type="checkbox"/>		Código (CID10)	B 09
	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	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)		
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou tríplice)	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		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)	1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	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			
	40 Outros Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas)			
	<input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo)	<input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço)			
	<input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados)	<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

Exame Sorológico

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"/>	<input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 - Dengue
2 - Não Reagente							2 - Parvovírus B19
3 - Inconclusivo	S2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 - Herpes vírus 6
4 - Não Realizado							4 - Outras
	Re-Teste <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Isolamento Viral

49 Amostras clínicas coletadas 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	<input type="text"/>
De 5 a 14 anos	<input type="text"/>
De 15 a 39 anos	<input type="text"/>

53 Especifique Intervalo de Tempo

1 - Em até 72 horas

2 - Após 72 horas

9 - Ignorado

Conclusão

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 temporariamente à vacina 8 - Sem soroc conversão 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 8 - 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 13/09/2006

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença MENINGITE 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES	Código (CID10) G 03.9	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-Ignorada	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) 2-2ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-3ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola média incompleta (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola média completa (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 Vacinação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Polissacarídica A/C	Nº Doses	Data da Última Dose	Triplice	Nº Doses	Data da Última Dose
		Polissacarídica B/C			Hemófilo (Tetraivalente ou Hib)		
		Conjugada meningocócica			Pneumococo		
		BCG			Outra		
	34 Doenças Pré-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> AIDS/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						
35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado							
Dados Clínicos	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	
	40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Petéquias/Sufusões Hemorrágicas

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/>	42 Data da Internação	43 UF	44 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	45 Nome do Hospital				Código
Dados do Laboratório	46 Punção Lombar <input type="checkbox"/>	47 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico		
	49 Resultados Laboratoriais				
	Cultura		CIE		PCR
	Líquor		Líquor		Líquor
	Lesão Patequial		Sangue/Soro		Lesão Patequial
	Sangue/Soro		Aglutinação pelo Látex		Sangue/Soro
	Escarro		Líquor		Escarro
			Sangue/Soro		
	Bacterioscopia		Isolamento Viral		
Líquor		Líquor			
Lesão Patequial		Fezes			
Sangue/Soro					
Escarro					
Classificação do Caso / Etiologia	50 Classificação do Caso <input type="checkbox"/>	51 Se Confirmado, Especifique			
	1 - Confirmado 2 - Descartado	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	53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo			
	1 - Cultura	4 - Clínico	7 - Clínico-epidemiológico		
	2 - CIE	5 - Bacterioscopia	8 - Isolamento viral		
	3 - Ag. Látex	6 - Quimiocitológico do líquor	9 - PCR		
		10 - Outros			
Medidas de Controle	54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/>	56 Se sim, Data	57 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim <input type="checkbox"/>	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		2 - Não <input type="checkbox"/>	
				9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Concluído	58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>		59 Data da Evolução	60 Data do Encerramento	
	1 - Alta	2 - Óbito por meningite			
	3 - Óbito por outra causa	9 - Ignorado			

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico

Hemácias	<input type="text"/>	mm ³	Leucócitos	<input type="text"/>	mm ³	Monócitos	<input type="text"/>	%
Neutrófilos	<input type="text"/>	%	Eosinófilos	<input type="text"/>	%	Linfócitos	<input type="text"/>	%
Glicose	<input type="text"/>	mg	Proteínas	<input type="text"/>	mg	Cloreto	<input type="text"/>	mg

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
	Assinatura	
Meningite	Sinan NET	SVS 15/10/2007



1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravadoença Código (CID10) **3** Data de Notificação

3 Nome do Agravado Código do CID 10 (Sinanet)

<input type="checkbox"/> Síndrome de lítora genital (excluído herpes genital)	N 48.5
<input type="checkbox"/> Síndrome do corrimento uretral	R 36
<input type="checkbox"/> Síndrome do corrimento cervical	N 72
<input type="checkbox"/> Gítilis em adultos (excluída forma primária)	A 63.0
<input type="checkbox"/> Herpes genital (apenas o primeiro episódio)	A 60
<input type="checkbox"/> Condiloma acuminado (verugas anogenitais)	A 63.0

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 12 Gestante 13 Raça/Cor

<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
---	--	--	---

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

0 - Analfabeto 1-1ª e 4ª série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
 3-6ª e 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

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)

	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
--	---	--	--

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 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 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 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 Data do Acidente	
	34 UF	35 Município de Ocorrência do Acidente:	Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:		
	37 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento 1) 0-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24h 6) 24 e + h 9) Ignorado			
	39 Local da Picada		01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado			
Dados Clínicos	40 Manifestações Locais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____			
	42 Manifestações Sistêmicas 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> neurológicas (ptose palpebral, turvação visual) <input type="checkbox"/> hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) <input type="checkbox"/> vagais (vômitos, diarreias) <input type="checkbox"/> miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) <input type="checkbox"/> renais (oligúria/anúria) <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____		44 Tempo de Coagulação 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Alterado <input type="checkbox"/> 9 - Não realizado <input type="checkbox"/>	
Dados do Acidente	45 Tipo de Acidente 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado			46 Serpente - Tipo de Acidente 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquélico 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado		
	47 Aranha - Tipo de Acidente 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado			48 Lagarta - Tipo de Acidente 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado		

Tratamento	49 Classificação do Caso 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	50 Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:		
	Antibotrópico (SAB) <input type="checkbox"/>	Anticrotálico (SAC) <input type="checkbox"/>	Antiaracnídico (SAAr) <input type="checkbox"/>
	Antibotrópico-laguético (SABL) <input type="checkbox"/>	Antielapídico (SAE) <input type="checkbox"/>	Antiloxoscélico (SALox) <input type="checkbox"/>
	Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="checkbox"/>	Antiescorpiônico (SAEs) <input type="checkbox"/>	Antilonômico (SALon) <input type="checkbox"/>
Conclusão	52 Complicações Locais <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infecção Secundária <input type="checkbox"/> Necrose Extensa <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Déficit Funcional <input type="checkbox"/> Amputação	
	54 Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque	
	56 Acidente Relacionado ao Trabalho 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura <input type="checkbox"/> 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 3-Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	58 Data do Óbito <input type="text"/>
		59 Data do Encerramento <input type="text"/>	

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia

	Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico <i>Jararaca</i> <i>Jararacuçu</i> <i>urutu</i> <i>caíçaca</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
	Crotálico <i>cascavel</i> <i>boicininga</i>	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração de 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
Laguético <i>surucuru</i> <i>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	
	Elapídico <i>coral verdadeira</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10
ESCORPIONISMO	Escorpiônico <i>escorpião</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 - 6
ARANEISMO	Loxoscélico <i>aranha-marrom</i>	Leve: lesão inparcarística sem aranha identificada	SAA ou SALox	---
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10
	Foneutrismo <i>aranha-armadeira</i> <i>aranha-da-banana</i>	Leve: dor local	SAA	---
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4		
Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial		5 - 10		
LONONMIA	<i>taturana</i> <i>oruga</i>	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	---
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

Informações complementares e observações

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

--

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



Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado			
	14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe		
	20 UF		21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
	23 Logradouro (rua, avenida, ...)				24 Número
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado					
32 UF	33 Município de Ocorrência		34 Bairro da ocorrência		
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...)			36 Número 37 Complemento (apto., casa, ...)		
38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Arma branca Enforcamento/sufocação Arma de fogo Queimadura Objeto contundente Outros Força corporal		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros			



FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

I UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA _____

MUNICÍPIO _____ BAIRRO _____

II IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Registro N° _____

Naturalidade: _____ Est. Civil: _____ Cor: _____ Idade: _____ anos

III DADOS OBSTÉTRICOS:

Data da última menstruação: ____/____/____ Data provável do parto ____/____/____

Semanas de gestação: _____ Gestações n°: _____ Partos n°: _____ Abortos n°: _____

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)
<input type="checkbox"/> Primigesta menor de 17 anos
<input type="checkbox"/> Primigesta acima de 30 anos
<input type="checkbox"/> Multipara acima de 35 anos

GRAVIDEZ (1 Ponto)
<input type="checkbox"/> Não aceita

PARIDADE (1 Ponto)
<input type="checkbox"/> Nulipara
<input type="checkbox"/> 6 ou mais partos

COND. SÓCIO ECONÔMICAS (1 Ponto)
<input type="checkbox"/> De zero a 3 salário mínimos

ÚLTIMO PARTO (intervalo) (2 Pontos)
<input type="checkbox"/> Menor de 12 meses
<input type="checkbox"/> De 6 a mais anos

ALTURA (2 Pontos)
<input type="checkbox"/> Menor que 1,49m

GANHO PONDERAL (10 Pontos)
<input type="checkbox"/> De 0-14 sem (0-3m) maior que 2 Kg
<input type="checkbox"/> De 13-28 sem (3-6m) maior que 5 Kg
<input type="checkbox"/> De 28-40 sem (6-9) maior que 5 Kg

FATOR RH (2 Pontos)
Mulher Rh Negativo

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (5 Pontos)
<input type="checkbox"/> Abortos espontâneos (n° _____)
<input type="checkbox"/> Cesária (n° _____)
<input type="checkbox"/> Fórceps (n° _____)
<input type="checkbox"/> Natimorto (n° _____)
<input type="checkbox"/> Morte neonatal (n° _____)
<input type="checkbox"/> Neonatos de baixo peso (n° _____)
<input type="checkbox"/> Neonatos de peso acima 4.000 g (n° _____)
<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia
<input type="checkbox"/> Placenta prévia
<input type="checkbox"/> Eclâmpsia
<input type="checkbox"/> Deslocamento prematuro da placenta

HÁBITOS (2 Pontos)
<input type="checkbox"/> Cigarros N° _____ por dia
<input type="checkbox"/> Etilismo
<input type="checkbox"/> Drogas

PATOLOGIA DE RISCO (10 Pontos)
<input type="checkbox"/> Assinalar na relação do verso

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
ALTO RISCO (Tratam. especial obrigatório)	Acima de 10
MÉDICO RISCO (Tratam. especial recomendável)	5 - 9
BAIXO RISCO	0 - 4

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.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Código (CID10) Z20.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	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 I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não se aplica 6-Não se aplica 8- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-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-Esino 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,...)	
	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 Ocupação			

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho		33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	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			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				

Acidente com material biológico

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 4 - Vidros
 1- Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 9 - Ignorado
 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros

50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
 LUVAS Avental Óculos Máscara Proteção facial Bota

51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)
 1- Vacinado 2- Não vacinado 3- 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
 Hbs Ag Anti-HBc
 Anti-HIV Anti-HCV

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

Informações complementares e observações

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

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 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	AIDS		B 24	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
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
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Não gestacional/ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		
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		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

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical		33 Sexual	
	1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado		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		Uso de drogas injetáveis	Transfusão sanguínea	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
Informações sobre transfusão/acidente				
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 PN 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 Data da coleta		Teste rápido 2 Data da coleta		
Teste rápido 3 Data da coleta				

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 1cm, 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)* | <i>*Excluída a tuberculose como causa</i> |

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 ³ |

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

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	COQUELUCHE	Código (CID10) A 37.9	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 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 Ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parla 5-Indígena 6- 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	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 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				
	35 Nome do Contato				
Dados Clínicos	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
	37 Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetravalente (DTP+Hib) 1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado			38 Data da Última Dose	
	39 Data do início da Tosse				
40 Sinais e Sintomas					
<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C <input type="checkbox"/> Tosses Paroxísticas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho) <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outros _____					
41 Complicações					
<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões) <input type="checkbox"/> Otite <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
	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		B 57.1	
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 <input type="checkbox"/>	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 2 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
	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, ...)	
	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	
Antecedentes epidemiológicos	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	
Antecedentes epidemiológicos	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 _____

Dados do Laboratório

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

Tratamento

53 Tipo de Tratamento Específico Sintomático

54 Droga Utilizada no Tratamento Específico 1 - Benznidazol 2 - Outro

55 Tempo de tratamento (em dias) _____

Medidas de Controle

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 _____

Conclusão

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 _____ 9 - 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 Distrito _____ 68 Bairro _____

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

70 Data do Encerramento _____

Observações

Observações

Investigador

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

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	Código (CID10) W 64	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 do Atendimento	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º 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 e 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª e 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) Telefona	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Contato Indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro	
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input 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 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 Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias	39 Nº de Doses Aplicadas
	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra	
	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido	42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não
Tratamento Atual	43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição	
	Vacina 44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar)	
	45 Número do Lote	46 Data do Vencimento

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterico:
- * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia 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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HEPATITES VIRAIS		B.19	
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		
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 - Perturbana 9 - Ignorado		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da investigação		32 Ocupação	
	33 Suspeita de:		34 Tomou vacina para:	
	1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada		1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado	
	35 Institucionalizado em		Hepatite A Hepatite B	
Antecedentes Epidemiológicos	36 Agravos associados:		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Sexual Domiciliar (não sexual) Ocupacional	

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

- Medicamentos Injetáveis
- Drogas inaláveis ou Crack
- Drogas injetáveis
- Água/Alimento contaminado
- Três ou mais parceiros sexuais
- Transplante
- Tatuagem/Piercing
- Acupuntura
- Tratamento Cirúrgico
- Tratamento Dentário
- Hemodiálise
- Outras
- Acidente com Material Biológico
- Transfusão de sangue /derivados

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	Fone

41 Dados dos comunicantes

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

42 Paciente encaminhado de
1- Banco de sangue
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)
3- Não se aplica

43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA
1-Reagente 4-Não realizado
2-Não reagente 9-Ignorado
3-Inconclusivo

45 Data da Coleta da Sorologia

46 Resultados Sorológicos/Virológicos
1 - Reagente/Positivo
2 - Não Reagente/Negativo
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado

47 Genótipo para HCV
1-Genótipo 1 4-Genótipo 4 7-Não se aplica
2-Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado
3-Genótipo 3 6-Genótipo 6

48 Classificação final
1 - Confirmação laboratorial
2 - Confirmação clínico-epidemiológica
3 - Descartado
4 - Coadjuv. Sorológica
8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica
1 - Hepatite Aguda
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático
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-Hemodiálise 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 _____

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11

VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:

indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL¹ e que apresente Dispneia OU Saturação de O₂ <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrada o óbito por SRAG independente de internação.

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA

1. Data do preenchimento		2. UF	3. Município de registro do caso		Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)				Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sintomas
6. Nome				7. Número do Cartão SUS	
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10. Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11. Gestante 1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Não Gestacional Ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado	
12. Raça/Cor	13. Escolaridade		14. Nome da Mãe		
1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	5. Analfabeto 1. Fundamental (1-9 anos) 2. Médio (1-3 anos) 3. Superior 9. Ignorante 10. Não se aplica				
15. UF	16. Município de Residência		Código (IBGE)	17. Distrito	
18. Bairro		19. Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
20. Número		21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)			
22. Ponto de Referência				23. CEP	
24. (DDD) Telefone		25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)		
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado			

ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?		28. Se sim, data da última dose	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
29. Principais 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"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Saturação de O ₂ < 95%	<input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas importantes:
30. Fatores de Risco 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Pneuropatias Crônicas	<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão	<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica
<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Puerpério (até 42 dias do parto)	<input type="checkbox"/> Obesidade. Se sim, especifique: IMC =		
<input type="checkbox"/> Outros fatores de risco relacionados com a SRAG:			
31. Uso de antiviral?		32. Data de início do tratamento	
1 - Não usou 2 - Oseltamivir 3 - Zanamivir 9 - Ignorado			
4 - Outro, especifique:			
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da unidade de internação
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			Código (IBGE)
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica)			Código (CNES)
38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG)			39. Data do Raio X
1. Normal 2. Infiltrado Intersticial 3. Consolidação 4. Misto 6. Não realizado 9. Ignorado			
5. Outro			
40. Fez uso de suporte ventilatório?			
1. Não usou 2. Sim, invasivo 3. Sim, não invasivo 9. Ignorado			
41. Foi internado em Unidade de Terapia Intensiva?		42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

1. Não coletou. 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem
 4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: _____
 9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> IFI Data do Resultado - IFI	<input type="checkbox"/> RT-PCR Tipo de RT-PCR: <input type="checkbox"/> 1. Convencional <input type="checkbox"/> 2. Em tempo real Data do Resultado - RT-PCR	<input type="checkbox"/> Outro método, especifique (ex. cultura): Data do Resultado do outro método
---	--	--

47. Diagnóstico Etiológico:

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

- Influenza A — Se positivo para Influenza A, qual subtipo: _____
 Influenza B
- 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal
 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v
 6- Outro subtipo de Influenza A, especifique: _____

Outros agentes etiológicos respiratórios:

- Vírus Sincicial Respiratório (VSR) Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Adenovírus
 Outro vírus ou agente etiológico, especifique: _____

CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios
 3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: _____
 4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial
 2. Clínico-Epidemiológico
 3. Clínico

50. Evolução clínica

1. Recebeu alta por cura
 2. Evoluiu para óbito
 9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SINDRÔMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SINDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO)

>> 5 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mal-estar ou fraqueza.
 << 5 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.

Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em www.saude.gov.br/9vs.- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no SINAN Influenza On-Line.

- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.

- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final.

- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

ANOTAÇÕES**DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)**

UF	Município	Nome da Unidade	Código da Unidade de Saúde
Nome	Função	Assinatura	

Definição de caso: São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

*Acidente de trabalho fatal: é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

*Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

*Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
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 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 <input type="checkbox"/>		3 - Periurbana 9 - Ignorado	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista	
	02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado	
	03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado	
	04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário	
	09 - Cooperativado		99 - Ignorado	
	10 - Trabalhador avulso		11 - Empregador	
	12 - Outros			
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado		
2 - Via pública		4 - Domicílio próprio		
Dados da Empresa Contratante				
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		
46 O Empregador é Empresa Tercelizada				
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				

Antecedentes Epidemiológicos	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	
	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				59 Data do Atendimento		60 UF	
Dados do Atendimento Médico	61 Município do Atendimento Código (IBGE)			62 Nome da U. S de Atendimento			Código	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08- Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado				64 Diagnóstico da Lesão CID 10		65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	
	66 Evolução do Caso 1 - Cura 4- Incapacidade total permanente 7- Outro 2 - Incapacidade temporária 5- Óbito por acidente de trabalho grave 9 - Ignorado 3- Incapacidade parcial 6- Óbito por outras causas							
Conclusão	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			

Informações complementares e observações

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	

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS 27/09/2005

CASO SUSPEITO: Paciente com doença febril, geralmente acima de 38 °C, mialgia, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: calafrio, astenia, dor abdominal, náusea, vômito e cefaléia, que pode evoluir, na primeira semana da doença, para insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada ou apresentar edema pulmonar não cardiogênico, ou; Paciente com enfermidade aguda apresentando quadro de edema pulmonar não cardiogênico com evolução para o óbito, ou; Paciente com história de doença febril e com exposição à mesma fonte de infecção de um ou mais caso(s) de hantavirose, confirmados laboratorialmente.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANTAVIROSE		A 98.8	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sinais
	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		
Antecedentes Epidemiológicos	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	19	Diatrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
Dados Clínicos	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				
Dados Clínicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Nas últimas 8 semanas (60 dias antes do início dos sintomas), desenvolveu e/ou expôs-se a atividades ligadas a:			
	<input type="checkbox"/> Treinamento militar em área rural ou silvestre <input type="checkbox"/> Desmatamento, aragem de terra, plantio agrícola, colheita agrícola, corte de lenha e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Exposição e/ou limpeza de casa, despensa, galpão, depósitos, sótão, porão e outros semelhantes <input type="checkbox"/> Moagem e/ ou armazenamento de grãos, arrumou ou moveu fardos de lenha, capim ou outros semelhantes <input type="checkbox"/> Dormiu/descansou em barracas, galpão, paiol e outros locais semelhantes <input type="checkbox"/> Transporte e ou carregamento (em veículos motorizados) de cargas em geral <input type="checkbox"/> Pescou, caçou, realizou turismo rural ou participou de atividades de ecoturismo ou similares. <input type="checkbox"/> Teve contato direto e/ ou viu rato silvestre ou do mato vivo ou morto ou suas excretas/ vestígios (fezes, urina e/ou cheiro da urina, sangue, saliva, roeduras, pegadas, trilhas, manchas e outros sinais de ratos) <input type="checkbox"/> Outras atividades/ exposições (outros animais ou suas instalações/ outros casos humanos de hantavírus ou outras). Especifique			
34 Data do 1º Atendimento		35 Local 1º Atendimento (US ou clínica ou hospital - Município/UF)		
36 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Dor Torácica <input type="checkbox"/> Sintomas Neurológicos <input type="checkbox"/> Outros (Especificar)				
<input type="checkbox"/> Tosse Seca <input type="checkbox"/> Mialgia Generalizada <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Tontura/ Vertigem <input type="checkbox"/> Astenia				
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Dor Lombar (região dos rins) <input type="checkbox"/> Náuseas/ Vômito <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Petéquias (manchas de sangue sob a pele)				
<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória Aguda <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outras manifestações hemorrágicas (Especificar)				

37 Colheu Amostra de Sangue para Exames Clínicos/Bioquímicos

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

38 Resultado A

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

Hematócrito > 45% TGO _____

Trombocitopenia TGP _____

Linfócitos Atípicos

Aumento de Uréia e Creatinina

39 Resultado B (Leucócitos)

1 - Normais

2 - Aumentados COM desvio à esquerda

3 - Diminuídos (Leucopenia)

4 - Aumentados SEM desvio à esquerda

5 - Não Realizado

9 - Ignorado

40 Realizou Radiografia do Tórax

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se Sim, Apresentou Alguma destas Alterações

Infiltrado Pulmonar Difuso

Infiltrado Pulmonar Localizado

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Derrame Pleural

Exame Sorológico (IgM)

42 Data da Coleta

43 Resultado

1 - Reagente 2 - Não Reagente

3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Imunohistoquímica

44 Resultado

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

RT-PCR

45 Data da Coleta

46 Resultado

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

47 Ocorreu Hospitalização

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48 Data da Internação

49 UF

50 Município do Hospital

Código (IBGE)

51 Nome do Hospital

Código

52 Suporte Terapêutico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Ficou no Respirador Mecânico

Usou Medicamento Antiviral (Ribavirina)

Usou Corticóide CPAP/BiPAP

Usou Drogas Vasodilatadoras (dopamina, dobutamina ou similares)

Usou Antibióticos

Outro Tipo de Tratamento _____

53 Classificação final

1 - Confirmado 2 - Descartado

54 Forma Clínica

1 - Prodrômica ou inespecífica

2 - Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus

55 Critério de Diagnóstico

1 - Laboratorial 2 - Clínico Epidemiológico

Local Provável da Fonte de Infecção (nos últimos 60 dias)

56 O caso é autóctone do município de residência?

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

57 UF

58 País

59 Município

Código (IBGE)

60 Distrito

61 Bairro

Característica do Local Provável de Infecção

62 Zona do Provável Local de Infecção

1 - Urbana

2 - Rural

3 - Periurbana

9 - Ignorado

63 Tipo de Ambiente onde provavelmente Ocorreu a Infecção

1 - Domiciliar 4 - Outro _____

2 - Trabalho 9 - Ignorado

3 - Lazer

64 Localização do LPI em Relação à Sede do Município

_____ Km ao 1 - Sul 3 - Leste

2 - Norte 4 - Oeste

65 Evolução do Caso

1 - Cura

3 - Óbito por outra causa

2 - Óbito por hantavirose

9 - Ignorado

66 Data do Óbito ou da Alta Hospitalar

67 Se Óbito, Realizou Autópsia

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

68 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

69 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Município/Unidade de Saúde _____

Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____

Função _____

Assinatura _____

Hantavirose

Sinan NET

SVS 19/05/2006

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 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 - Branco 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 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros 99 - Ignorado				
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado				
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP	
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	

49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral

01. Medicamento	02. Agrotóxico; uso agrícola	03. Agrotóxico/uso doméstico	04. Agrotóxico/uso saúde pública
05. Raticida	06. Produto veterinário	07. Produto de uso Domiciliar	08. Cosmético/higiene pessoal
09. Produto químico de uso industrial	10. metal	11. Drogas de abuso	12. Planta tóxica
13. Alimento e bebida	14. Outro	99. Ignorado	

50 Agente tóxico (informar até três agentes)
Nome Comercial/popular: _____ Princípio Ativo: _____

1 - _____ 1 - _____
2 - _____ 2 - _____
3 - _____ 3 - _____

51 Se agrotóxico, qual a finalidade de utilização

1. Inseticida	2. Herbicida	3. Carrapaticida	4. Raticida	5. Fungicida
6. Preservante para madeira	7. Outro	8. Não se aplica	9. Ignorado	

52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual

01- Diluição	05- Colheita	09- Outros	1ª Opção: <input type="checkbox"/>
02- Pulverização	06- Transporte	10- Não se aplica	2ª Opção: <input type="checkbox"/>
03- Tratamento de sementes	07- Desinsetização	99- Ignorado	3ª Opção: <input type="checkbox"/>
04- Armazenagem	08- Produção/formulação		

53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura

54 Via de exposição/contaminação

1- Digestiva	4- Ocular	7- Transplacentária	1ª Opção: <input type="checkbox"/>
2- Cutânea	5- Parenteral	8- Outra	2ª Opção: <input type="checkbox"/>
3- Respiratória	6- Vaginal	9- Ignorada	3ª Opção: <input type="checkbox"/>

55 Circunstância da exposição/contaminação

01- Uso Habitual	02- Acidental	03- Ambiental	04- Uso terapêutico	05- Prescrição médica inadequada
06- Erro de administração	07- Automedicação	08- Abuso	09- Ingestão de alimento ou bebida	10- Tentativa de suicídio
11- Tentativa de aborto	12- Violência/homicídio	13- Outra: _____	99- Ignorado	

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Tipo de Exposição

1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica

4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado

58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento

1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado

59 Tipo de atendimento

1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar

4 - Nenhum 9 - Ignorado

60 Houve hospitalização?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

61 Data da internação _____

62 UF _____

63 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____

64 Unidade de saúde _____ Código _____

65 Classificação final

1 - Intoxicação confirmada	2 - Só Exposição	3 - Reação Adversa
4 - Outro Diagnóstico	5 - Síndrome de abstinência	9 - Ignorado

66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____

67 Critério de confirmação

1 - Laboratorial

2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico

68 Evolução do Caso

1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena

4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado

69 Data do óbito _____

70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.

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

71 Data do Encerramento _____

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador

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

Nome _____ Função _____ Assinatura _____



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DE BRASIL NOVO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO SOBRE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____ MUNICÍPIO: Brasil Novo MÊS/ANO: ____/____/____

Unidade de Saúde	SR Programa/Ano	SR Identificado (A)	SR Examinado		Total de Examinados (B)	% (A/B)
			BK Positiva	BK Negativa		
TOTAL						

SR Identificado: Toda pessoa que apresenta tosse com expectoração por três semanas ou mais encaminhada por exame de escarro (quem teve exame solicitado).

SR Examinado: Todo sintomático respiratório submetido a baciloscopia (que realizou o exame).

Responsável pela Informação

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente 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 Agravo/doença SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID10) O98.1	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 F - Feminino <input checked="" type="checkbox"/>		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 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-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							
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 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado				38 Título 1;		39 Data	
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							
	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. epidemiológicos da
parceira 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

Sifilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

CNS DO CIDADÃO:

Nome do Cidadão*:

Data de nascimento*:

Sexo*:

 Feminino

 Masculino

Local de Atendimento*:

CRIANÇAS MENORES
DE 6 MESES**

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

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**

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

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

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

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

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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



Unidade de Saúde: _____

MAPA DE ACOMPANHAMENTO

	Data de Atendimento*	NIS / NC NS/ Nº Cartão Provisório-SUS*	Nome *	Data de Nascimento Idade
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

*Campo Obrigatório

***Campo Obrigatório para Criança



Código SIA SUS: _____

AMENTO DIÁRIO

Peso (Kg)*	Estatura	Uni. Med. (Cm/m) (1)*	Estado Nutricional	Criança			Gestante		Adulto (Relação Cintura Quadril) ⁽³⁾												
				Peso ao Nascer (g)	Alimentação Materno (2)***	Data da Última Menstruação***	Idade Gestacional***	Peso Pré-Gestacional (Kg)	Circunferência da Cintura (cm)	Circunferência do Quadril (cm)	Relação Cintura Quadril	Risco (S/N)?	Nutriz (S/N)?	Doenças Associadas ⁽⁴⁾	Vacinação em Dia 1- Sim 2- Não	Pré-Natal 0- Não gestante 1- Sim 2- Não	Família Localizada 1- Sim 2- Não				

**Campo Obrigatório com Exceção de Criança

***Campo Obrigatório para Gestante

Legenda:

(1) Estado Nutricional

Criança: IMC

- 1) Menor que P0,1 (Peso muito baixo para idade)
- 2) Igual ou maior que P0,1 e menor que P3 (Peso baixo para idade)
- 3) Igual ou maior que P3 e menor que P10 (Risco nutricional)
- 4) Igual ou maior que P10 e menor que P97 (Adequado / Eutrófico)
- 5) maior que P97 (Sobrepeso / Obesidade)

Adulto:

- 1) IMC menor que 18,5
- 2) IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25
- 3) IMC maior ou igual a 25 e menor que 30
- 4) IMC maior ou igual a 30

Adolescente

IDADE	Percentil de IMC por idade - Adolescente				
	Sexo Feminino				
	5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

IDADE	Percentil de IMC por idade - Adolescente				
	Sexo Masculino				
	5	15	50	85	95
10	14,42	15,15	16,72	19,80	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,36	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,78
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66

IMC

- 1) Menor ou igual que P5 (Baixo Peso)
- 2) Maior que P5 e menor que P85 (Normal / Eutrófico)
- 3) Maior ou igual que P85 (Sobrepeso)

(2) Aleitamento Materno:

1. **Exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro alimento, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e /ou medicamentos.
2. **Predominante:** quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, com exceção de leite materno.
3. **Alimentação Complementar:** recebe além do leite materno, alimentos sólidos e semi-sólidos, incluindo leite materno.
4. **Não recebe leite materno.**
5. **Sem informação.**

(3) Adulto (Relação Cintura-Quadril):

Cálculo Cintura- Quadril = Cintura / Quadril

Risco para doenças cardiovasculares:

CCQ > 1 para homens

CCQ > 0,85 para mulheres

Parâmetro para cintura

Risco para doenças cardiovasculares

> 102 cm para homens

> 88 cm para mulheres

(4) Doença A

- 1) A09 - Diarréia
- 2) D50 - Anemia F
- 3) I10 - Hipertensã
- 4) E 46 - Desnutri
- 5) E01 - DDI (Dist
- 6) M81.9 - Osteop
- 7) J06 - IRA (Infec

peso)
menor que 25 (Adequado / Eutrófico)
menor que 30 (Sobrepeso)
obesidade)

Idoso:

- 1) IMC menor ou igual a 22 (Baixo peso)
- 2) IMC maior que 22 e menor que 27 (Normal / Eutrófico)
- 3) IMC maior ou igual a 27 (Sobrepeso / Obesidade)

Gestante: Calcule o IMC por meio da fórmula:

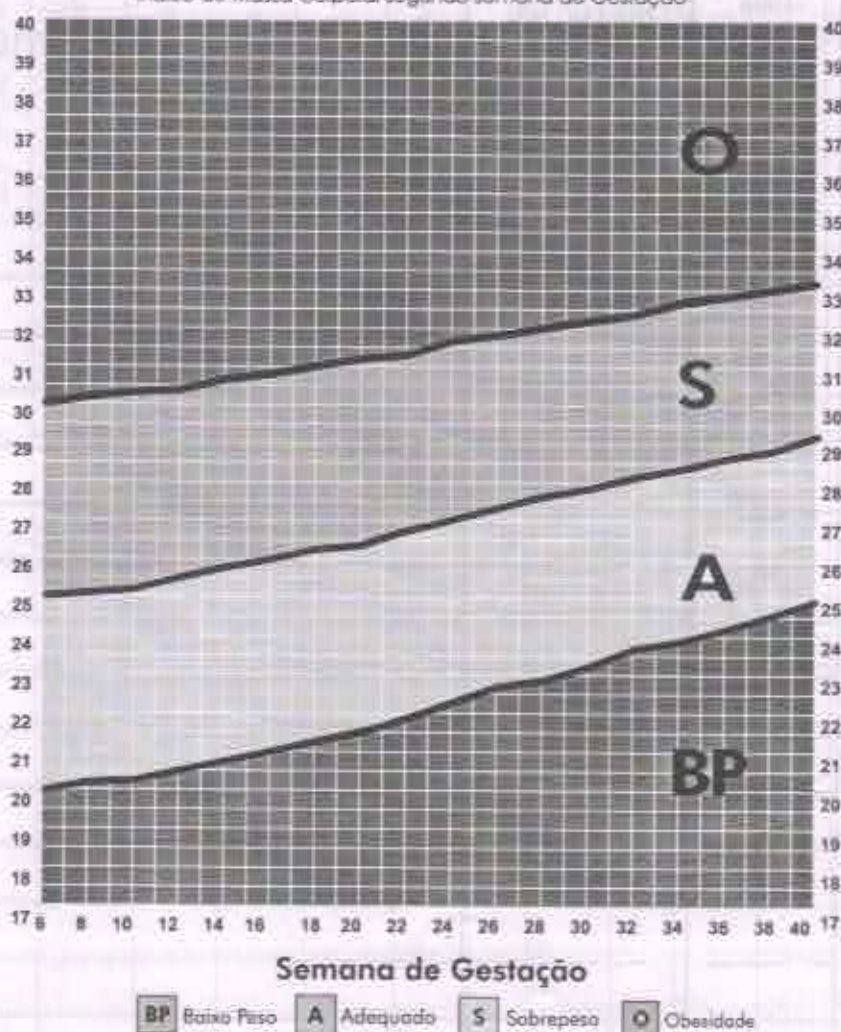
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso atual}}{(\text{Altura})^2}$$

Realize o diagnóstico segundo norma técnica e o quadro abaixo:

- 1) Baixo Peso
- 2) Adequado
- 3) Sobrepeso
- 4) Obesidade

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante

Índice de Massa Corporal segundo semana de Gestação:



líquido ou sólido,
de frutas e chás.
ão humano.

das (CID):

éico Calórica
Deficiência de Iodo)
piratória Aguda)

- 8) E11 - Diabetes não insulino dependente
- 9) I99 - Cardiovasculares
- 10) A08 - Infecções Intestinais Virais
- 11) E50 - Hipovitaminose A
- 12) Outras doenças e/ou intercorrências
- 13) Sem intercorrências

Data do Atendimento: ___/___/___

FICHA DE DESFECHO

DESFECHO

01 Motivo desfecho:

Desfecho do Atendimento

- Mudança de Estado
- Mudança de Município
- Mudança de Estabelecimento
- Abandono
- Outros Motivos
- Optou por Convênio Particular

Desfecho da Gestação

- Aborto
- Concluído
- Óbito Ambos
- Óbito Fetal
- Óbito Materno

02 Data do Desfecho:

03 Justificativa:

Responsável pela Digitação

Data da Digitação

SISPRENATAL N.º _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 N.º área

7 N.º microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 N.º do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

11 N.º Inscrição social - NIS

DADOS PESSOAIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

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

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 N.º NIS

18 Município de residência:

19 UF: _____

19 Código IBGE: _____

20 Logradouro (Rua/avenida):

21 Bairro: _____

22 N.º

23 Complemento: _____

24 Ponto de referência

25 CEP: _____

Zona 1-urbana/2-rural/3-periferiana/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):

- 00 Analfabeto
 (1) 1ª a 4ª série incompleta do EF (sem o último ou 1º grau)
 (2) 4ª série completa do EF (sem o primeiro ou 1º grau)
 (3) 2ª a 4ª série incompleta do EF (sem o último ou 1º grau)
 (4) Ensino Fundamental completo (sem o último ou 1º grau)
 (5) Ensino médio incompleto (sem o último ou 2º grau)
 (6) Ensino médio completo (sem o último ou 2º grau)
 (7) Educação superior incompleta
 (8) Educação superior completa (9) Ignorado (10) Não se aplica

- 00 Casado com companheiro e filhos
 (1) Casado sem companheiro, com pelo menos 1 filho
 (2) Casado com companheiro, com filhos e filhos fora do casamento
 (3) Casado com companheiro, sem companheiro
 (4) Casado com companheiro, sem filhos
 (5) Casado com companheiro, sem filhos e filhos fora do casamento
 (6) Vive só

- 00 branca
 01 preta
 02 amarela
 03 parda
 04 indígena
 05 miscilânea

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão:
 (1) Nascimento (2) Casamento
 (3) Separação/Divórcio

34 Livro: _____

35 Folha: _____

36 Termo: _____

37 Data de emissão: ____/____/____

38 Identidade: _____

39 Data de emissão: ____/____/____

40 Órgão Emissor: _____

41 UF: _____

42 Carteira de trabalho: _____

43 Série: _____

44 UF: _____

45 CPF: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

46 DUM: ____/____/____

47 DPP: ____/____/____

48 Altura/cm: _____

49 Peso/gramas: _____

50 Precisa de auxílio/descanso: NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: _____

52 Tipo de gravidez:
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

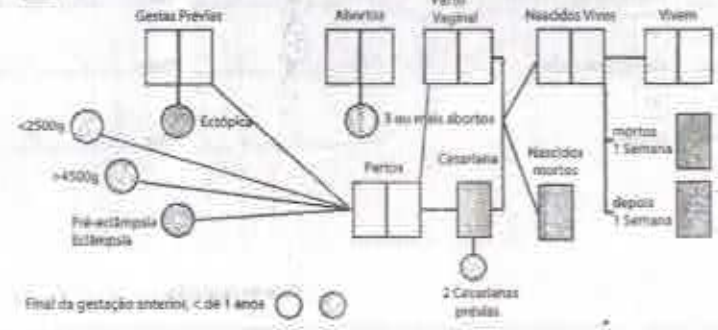
53 Gravidez planejada: NÃO SIM

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

55 Data do ultrassom: ____/____/____

ACOLHIMENTO

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Tromboembolismo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Doença Mental	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Hipertensão	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Outras, qual: _____	

SISPRENATAL:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	57 Trabalho de parto prematuro: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Diabetes Gestacional	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Hemorragia 1º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Humanização RH: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Se, sim / Insulina	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Infecção urinária: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM HIV/AIDS	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Oligo/polídrâmio: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Cigarros	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Alcool: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Drogas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Violência doméstica	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Pós-Datzeiro	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
	Cardiopatia: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM CILJR			

SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica	59 Hepatite B	60 INFLUENZA	dTpa Coqueluche
	(1) Não vacinada <input type="checkbox"/> (2) Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> (3) Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> (4) Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> (9) Ignorado <input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª: ____/____/____ 2ª: ____/____/____ 3ª: ____/____/____ Reforço: ____/____/____	(1) Sim <input type="checkbox"/> (2) Não <input type="checkbox"/> (9) Ignorado <input type="checkbox"/>	(1) Sim <input type="checkbox"/> (2) Não <input type="checkbox"/> (9) Ignorado <input type="checkbox"/>

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

62 Realizado Atendimento odontológico: (1) - Sim (2) - Não (9) - Ignorado

63 Participação em atividade educativa: (1) - SIM - DATA: ____/____/____ (2) - NÃO

64 Realizou visita à maternidade: (1) - SIM - DATA: ____/____/____ (2) - NÃO

TESTES RÁPIDOS

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

EX. DE ROTINA

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

EX. ADICIONAIS

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

EX. EXAMES ESPECIAIS

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

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

Data do Atendimento: / /

FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA

ESTABELECIMENTO

01	Município do Atendimento	02	Código IBGE	03	Sigla da UF
04	Nome da Unidade de Saúde	05	Código CNES		
06	Número da Área	07	Número da Micro-Área		
08	Nome do Profissional	09	CNS Profissional		
10	Data do Parto	11	IG (Sem / Dia)	12	Tipo do Parto () Vaginal () Cesáreo () Fórcepo

DADOS PESSOAIS

13	Nome da Puérpera	14	Data Nascimento
15	Nome da Mãe da Puérpera		
16	Nº do Cartão Nacional de Saúde - CNS Puérpera		

DADOS DO PARTO

17	Local da Ocorrência () 1 - Centro de Parto Normal 2 - Domicílio 3 - Hospital 4 - Maternidade 5 - Outro Estabelecimento 6 - Outros
18	Estabelecimento do Parto (CNS)
19	Teve a Presença de Acompanhante de Sua Livre Escolha Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto? () 1 - Sim 2 - Não
20	Foi Atendida na Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera? () 1 - Sim 2 - Não

Responsável pela Digitação

Data da Digitação



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANAMNESE CLINICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão e Função: _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel.: _____ Cel.: _____

Local de trabalho: _____ Tel. Trabalho / ramal: _____

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Separado Viúvo Outros

Escolaridade: Analfabeto Semi-analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo

2º grau incompleto 2º grau completo Nível superior incompleto Nível superior completo

Renda Familiar (trabalha formal ou informal de todas as pessoas que vivem na sua casa):

Até 2 salários mínimos 2 a 4 salários mínimos 4 a 7 salários mínimos

7 a 10 salários mínimos 10 a 20 salários mínimos Mais de 20 salários mínimos

DADOS DE ENCAMINHAMENTO

Procura voluntária Médico / Clínica particular Amigo / colega de trabalho Outros

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura: _____ Pressão arterial: _____ CO: _____ IMC: $\frac{\text{peso}}{(\text{altura})^2}$ Kg/m²

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

- Com que idade você começou a fumar? _____
- A que situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (pode escolher várias)
 - Ao falar ao telefone Após refeições Com bebidas alcoólicas Com café No trabalho
 - Ansiedade Tristeza Alegria Nenhum Outros: _____
- Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar? (pode escolher várias)

a) Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
b) Fumar é muito saboroso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
c) O cigarro o(a) acalma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
d) Acha charmoso fumar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
e) Você fuma porque acha que fumar emagrece	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
f) Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
- Outros: _____
- Quantas vezes conseguiu deixar de fumar? De 1 a 3 vezes Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7) Mais de 3 vezes Nunca tentou (seguir para pergunta 7)
- Quando foi? Última vez: _____ Penúltima: _____ Antepenúltima: _____
- Apresentou sintomas de síndrome de abstinência: ansiedade inquietação irritabilidade tristeza sonolência ou insônia constipação dificuldade de concentração tonteira fissura Nenhum sintoma
- Por que voltou a fumar? _____
- Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar? Nenhum Reposição de nicotina Apoio de profissionais de saúde Leitura de orientações em folhetos e revistas Outros: _____
- Comparando com outras pessoas da sua idade, você acha que sua saúde está:
 - Excelente Boa Regular Ruim Pessima

10. Qual motivo para pensar em deixar de fumar? (pode escolher vários)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Porque está afetando a saúde | <input type="checkbox"/> Porque está preocupado com a saúde no futuro |
| <input type="checkbox"/> Outras pessoas estão pressionando | <input type="checkbox"/> Porque gasta muito dinheiro com cigarro |
| <input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da família | <input type="checkbox"/> Porque não gosta de ser dependente |
| <input type="checkbox"/> Porque acha fumar anti-social | <input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças |
| <input type="checkbox"/> Porque os filhos pedem | <input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados |

11. Você convive com fumantes em sua casa? Não Sim – Qual o grau de parentesco? _____

Em seu trabalho? Não Sim / No seu círculo de amizades? Não Sim

12. Você tem medo de engordar ao parar de fumar? Não Sim

TESTE DE FAGERSTRON

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos (3) | <input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 minutos (2) |
| <input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 minutos (1) | <input type="checkbox"/> Após 60 minutos (0) |

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc?

- Sim (1) Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã (1)
 Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Mais de 10 | (0) _____ |
| <input type="checkbox"/> De 11 a 20 | (1) _____ |
| <input type="checkbox"/> De 21 a 30 | (2) _____ |
| <input type="checkbox"/> Mais de 31 | (3) _____ |

5. Você fuma frequentemente pela manhã?

- Sim (1) Não (0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1) Não (0)

Resultado do Teste de Fagerstron

Grau de dependência _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 a 2 pontos = muito baixo | <input type="checkbox"/> 6 a 7 pontos = elevado |
| <input type="checkbox"/> 3 a 4 pontos = baixo | <input type="checkbox"/> 8 a 10 pontos = muito elevado |
| <input type="checkbox"/> 5 pontos = médio | |

Estágio de motivação:

- Pré-contemplativo: fumando, não pensa em parar nem tem motivação para deixar o fumo.
 Contemplativo: motivado a parar algum dia na vida, porém sem data estipulada nos próximos dias.
 Pronto para ação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.
 Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês

OBSERVAÇÕES

Assinatura do profissional de saúde

HISTÓRIA PATOLÓGICA

1. Lesões frequentes, aftas, feridas ou sangramento na boca? (goma) Não Sim Tratamento
2. Diabetes mellitus? Não Sim Tratamento
3. Hipertensão arterial (pressão alta)? Não Sim Tratamento
4. Problema cardíaco (no coração)? Não Sim Tratamento
5. Queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite? (goma) Não Sim Tratamento
6. Problema pulmonar? Qual? Não Sim Tratamento
7. Alergia respiratória? Não Sim Tratamento
8. Alergias cutâneas (de pele)? (adesivo) Não Sim Tratamento
9. Tem ou teve lesão ou tumor maligno? Onde? (bupropiona) Não Sim Tratamento
10. Tem ou teve crise convulsiva ou epilepsia? (bupropiona) Não Sim Tratamento
11. Anorexia nervosa ou bulimia? (bupropiona) Não Sim Tratamento
12. Costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Não Sim Tratamento
13. Faz ou já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico? Não Sim Tratamento

Caso tenha respondido SIM nas questões 12 e 13, responder às perguntas sobre depressão.

14. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?
- Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE.

15. Você tem ou teve outro problema de saúde sério que não foi citado?

Não Sim. Qual? _____

16. Algum medicamento em uso atualmente? Não Sim. Qual? _____

17. Tem prótese dentária móvel? Não Sim

18. Está grávida? Não Sim. Quantos meses? _____

19. Está amamentando? Não Sim

DEPRESSÃO LEVE / MODERADA / GRAVE

- A) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Não Sim. Qual? _____

- B) No último mês você sentiu

b.1) Tristeza Perda de interesse e prazer Energia reduzida ou grande cansaço

b.2) Concentração e atenção reduzidas Auto-estima e auto-confiança reduzidas

Sentimento de culpa e inutilidade Pessimista ou desilodado

Apetite diminuído Inquietação

- C) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Não Sim. Quem e de que tipo? _____

- D) O paciente apresentou durante a consulta:

Agitação Pensamento e fala identificados ou acelerados

Falta de concentração Nenhuma alteração

Resultado do Teste de Depressão

DEPL DEPM DEPG

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas no item Depressão, letras b.1 a b.2, na anamnese clínica.

DEPL = Depressão leve → 2 sintomas do item b.1 e 2 sintomas do item b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldades com o trabalho do dia a dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

DEPM = Depressão moderada → 2 sintomas do item b.1 e 3 sintomas do item b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laborativas ou domésticas.

DEPG = Depressão grave → Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

CAGE

a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Não Sim

b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Não Sim

c) Você se sente culpado ou chateado pela maneira como costuma beber?

Não Sim

d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Não Sim

Resultado do Teste de CAGE

3 ou 4 resposta positivas mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

Ce-morbidade / Qual? _____

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO

1. Tratamento individual – Prof. Responsável _____

2. Tratamento em grupo – início ____/____/____

3. Reposição de Nicotina : Adesivo Goma

4. Bupropiona

5. Discutir o caso em equipe

AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Data ____/____/____

Assinatura do profissional de saúde

RN; _____
Gemelar: (I) (II) (III) Prematuro (S) (N) Cor (B) (P) (A) (Pardo).
Peso ao Nascer _____ Grs. Transfusão (S) (N) Nasc. _____ / _____ / _____
Hora _____ (M) (T) (N) Sexo (M) (F) Forne; _____
Pai: _____
Mãe: _____
Endereço; _____
Bairro; _____ Próx. _____
Coleta _____ / _____ / _____ Por _____
Local: _____ Cod. Exame; _____

Assinatura _____

RN; _____
Gemelar: (I) (II) (III) Prematuro (S) (N) Cor (B) (P) (A) (Pardo).
Peso ao Nascer _____ Grs. Transfusão (S) (N) Nasc. _____ / _____ / _____
Hora _____ (M) (T) (N) Sexo (M) (F) Forne; _____
Pai: _____
Mãe: _____
Endereço; _____
Bairro; _____ Próx. _____
Coleta _____ / _____ / _____ Por _____
Local: _____ Cod. Exame; _____

Assinatura _____

RN; _____
Gemelar: (I) (II) (III) Prematuro (S) (N) Cor (B) (P) (A) (Pardo).
Peso ao Nascer _____ Grs. Transfusão (S) (N) Nasc. _____ / _____ / _____
Hora _____ (M) (T) (N) Sexo (M) (F) Forne; _____
Pai: _____
Mãe: _____
Endereço; _____
Bairro; _____ Próx. _____
Coleta _____ / _____ / _____ Por _____
Local: _____ Cod. Exame; _____

Assinatura _____



MUNICÍPIO:----- UNIDADE DE SAÚDE/LOCAL:----- DIA/MÊS/ANO:-----

RESPONSÁVEL:-----



Mapa diário de Administração de vitamina em crianças

ROTINA

CAMPANHA

100.000 UI
Crianças de 06 a 11*

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

200.000 UI
Crianças de 12 a 59 meses**

1ª dose (no ano)				2ª dose (no ano)			
1	2	3	4	1	2	3	4
5	6	7	8	5	6	7	8
9	10	11	12	9	10	11	12
13	14	15	16	13	14	15	16
17	18	19	20	17	18	19	20
21	22	23	24	21	22	23	24
25	26	27	28	25	26	27	28
29	30	31	32	29	30	31	32
33	34	35	36	33	34	35	36
37	38	39	40	37	38	39	40
41	42	43	44	41	42	43	44
45	46	47	48	45	46	47	48
49	50	51	52	49	50	51	52
53	54	55	56	53	54	55	56
57	58	59	60	57	58	59	60
61	62	63	64	61	62	63	64
65	66	67	68	65	66	67	68
69	70	71	72	69	70	71	72
73	74	75	76	73	74	75	76
77	78	79	80	77	78	79	80
81	82	83	84	81	82	83	84
85	86	87	88	85	86	87	88
89	90	91	92	89	90	91	92
93	94	95	96	93	94	95	96
97	98	99	100	97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança só
Receberá 1 dose de 100.000 UI

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses
de 200.000 UI (1 a cada 6 meses).



CONSOLIDADO MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA

USF:

Município: Brasil Novo

UF: Pa

Profissional Responsável:

Mês de referência:

Data:

Consolidado Mensal de Administração de vitamina A - CRIANÇAS		
NÚMERO DE DOSES ADMINISTRADAS		
CONCENTRAÇÃO	ROTINA	CAMPANHA
100.000 UI		-
200.000 UI	1ª dose	-
	2ª dose	-

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo
 (registre o numero de doses perdidas e marque X no motivo da perda)

Nº de Doses Perdidas	Prazo de Validade	Entrada	Perda na Administração	Utilização Indevida	Acondicionamento Inadequado	Extravio	Violação de Frasco
100.000 UI		-	-	-	-	-	-
200.000 UI		-	-				

Estoque	Saldo anterior	Entrada	Distribuídos	Saldo atual	Validade	Lote
100.000 UI						
200.000 UI						

 Responsável pelo Preenchimento

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		TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*	
COMPLEMENTO:				BAIRRO:*			
MUNICÍPIO:*			UF:*		CEP:*		

TELEFONES PARA CONTATO	
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parcelero(a) / Mesiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO						
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	<table border="1"> <tr> <th>Avenaria/Tijolo:</th> <th>Taipa:</th> <th>Outros:</th> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento </td> <td> <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento </td> <td> <input type="radio"/> Madeira Aparilhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material </td> </tr> </table>	Avenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:	<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparilhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Avenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:					
<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparilhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material					
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não							

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloação <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletores de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?					
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL(IS)? <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gato</td> <td><input type="checkbox"/> Cachorro</td> <td><input type="checkbox"/> Pássaro</td> <td><input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...)</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Cachorro	<input type="checkbox"/> Pássaro	<input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...)	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Cachorro	<input type="checkbox"/> Pássaro	<input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...)	<input type="checkbox"/> Outros	
Quantos: _____					

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NUMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÉS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	④ ③ ② ① ④ ④			<input type="checkbox"/>
		/ /	③ ③ ③ ② ③ ④ ④			<input type="checkbox"/>
		/ /	④ ④ ① ② ③ ④ ④			<input type="checkbox"/>
		/ /	② ③ ① ② ③ ③ ④			<input type="checkbox"/>

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. <p style="text-align: center;">Assinatura</p>
--

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNE5 UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /
-----------------------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL FAMILIAR	DATA DE NASCIMENTO:*/ /
	É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Nº DO CARTÃO-SUS

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: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge / Compenheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____
---	-------------------

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> 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
 Outro

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO SAÚDE PRIVADO? Sim Não

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

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim Não

SE SIM, QUAL?

Heterossexual Lésbica Travesti Outro
 Gay Bissexual Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

Sim Não

SE SIM, QUAL(is)?

Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 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 _____

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

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*		MAN	TAR	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	TERNO	
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data do nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano														
Sexo* (F) Feminina (M) Masculina		(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atendimento de 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"/>	
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	
Racionalidade em saúde (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Peso (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altura (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
Criança	Alimentação materna (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestante	DUM														
		Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano														
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
	Idade Gestacional (semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gest. Prévia/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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			
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bastra- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2															
		CIAP-2															
		CID-10															
CID-10																	
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coletar 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 antioglobulina humana (TIA)	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		
	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		
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (FOA)	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	
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIS/APS)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ficou em Observação?	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO	SH	NÃO
	Nast/Pelo	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"/>	
		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"/>	
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
Condição/Desfecho*	Agendamento p/ NAST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/ 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"/>		
		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"/>		
		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"/>	

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/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Alimentação materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alepatia/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

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

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
04	Educação em saúde	04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
05	Atendimento em Grupo	05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
06	Avaliação / Fomento Coletivo	06	Educação Permanente
07	Mobilização Social	07	Outros

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

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

Obrigatório somente para
Antropometria

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

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA* / /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*		P/T/S	M/C/N	N/C/H	C/C/N	M/T/S	M/C/N	M/C/S	P/C/N	M/T/S	M/C/N	M/C/S	M/C/N	H/C/N	M/T/S
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M	P/M
Local de atendimento*															
Escuta inicial/orientação															
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	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														
	Electrocardiograma														
	Coleta de citopatológico de colo uterino														
	Exame do pé diabético														
	Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele														
	Fundooscopia (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															
Subcutânea (SC)															

Nº	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14														
	Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outros procedimentos (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	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		

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

e-SUS

Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DICTADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

CBO*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

DATA*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Data de nascimento*	Dia / mês																						
	Ano																						
Sexo*	F	M																					
	Visita compartilhada com outro profissional																						
Codificação e Atualização																							
Visita Periódica																							
Consulta																							
Exame																							
Vacina																							
Condições de Saúde Família																							
Gestante																							
Puerpér																							
Recém-nascido																							
Criança																							
Pessoa com Deficiência																							
Pessoa em reabilitação ou com deficiência																							
Pessoa com Superdotado																							
Pessoa com Câncer																							

Motivo da Visita*

Desfecho*	Motivo da Visita*																							
	Acompanhamento																							
	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Person com Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com DPCC/Infirma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças Crônicas Respiratórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças Crônicas / Acomodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condições de Saúde da Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condite de Ambulatório / Visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer Alimentos Caloricos / Comportamento de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Escrita Opção Única de Escrita (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

10

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
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"/>	
Refrida 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 (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Escola 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"/>
Creche 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"/>	
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"/>	
CONDUZA*	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
		Dontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*:

Cód. CNES UNIDADE*:

Cód. EQUIPE (INE)*:

CBO*:

DATA*:

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V	M/T/V
Nº CARTÃO SUS <i>(Utilize uma coluna para cada condição atendida)</i>														
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* <i>(ver legenda)</i>														
Modalidade AD (AD1; AD2 ou AD3)* <i>(ver legenda)</i>														
Tipo Atendimento*	Atendimento programado	<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"/>
	Atendimento não programado	<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"/>
Condição(es) avaliada(s) <i>(marcar as condições avaliadas no atendimento)</i>	Acamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/feridas <i>(grau III ou IV)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de ileostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação ao uso de órtese/prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação 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"/>
	Cuidados paliativos oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos não-oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia 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"/>
	Uso de traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diálise peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paracentese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CIAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 - UES; 02 - Unidade Móvel; 03 - Rua; 04 - Domicílio; 05 - Escola/Creche; 06 - Outros; 07 - Polo (Academia de Saúde); 08 - Instituição / Almoço; 09 - Unidade prisional ou congêneres; 10 - Unidade socioeducativa; 11 - Hospital; 12 - Unidade de Pronto Atendimento; 13 - Ceccuf/Unacon; 14 - Urgência/emergência Hospital SOS**; 15 - Hospital SOS** - demais setores ** Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012)

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD 3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo Obrigatório

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (insira o nº do proced. realizado)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibióticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. / acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. Fisioterapêutico paciente cr. transt. Respiratório e/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de sítio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia farmacológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 traumatismos de localização especif / não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 em reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita domiciliar pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	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"/>
		Código de 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"/>
		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"/>
		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"/>
Conduta / Motivo de Saída	Alta administrativa da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Clínica da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 para Atenção Básica (AB1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urgência/emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Início de acompanhamento pós-óbito		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (Para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº CARTÃO SUS: * _____ DATA NASC.: * _____ SEXO: * M F

ORIGEM (ASSINALAR) *

UBS: Hospital Unidade de Pronto Atendimento Casa / Unacem Hospital SOS - Urgência / emergência Hospital SOS - demais setores
(Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012)) Outras

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológico
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não-oncológico
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID (principal): * _____ CID (secundário): _____ CID (secundário): _____

CONCLUSÃO *

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) AD 1 AD 2 AD 3 INELEGÍVEL

<input type="radio"/> Admissão na própria EMAD	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra EMAD	<input type="checkbox"/> Necessidade de procedimentos complementares, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou fam. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO: ** _____

NOME SOCIAL: _____

RAÇA / COR: ** Branca Preta Parda Amarela Indígena

NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS(PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE: ** _____

Desconhecido

NACIONALIDADE: ** Brasileira(s) Naturalizado(a) Estrangeiro(s)

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro): ** _____

E-MAIL: _____

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO: ** _____ NOME DO LOGRADOURO: ** _____ Nº: ** _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: ** _____

MUNICÍPIO: ** _____ UF: ** _____ CEP: _____

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: () _____ TELEFONE DE REFERÊNCIA: () _____

CUIDADOR

Não possui Cônjuge / Companheiro(a) Filho(a) / Enteadado(a) Pai / Mãe Avó / Avô Neto(a) Irmão(ã) Outro

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

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD 3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo Obrigatório.

** Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS



PLANILHA DE PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL - UTILIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA HIV

MÊS/ANO DE REFERÊNCIA	
COORDENAÇÃO	
LOCAL	
ESTIMATIVA DE TESTES PARA O PRÓXIMO MÊS:	DPP BIO-MANGUINHOS HIV1/2
	RAPID-CHECK HIV 1/2
	TR DPP SÍFILIS BIO MANGUINHOS
	RAPID-CHECK SÍFILIS

DESCRIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DO HIV

INSUMO	1			2				3
	SALDO MÊS ANTERIOR	RECEBIDO NO MÊS	TESTES REALIZADOS NO MÊS	SAÍDAS DO MÊS		PÉRDAS E AJUSTES	SALDO ATUAL	
				Nº TESTE REAGENTE	REMANEJADO QUANTIDADE DESTINO			
OUTUBRO								
INSUMO								
Rapid-Check HIV 1/2								
Bio-Mang. TR DPP HIV 1/2								
TR DPP SÍFILIS BIO MANG.								
Rapid-Check Sífilis								



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

LAUDO DE RESULTADO

TESTE RÁPIDO PARA A DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO (A) PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____
CARTÃO SUS: _____ Nº DO REGISTRO: _____
TELEFONE PARA CONTATO: _____ / _____
NOME DO SOLICITANTE: _____

Amostra: Sangue total.

Método: Imunocromatografia.

Teste:

Teste Rápido-HIV 1/2 RAPID CHECK - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO
Teste Rápido-HIV 1/2 BIO-MANGUINHOS DPP - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO
Teste Rápido-HIV 1/2 ALERE - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO
Teste Rápido - HIV 1/2 ABON - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

() AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV

() AMOSTRA REAGENTE PARA HIV

OBS: Conforme portaria-SVS/MS Nº151, de 14 de outubro de 2009:

- 1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses (18 meses), não caracteriza infecção devido à transferência de anticorpos materno anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para confirmação do diagnóstico.
- 2) Amostra com o resultado **Não reagente no teste rápido 1(TR1)**, havendo caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.
- 3) Amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao TR2.

LOCAL E DATA DA COLETA: _____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do responsável técnico



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

LAUDO DE RESULTADO

TESTE RÁPIDO PARA A DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO (A) PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____
CARTÃO SUS: _____ Nº DO REGISTRO _____
TELEFONE PARA CONTATO: _____ / _____
NOME DO SOLICITANTE: _____

Amostra: Sangue total.

Método: Imunocromatografia.

Teste:

- Teste Rápido - SÍFILIS RAPID CHECK - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO
Teste Rápido-SÍFILIS BIO-MANGUINHOS DPP -() REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO
Teste Rápido - SÍFILIS ALERE - () REAGENTE () NÃO REAGENTE () NÃO REALIZADO

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

() AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS () AMOSTRA REAGENTE PARA SÍFILIS

- 1) O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.
- 2) Amostra com o resultado **Não reagente para SÍFILIS**, havendo caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.
- 3) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para SÍFILIS, o paciente deverá realiza um teste não treponêmico para finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso.
- 4) A situação clínica epidemiológica do paciente deverá ser observada.

LOCAL E DATA DA COLETA: _____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do responsável técnico



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



FOLHA DE PRODUÇÃO DO COLETADOR

UNIDADE: _____

NOME DO TÉCNICO: _____ RÚBICA DO TÉCNICO: _____

TR SÍFILIS; RAPID CHECK - LOTE: _____ VALIDADE: _____

TR SÍFILIS; BIO-MANGUINHOS DPP - LOTE: _____ VALIDADE: _____

TR HIV; RAPID CHECK - LOTE: _____ VALIDADE: _____

TR HIV; BIO-MANGUINHOS DPP - LOTE: _____ VALIDADE: _____

DATA: _____

	IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA	RAPID CHECK SÍFILIS		BIO-MANG. DPP SÍFILIS		RAPID CHECK HIV		BIO-MANG. DPP HIV		RESULTADO FINAL HIV	
		REAG.	NÃO REAG.	REAG.	NÃO REAG.	REAG.	NÃO REAG.	REAG.	NÃO REAG.	REAG.	NÃO REAG.
1-	NOME COMPLETO										
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											

OBS: MARQUE COM (X) OS CAMPOS REAGENTE OU NÃO REAGENTE PARA HIV OU SÍFILIS.



ESTADO DO PARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

USF:
 Município: Brasil Novo/Pa
 Mês de Referência:
 Responsável:

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO
CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DE FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

CRIANÇAS DE 4 A 24 MESES

QUANTITATIVOS DE SUPLEMENTOS DISTRIBUÍDOS					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope – Sulfato Ferroso					

GESTANTES A PARTIR DA 20ª SEMANA

QUANTITATIVOS DE SUPLEMENTOS DISTRIBUÍDOS					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope – Sulfato Ferroso					
Comprimidos Sulfato Ferroso					
Comprimidos Ácido Fólico					

MULHERES ATÉ O 3º MÊS PÓS – PARTO

QUANTITATIVOS DE SUPLEMENTOS DISTRIBUÍDOS					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope – Sulfato Ferroso					
Comprimidos Sulfato Ferroso					

CONTROLE DE PERDAS				
Tipo de Suplemento	Validade	Extravio	Quebra	Outra utilização
Xarope – Sulfato Ferroso				
Comprimidos Sulfato Ferroso				
Comprimidos Ácido Fólico				



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

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
() até 3º mês pós-aborto

Problema distribuído:

() Xarope de sulfato ferroso
() Comprimido de sulfato ferroso
() Comprimido de ácido fólico

		Controle de perdas	
Quantidade por beneficiário de unidade	Quantidade por lote/mês	Quantidade por algum tipo de cancelamento	Outro motivo
Comprimidos de sulfato ferroso			
Comprimidos de ácido fólico			

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

Anexo II – Material para Reprodução

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 a 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 controle das perdas deverão ser registrados os seguintes dados: quantidade de unidades de suplemento distribuídas, por extensão, por algum tipo de cancelamento ou por outro motivo.

5. No controle das perdas deverão ser registrados os seguintes dados: quantidade de unidades de suplemento distribuídas, por extensão, por algum tipo de cancelamento ou por outro motivo. Obs.: A redução dos suplementos para pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa responsável do PMSF e registre esse quantitativo de suplementos não entregues no item "perdas" por algum tipo de cancelamento de Controle de Perdas.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **EPIZOOTIA**

Definição do caso: Animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença	EPIZOOTIA			Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do início da epizootia			
Dados de Ocorrência	8 Fonte da informação			9 (DDD) Telefone da fonte da informação		
	10 UF	11 Município de Ocorrência	Código (IBGE)	12 Distrito		
	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código		
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geocampo 1			
	18 Geocampo 2		19 Ponto de Referência		20 CEP	
	21 (DDD) Telefone		22 Zona	23 Ambiente		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	1- Domicílio 2- Parque, praça ou zoológico 3- Área silvestre 4- Reserva ecológica 5- Outro		
	24 Houve coleta de material para exame laboratorial			1-Sim 2-Não 9-Ignorado		25 Se houve coleta, informar a data
	26 Se houve coleta, qual material			1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> fígado <input type="checkbox"/> rim <input type="checkbox"/> baço <input type="checkbox"/> cérebro <input type="checkbox"/> coração <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> soro <input type="checkbox"/> sangue total <input type="checkbox"/> outro material Qual _____					
	27 Animais acometidos			<input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____		
	1-Ave 3-Canino 5-Felino 7-Primata não humano 9-Outros. 2-Bovídeo 4-Equídeo 6-Morcego 8-Canídeo selvagem Especificar: _____			<input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____		
28 Suspeita diagnóstica			<input type="checkbox"/> 1ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 2ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 3ª suspeita diagnóstica			
1-Ralva 4-Encefalite Espongiforme Bovina 2-Encefalite Equina 5-Febre Amarela 3-Febre do Vírus do Nilo Ocidental 6-Influenza Aviária 7-Outro. Especificar: _____						
29 Resultado laboratorial			1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Ralva <input type="checkbox"/> Encefalite espongiforme bovina <input type="checkbox"/> Outro Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Encefalite equina <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Febre do Nilo <input type="checkbox"/> Influenza aviária						

Observações:

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

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou 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, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença FEBRE AMARELA		Código (CID10) A 9 5.9	
	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 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 8-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-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		
Dados de Residência	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				
Ocupação	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, quigó, 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)			
Antecedentes Epidemiológicos	34 Vacinado Contra Febre Amarela 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		35 Caso Afirmativo, Data	36 UF
	37 Município	Código (IBGE)	38 Unidade de Saúde	Código
Dados Clínicos	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)	
	40 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41 Data da Internação	42 UF
Acutarato	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		

Exame Sorológico (IgM)

46 Data da Coleta (1ª Amostra)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

47 Resultado da 1ª amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

48 Data da Coleta (2ª Amostra)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

49 Resultado da 2ª amostra

1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Isolamento Viral

50 Material Coletado

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Data da Coleta

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

52 Resultado do Isolamento

1 - Reagente 2 - Não Reagente
3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Histopatologia

53 Resultado

1 - Compatível 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Imunohistoquímica

54 Resultado

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

RT-PCR

55 Data da Coleta

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

56 Resultado

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

57 Classificação Final

1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana
3 - Descartado (especificar)

58 Critério de Confirmação/Descarte

1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Local Provável de Infecção

59 Caso autóctone do município de residência

1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado

60 UF

61 País

62 Município

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

Código (IBGE)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

63 Distrito

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

64 Bairro

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

65 Localidade

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

66 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Atividade desenvolvida no local provável de infecção

1 - Trabalho 2 - Turismo 3 - Lazer 9 - Ignorado

68 Evolução do Caso

1 - Cura 2 - Óbito por febre amarela 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

69 Data do Óbito

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

70 Data do Encerramento

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

Informações complementares e observações

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

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

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



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE CADASTRAMENTO CDI - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

UNIDADE DE SAÚDE:-----CODIGO DO ESTABELICIMENTO:-----

MUNICIPIO:-----CODIGO DO IBGE:-----

ASC DA ARÉA:-----

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME COMPLETO DA CRIANÇA:-----

NOME DA MÃE DA CRIANÇA:-----

PAI DA CRIANÇA:-----

DATA DE NASCIMENTO:-----/-----/----- IDADE:-----

PESO:-----kg EST:-----cm(m) PC:-----cm PT:-----cm

ENDEREÇO:-----NUMERO:-----

BAIRRO:-----

MUNICIPIO:-----CEP:-----

Nº DO CARTÃO SUS:-----

DATA DA CONSULTA:-----/-----/-----

Assinatura e carimbo do responsável pelo cadastro/ CBO

MODO DE TRANSMISSÃO:

A fêmea do mosquito (aedes) pica a pessoa infectada, mantém o vírus em sua saliva e o retransmite em novas picadas. A transmissão ocorre pelo ciclo homem-Aedes aegypti-homem. Após a ingestão de sangue infectado pelo inseto fêmea, transcorre nesta fêmea um período de incubação. Após esse período, o mosquito torna-se apto a transmitir o vírus e assim permanece durante toda a vida. O mosquito transmitirá o vírus em todas as picadas que realizar a partir dali.

EM CASO DE SUSPEITA:

Em caso de suspeita de Dengue, procure a Unidade de Saúde ou Posto de Saúde mais próximo à sua residência.

O rápida avaliação de um profissional de saúde é fundamental no tratamento da Dengue!

Na dengue hemorrágica, o quadro clínico se agrava rapidamente, apresentando sinais de insuficiência circulatória e choque, podendo levar a pessoa à morte em até 24 horas.

1 - Mantenha bem tampados: caixas, tonéis e barris de água.

2 - Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira sempre bem fechada.

3 - Não jogue lixo em terrenos baldios.

4 - Se for guardar garrafas de vidro ou plástico, mantenha sempre a boca para baixo.

5 - Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.

6 - Encha os pratinhos ou vasos de planta com areia até a borda.

7 - Se for guardar pneus velhos em casa, retire toda a água e mantenha-os em locais cobertos, protegidos da chuva.

8 - Limpe as calhas com frequência, evitando que folhas possam impedir a passagem da água.

9 - Lave com frequência, com água e sabão, os recipientes utilizados para guardar água, pelo menos uma vez por semana.

10 - Os vasos de plantas aquáticas devem ser lavados com água e sabão, toda semana. É importante trocar a água desses vasos com frequência.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE ENDÊMIAS

Travessa 28 de Abril, n.º 1175

Telefone: (93) 3514-1555 / Fax: (93) 3514-1555

E-mail: alguem@example.com



Organização



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BRASIL NOVO
SETOR DE ENDÊMIAS

BRASIL NOVO NA LUTA CONTRA

Dengue, Zika e Chikungunya



“SE O MOSQUITO DA
DENGUE PODE MATAR,
ELE NÃO PODE NASCER”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNS
----------------------------------	-----

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	MESIANO
EQUIPE	FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	
DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
		Nº DA AUTORIZAÇÃO	

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	
DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
		Nº DA AUTORIZAÇÃO	

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO
NACIONALIDADE	RAÇA/COR
ETNIA	CEP
COD. IBGE MUNICÍPIO	
COD. LOGRADOURO	ENDEREÇO
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	
DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
	E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
		Nº DA AUTORIZAÇÃO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	

CARIMBO	RUBRICA
DATA / /	



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO



AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA ESPECIALIZADA

Ao(a): _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM.

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____ UF: ____ CEP: _____

UNIDADE SOLICITANTE

NOME DA UNIDADE <u>REGULAÇÃO MUNICIPAL</u>	MUNICÍPIO <u>BRASIL NOVO</u>	CARIMBO DA UNIDADE _____
---	---------------------------------	-----------------------------

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ INTERNAÇÃO: SIM NÃO

JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DIAGNÓSTICADA:

CONSULTA SOLICITADA

CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____

UNIDADE EXECUTORA _____	CÓDIGO DO SIA/SUS _____
----------------------------	----------------------------

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO



AUTORIZAÇÃO PARA EXAME ESPECIALIZADA

Ao(a): _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ SEXO: MASC. FEM.

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____ UF: ____ CEP: _____

UNIDADE SOLICITANTE

NOME DA UNIDADE <u>REGULAÇÃO MUNICIPAL</u>	MUNICÍPIO <u>BRASIL NOVO</u>	CARIMBO DA UNIDADE _____
---	---------------------------------	-----------------------------

MÉDICO SOLICITANTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____ INTERNAÇÃO: SIM NÃO

JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE DIAGNÓSTICADA:

EXAME SOLICITADO

CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____

UNIDADE EXECUTORA _____	CÓDIGO DO SIA/SUS _____
----------------------------	----------------------------

 Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização



FICHA DE REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____
OCUPAÇÃO _____ NATURAL _____
RESIDÊNCIA _____ ZONA: URB RUR.
RESPONSÁVEL _____ PARENTESCO _____

3 MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO _____

CONTRA REFERÊNCIA

1 DO: _____
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

2 NOME: _____ MATRÍCULA: _____
IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. ESTADO CIVIL: _____ OCUPAÇÃO _____
OCUPAÇÃO _____ NATURAL _____
RESIDÊNCIA _____ ZONA: URB RUR.
RESPONSÁVEL _____ PARENTESCO _____
ENDEREÇO _____ FONE _____

ENTRADA

3 DATA: ____/____/____ HORA: _____ RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA: _____
CONDIÇÕES DE CHEGADA DO PACIENTE:
 ANDANDO NORMAL ACOMPANHADO DESACOMPANHADO CONSIENTE
 ANDANDO NORMAL SEMICONSCIENTE MORTO SINTOMAS E SINAIS
PRESENTE AO CHEGAR: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO INTERNO

4 _____ MOTIVO: _____

DADOS CLÍNICOS

QUEIXA PRINCIPAL: _____

TEMPO de DOENÇA DIA Data de início ____/____/____ FORMA de INÍCIO SÚBITO INSIDIOSO EVOLUÇÃO: RÁPIDA LENTA

HISTÓRIA de CONTÁGIO: DOMICILIAR EXTRA DOMICILIAR IGNORA PRÉ-NATAL SIM NÃO

ORDEM DE GESTAÇÃO _____ IGNORADO N° de ABORDO _____ TOXOMIA PRESENTE SIM NÃO

ANATÓX TETÂNICO: DOSE COMPLETA DOSE INCOMPLETA NENHUMA TRATAMENTO para SIFILIS SIM NÃO

HEMORRAGIA SIM NÃO TEMPO DE GESTAÇÃO _____ SEMANAS ALTURA do FUNDO do ÚTERO _____ em BCF/min

SITUAÇÃO DO FETO: LONGITUDINAL TRANSVERSAL APRESENTA de FETO: CEFÁLICA CÓRMICA PÉLVICA

SINTOMAS e SINAIS INICIANTE e/ ou ATUAIS: _____

4

TRATAMENTO JÁ REALIZADO EM DOMÍLIO: _____

NA UNID. DE SAÚDE: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

DIAGNÓSTICA DIFERENCIAL: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

5

TIPAGEM SANGUÍNEA RH _____ ABO _____ HEMÁCEAS _____ mm³

HB _____ G% LEUCÓCITOS _____ mm³ HEMATÓCRITO _____

VDRL _____ PESQUISA DE BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIZ) _____

VDRL _____ PESQUISA DE BAAR (ESCARRO) _____ FEZES (DIZ) _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

6

NOME DO CARIMBO _____ CARGO _____ CRM _____

____/____/____
DATA

ATENÇÃO PREVISTA

5

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO (S) INSTITUÍDO (S): _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

SUGESTÃO para CONTINUIDADE do TRATAMENTO: _____

INTERNAÇÃO

6

ADMISSÃO: DATA ____/____/____ HORA _____ LEITO _____ CLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

MÉDICA CIRÚRGICA PSIQUIÁTRA TIPO DE GESTAÇÃO ÚNICA DUPLA MÚLTIPLA

TIPO do PARTO: COM EPISIOTOMIA
 SEM EPISIOTOMIA
 LACERAÇÃO

TIPO do PARTO: CESÁRIA
 INDICAÇÃO

FÓRCEPS
 INFECÇÃO PUERBERAL

COMPLICAÇÕES: EECLAMPSIA HEMORRÁGIA INFECÇÃO PUERBERAL OUTROS

CONDIÇÕES do FETO: VIVO NATIMORTO NEOMORTO ALTA DATA ____/____/____ HORA _____

TIPO de ALTA: CURADO MELHORADO ÓBITO TRANSFERENCIA A PEDIDO FUGA OUTROS

7

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE _____ CARIMBO SAM _____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO E AUDITORIA
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD
LAUDO TFD

Município de Origem:

Nº Processo:

PACIENTE	NOME:			DATA DE NASCIMENTO
	Possui algum tipo de deficiência	CPF.	DOC. IDENTIDADE	CARTÃO SUS
	ENDEREÇO COMPLETO			CEP TELEFONE

ACOMPANHANTE	NOME:			DATA DE NASCIMENTO
	PARENTESCO	CPF.	DOC. IDENTIDADE	CARTÃO SUS
	ENDEREÇO COMPLETO			CEP TELEFONE

LAUDO MÉDICO

1 - Histórico da doença atual:	
2 - Exame físico/anamnese	
3 - Diagnóstico Provável	CID Especialidade:
4 - Exames (s) complementar (es) realizado (s) - Anexar cópia.	
5 - Tratamento(s) realizado (s) ou em curso.	
6 - Tratamento / exames indicados.	

7 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento e exames na localidade de origem.

8 - Justificar a necessidade de acompanhante.

9 - Justificar em caso de encaminhamento urgente.

10 - Outras anotações importante

11 - Responsável pela solicitação

Local e data

Médico Assistente

Use Exclusivo do serviço de auditoria/ junta médica do Centro Regional de Altamira/ SESPA.

Autorizado

Não Autorizado

____/____/____
Data

Assinatura Médico (a):

Autorizações

Acompanhante.

Autorizado

Não Autorizado

Transporte autorizado

Aéreo

Terrestre

Hidroviário

UTI- Aérea

Assinatura Médico (a):/ Junta médica

Possui TFD de outra especialidade?

É acompanhante de outro paciente de TFD?



192 Data / 20 hr cham : hr atend : hr cheg. Dest : hr cheg. Base :

End. **MUNICÍPIO:** _____ **BAIRRO:** _____
RUA PACIENTE: _____ **Nº** _____ **COMP.** _____
REFERÊNCIAS: _____ **CARTÃO SUS:** _____

Ident. **PACIENTE:** _____ **IDADE:** _____ **SEXO:** _____ **FONE:** _____
CONTATO: Familiar () Amigo () Testemunha () profissional saúde () Polícia FONE: _____

MOTIVO DA ATIVAÇÃO _____

HISTÓRIA
ACIDENTE carro () moto () carro e moto () carro e carro () moto e moto () Capotamento () atropelamento () colisão () QPA () Queda de altura () TCE () agressão física () Acidente de trabalho () Animais Peçonhentos () FAB () FAF () IAM () AVC () convulsão () Conduzido por terceiro () Paciente evadido do local () **Outros** _____

PRINCIPAIS QUEIXAS: Dificuldade Respiratória () Dor () Local _____ Febre () °C Náuseas () Vômitos () Tonturas () Alergia () Outras () _____

INÍCIO DOS SINTOMAS Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () sábado () _____

EXAME INICIAL **ESTADO INICIAL**

A Vias Aéreas Livre () Obstrução Parcial () Obstrução Total () Corpo estranho () Crítico () Grave () Moderado ()
 Bronco Aspiração () Edema de Glote () Leve () Instável () Estável ()

B Respira Normal () dispneia () Parada Ventilatória () Roncos () **Sinais vitais e parâmetros evolutivos**
VENTILAÇÃO: Espontânea () Ritmo Irregular () **Horário** : : :
EXPANSIBILIDADE: Normal () Superficial () Regular () Irregular ()

C CIRCUL **PULSO** Regular () Irregular () Ausente () Cheio () Fino ()
PARADA Cárdio Respiratória ()
PELE Normal () Palidez () Cianose () Quente () Fria () Seca () Úmida ()
PRESSÃO ARTERIAL Hipotensão () Hipertensão () Regular ()
CHOQUE Hipovolêmico () Séptico () Cardiog () Anafil ()
EDEMA Ausente () Palpebral () MMI () MMS () Anasarca ()

N Normal () Sonolência () Obnubilação () Agitação () Coma ()

E	Abertura ocular		Resposta verbal		Resposta motora	
	Espon	() 4	Orientada	() 5	Obedece a comandos	() 6
À voz	() 3	Confusa	() 4	Localiza dor	() 5	
À dor	() 2	Palavras inapropriadas	() 3	Movimento de retirada	() 4	
Nenhuma	() 1	Palavras incompreensivas	() 2	Flexão anormal	() 3	
		Nenhuma	() 1	Extensão anormal	() 2	
				Nenhuma	() 1	

Pupilas: Miose () Midriase () Reagente () Não Reagente ()
Déficit Sensitivo: à D () à E () **Motor:** à D () à E () Convulsão ()

Abdome Normal () Dor () Defesa () Contratura ()

Gineco Abort Ameaça () Espontâneo () Provocado ()
 Parto A Termo () Parto Pré Termo () Parto Pós Termo () Metrorragia ()

TRAUMA		Cab	Pesc	T ant	T pos	Pelv	Msd	Msc	Mid	Mie	Abd
		ESCORIAÇÃO									
CONTUSÃO											
FERIMENTO											
LUXAÇÃO											
FRATURA											
LACERAÇÃO											
REÇÃO											

TRANSFERÊNCIA

Hipótese(s) Diagnóstica(s) _____ **CID 10** _____

AUTORIZADOR POR: _____ **ORIGEM:** _____ **DESTINO:** _____

HORÁRIO HEGADA: _____ **ESTADO ATUAL:** CRÍTICO () GRAVE () MODERADO () LEVE () INSTÁVEL () ESTÁVEL ()

MÉDICO (a) ou ENFERMEIRO (a) RECEPTOR ASSINATURA: _____

RECUSA NO ATENDIMENTO Eu, _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento pelo SAMU em / / às _____ horas.
 Ass. _____

MUBAR - RUA DO PACIENTE PT - LOCAL DA OCORRÊNCIA

OBS.

7-CONSULTA DO SERVIÇO SOCIAL:

7.2 - Faixa Etária:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> De 0 a 5 anos | <input type="checkbox"/> 21 a 25anos |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos |
| <input type="checkbox"/> 11 a 15 anos | <input type="checkbox"/> 31 a 35 anos |
| <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> 36 a 40 anos |

7.3 - Renda Familiar:

- Sem Renda:
Sem Renda Fixa:
De 1 a 2 salários mínimos:
+ de 2 salários mínimos:

Outras Opção: Especificar: _____

7.4-Recebe algum benéficos dos programas do Governo, Federal, Estadual ou Municipal?

- Sim Não
Se Sim, Qual? Bolsa Família Bolsa Escola

Outros: Especificar: _____

7.5-Moradia:

- Própria Alugada Cedida Agregada

Tipo de Construção

- Alvenaria Madeira Taipa Mista

Nº de Cômodos:

Sanitários: Sim Não

7.6-Dinâmica da Família: (relacionamentos, conflitos existente , apoio ao tratamento)

7.7 Risco Social: (alcoolismo, Drogas, Prostituição, delitos, Agressões)

7.8 - Quantos ao tratamento:

- Resistente Dificuldade em aceitar Aceita

7.9-Necessita de Visita Domiciliar: Motivo

- Busca Ativa Resistência familiar Não aceito o tratamento

Data ___/___/___

Assinatura do(a) Profissional

9. PROJETO TERAPÉUTICO

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Relaxamento | <input type="checkbox"/> Terapia Individual | <input type="checkbox"/> Dança |
| <input type="checkbox"/> Reflexão | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Horta |
| <input type="checkbox"/> Artesanato | <input type="checkbox"/> Palestra | |
| <input type="checkbox"/> Terapia em grupo | <input type="checkbox"/> Jogos | |

Dias da Semana / Horário

Segunda _____ Terça _____ Quarta _____ Quinta _____ Sexta _____

Disponibilidade para tratamento:

Manhã Tarde Ambos

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Profissional

Assinatura do Usuário ou Responsável

10-DADOS DA APAC:

Abertura do APAC:

Profissional: _____

Data de Abertura: ____/____/____

Paciente com Laudo Aberto? Sim Não

Modalidade do Tratamento: Intensivo
 Semi-Intensivo
 NãoIntensivo

Data de Encerramento ____/____/____

CID: _____

4-INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE:

Nome do Acompanhante e/ ou Responsável:

Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefones para Contato: (____) _____ - _____ ou (____) _____ - _____

5-HISTÓRICO DA DOENÇA:

Situação do Problema / Queixa / Quando Iniciou / 1ª Crise / N° de Internações e Fatores Desencadeantes:

5.1-Tratamento Realizado Anteriormente / Medicamentos:

5.2-Sintomas Atuais:

6-ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO:

1-Avaliação Médica Psiquiatra

4-Avaliação de Enfermagem

2-Avaliação Psicológica

5-Projeto Terapêutico

3-Avaliação Social

6-Outros Unidade / Instituições

7-consulta do serviço social:

SITUAÇÃO FAMILIAR (n° de filhos, relacionamento, situação de moradia, situação sócio-econômica, renda familiar, benefícios de seguridade social, projetos de cidadania e etc...)

7.1-N° Total de Filhos:

Maiores

Menores

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		DATA DE NASCIMENTO
		NACIONALIDADE
RAÇA/COR	ETNIA INDÍGENA	NOME DA MÃE
NOME DO RESPONSÁVEL		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
		UF
CÓD. IBGE MUNICÍPIO	CEP DE RESIDÊNCIA	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)
COMPLEMENTO	DDD	TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE
		DDD
		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE

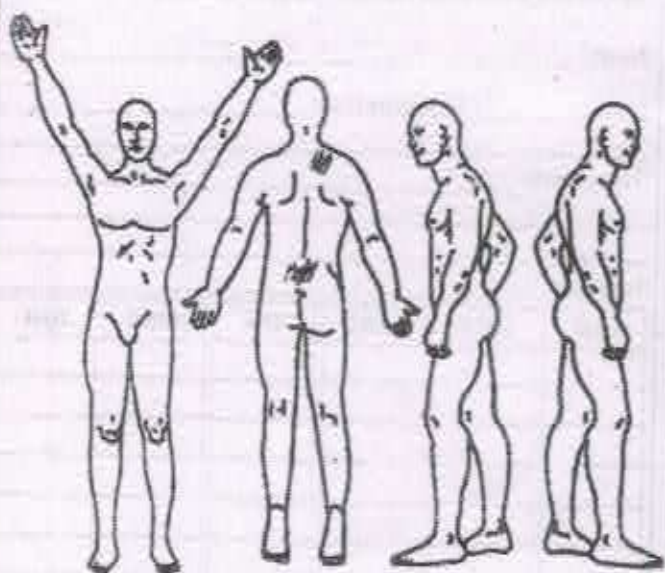
DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	ORIGEM DO PACIENTE			
/ /	/	<input type="checkbox"/> Serviço de Urgência	<input type="checkbox"/> Atenção Básica	<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/> Centro Oncológico
		<input type="checkbox"/> Outros			
CID. 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
CID. 10 CAUSAS ASS	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS				
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CNES	
DESTINO DO PACIENTE					DATA DE CONCLUSÃO
<input type="checkbox"/> Permanência	<input type="checkbox"/> Alta Clínica	<input type="checkbox"/> Encaminhamento Ad1	<input type="checkbox"/> Alta Administrativa	<input type="checkbox"/> Admissão na Urgência	<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar
					<input type="checkbox"/> Óbito
					/ /

ações realizadas

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

REGIÃO A SER TRATADA



Obs.: Indispensável a apresentação deste.



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
Av. Castelo Branco, s/n - Centro - Brasil Novo - (Pa)



Receituário Fisioterapia
Av. Castelo Branco, 5120º Centro Brasil Novo PA

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO DE
BRASIL NOVO

ESPECIALIDADE: PERIODONTIA

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

ASSINATURA _____

CONCLUÍDO

UF CNES da Unidade de Saúde Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF

Apelido da Mulher
 Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade*

Raça/cor

Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO*

- RESULTADO NORMAL / BENIGNO
- LESÃO SUGESTIVA DE CÂNCER (CITO NÃO REALIZADO)
- RESULTADO ALTERADO.

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 epidermoide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical Endometrial Sem outras especificações
- Outras neoplasias malignas. Quais?

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO DO COLO DO ÚTERO

1. Achados colposcópicos (selecionar o achado mais importante)*

- Normal
- Anormal Alterações Menores (susg. Baixo grau, Grau I) Alterações Maiores (susg. Alto grau, Grau II)
- Sugestivo de câncer
- Mucosilânea (condiloma, seqüela pós tratamento, pólipos, estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose)

2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade*

- Satisfatória ZT completamente visível à ectocervical (ZT tipo I)
- Satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II) JEC até 1 cm do canal JEC além de 1 cm do canal
- Insatisfatória ZT não visível ou parcialmente visível (predom./complet endocervical)(ZT tipo III) Atrófia/inflamação severa/trauma colo/ cervice não visível (colposcopia inadequada)

3. Procedimento:*

- Biópsia
- Exeresis da Zona de Transformação Ver e tratar Pós biópsia
- Conização
- Outras

Nota: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos em outros locais/fora unidades (clínica, segred).

Informações adicionais para o patologista

Data da coleta* / /

Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____ Número do Exame* _____
 Nome do Laboratório _____ Recebido em* _____

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Tipo de procedimento cirúrgico*

Biópsia Excisão da Zona de Transformação Conização Histerectomia Simples Histerotomia c/ostectomia uni ou bilateral Outros _____

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

Biópsia, número de fragmentos _____

Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ x _____ cm
 Distância do margem mais próximo _____ mm

Localização do tumor: Ectocérvice Endocérvice Junção escamo-colunar

*Adequabilidade do material: Satisfatório Insatisfatório. Especificar _____

MICROSCOPIA

Lesões de caráter benigno

Metaplasia Escamosa Cervicite crônica inespecífica

Pólipo Endocervical Alterações citomorfológicas compatíveis com ação viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

NIC I (displasia leve)

NIC II (displasia moderada)

NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)

Carcinoma epidermóide microinvasivo

Carcinoma epidermóide invasivo

Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão

Adenocarcinoma in situ

Adenocarcinoma invasor

Outras neoplasias malignas _____

Grau de diferenciação

Não se aplica Bem diferenciado (Grau I) Moderadamente diferenciado (Grau II)

Pouco diferenciado (Grau III) Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

Profundidade da invasão _____ mm

Vascular Sim Não Corpo uterino Sim Não

Pari-ovarial Sim Não Vagina Sim Não

Parametrial Sim Não

Linfonodos regionais: examinados _____ e comprometidos _____

Margens cirúrgicas

Livres Comprometidas Impossível de serem avaliadas

Diagnóstico Descritivo

Controle da representação histológica* Fragmentos Blocos

Data do resultado* _____ / _____ / _____

Responsável* _____ CRM _____

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

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*

CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* Idade* Cor/Raça Branco Preto Pardo Amarelo Indígena/ Etnico

Dados Residenciais Logradouro

Número Complemento Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS CLÍNICOS

1. Tipo de Exame histopatológico* Revisão de lâmina Imunohistoquímica Biópsia / Peça

5. Datação da lesão* Exame Clínico da Mama Imagem (não palpável)

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

5a. Diagnóstico de Imagem Microcalcificação Nódulo Distensão Assimetria

* 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 fase etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

6. Característica da lesão* MAMA DIREITA MAMA ESQUERDA

Localização* QSL QIL QSM QIM UQInf UQsup UQmed UQInf RRA PA

TAMANHO* < 2cm 2 a 5cm Não palpável > 5 a 10cm > 10cm

3. Você está grávida ou amamentando? Sim Não Não sabe

7. Linfonodo axilar palpável? Sim Não

4. Tratamento anterior para câncer de mama? Sim Não

8. Material enviado procedente de:* Biópsia incisional Exatão de ductos principais Biópsia excisional Mastectomia glandular Biópsia por agulha grossa (core biopsy) Mastectomia simples Ressecção segmentar Mastectomia radical e radical modificada Ressecção segmentar com esvaziamento axilar

4a. Tipo de tratamento Cirurgia mesma mama Radioterapia mesma mama Cirurgia outra mama Radioterapia outra mama Quimioterapia Hormônio

Data da Coleta* Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____
 Nome do Laboratório* _____
 Número do Exame* _____
 Recebido em* _____

RESULTADO

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

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material*
 Satisfatória Insatisfatória por _____
TAMANHO DO TUMOR
 Dimensão máxima tumor dominante: < 2cm 2 a 5cm > 5cm Não avaliável
 Dimensão máxima tumor secundário: < Zero 2 a 5cm > 5cm Não avaliável

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES*

Sim Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

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

CORE BIOPSY INDETERMINADA POR

CORE BIOPSY SUSPEITA

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)

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

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO

Sim - especifique _____
 Não

Data do resultado: _____

Responsável pelo resultado* _____ CRM* _____

Localização

- QS1 - Quadrante superior lateral
- QIL - Quadrante inferior lateral
- QSM - Quadrante superior medial
- QIM - Quadrante inferior medial
- UQ1a - União dos quadrantes laterais
- UQsup - União dos quadrantes superiores
- UQmed - União dos quadrantes mediais
- UQinf - União dos quadrantes inferiores
- RRA - Região retroareolar
- PA - Protuberância axilar

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Multicentricidade do tumor: Sim Não Não avaliável
 Multicentricidade do tumor: I II III Não avaliável
 Invasão vascular: Sim Não Não avaliável
 Infiltração perineural: Sim Não Não avaliável
 Embolização linfática: Sim Não Não avaliável

Extensão do tumor:

Pele: Sim, Com ulceração Sim, Sem ulceração
 Não Não avaliável
 Mamoila: Sim Não Não avaliável
 Músculo peitoral: Sim Não Não avaliável
 Pádua do peitoral: Sim Não Não avaliável
 Gradil costal: Sim Não Não avaliável
 Margens Cirúrgicas: Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Não avaliável

Linfonodos:

Axilares Supradiaxilares
 Número de linfonodos avaliados: _____
 Número de linfonodos comprometidos: 0 (zero) 1 a 3 4 a 10 mais de 10
 Presença de coalescência linfonodal: Sim Não Não avaliável
 Extravasamento do conteúdo linfonodal: Sim Não Não avaliável

Receptores hormonais:

Receptor de estrogênio: Positivo Negativo NR
 Receptor de progesterona: Positivo Negativo NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

Sim, especifique _____
 Não

Observações



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA DE
BRASIL NOVO

ESPECIALIDADE: ENDODONTIA

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

ASSINATURA _____

CONCLUÍDO _____



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde



HOSPITAL MUN. M^o JOSÉ BIANCARDI
Trav. 28 de Abril n^o 1004 - Centro - Brasil Novo - Pará

Receituário

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO DE
BRASIL NOVO

ESPECIALIDADE: ENDODONTIA

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

DATA: / / DIA: _____

ASSINATURA _____

CONCLUÍDO _____



HOSPITAL MUN. MARIA JOSÉ BIANCARDI
 TRAVESSA 28 DE ABRIL, 1004 - BRASIL NOVO - PARÁ

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ HORA: ____/____

NOME: _____ IDADE: _____

CARTÃO SUS: _____ CPF: _____

END: _____ BAIRRO: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ NATURAL DE: _____ FONE: _____

FILIAÇÃO { PAI: _____
 MÃE: _____

PROFISSÃO: _____ EMPRESA: _____

PA:	FC:	SPO2:	TEMP:	HGT:
-----	-----	-------	-------	------

QUEIXAS:

EXAMES FÍSICOS:

DIAGNÓSTICO:

AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA:

CONDUTA:

DESTINO: TRANSFERIDO: ÓBITO: ALTA: EVASÃO:
 HRPT: HORA: :
 HSA:
 HC:
 ASSINATURA:



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA JOSE BIANCARDI

MÊS: _____

ANO: _____

CONTROLE MENSAL DE PROCEDIMENTOS E EXAMES DE RAIOS-X - CBO DO PROFISSIONAL: _____

Código do Proc.	Descrição dos Procedimentos - Exames	Quantidade
020401004-7	Arcada zigomático-malar (AP+Ôbliquas + HIRTZ)	
020401005-5	Articulação temporomandibular bilateral	
020401006-3	cayum (lateral + hirtz)	
020401007-1	Crânio (PA + lateral + oblíqua/bretton + HIRTZ)	
020401008-0	Crânio (PA + lateral)	
020401011-0	Maxilar (PA + oblíqua)	
020401012-8	Ossos da face (MN + lateral + HIRTZ)	
020401014-4	Seios da face (FN + MN + lateral+HIRTZ)	
020402003-4	Coluna cervical (AP+lateral+TO+obliquas)	
020402004-2	Coluna cervical (AP+lateral+TO+/flexão)	
020402006-9	Coluna lombro-sacra	
020402009-3	Coluna torácica (AP+lateral)	
020402010-7	Coluna toraco-lombar	
020402012-3	Região sacro-coccigea	
020403007-2	Costelas (Por hemitorax)	
020403009-9	Esterno	
020403014-5	Tórax (PA+lateral+oblíqua)	
020403015-3	Tórax (PA e Perfil)	
020403017-0	Tórax (PA)	
020404001-9	Antebraço	
020404003-5	Articulação escapulo-umeral	
020404005-1	Braço	
020404006-0	Clavicula	
020404007-8	Cotovelo	
020404008-6	Dedo de mão	
020404009-4	Mão	
020404012-4	Punho (AP+lateral+oblíqua)	
020405011-1	Abdomem (AP+lateral/localizada)	
020405012-0	Abdomem agudo(mínimo de 3 incidencias)	
020405013-8	Abdomem simples (AP)	
020406006-0	Articulação coxo-femoral	
020406007-9	Articulação sacro-iliaca	
020406008-7	Articulação tibio-tarsica	
020406009-5	Bacia	
020406010-9	Calcâneo	
020406011-7	Coxa	
020406012-5	Joelho (AP+Lateral)	
020406013-3	Joelho e patela (AP+lateral+axial)	
020406015-0	Pé/dedos do pé	
020406016-8	Perna	

Obs: Caso tenha algum exame que não está relacionado nessa lista, favor nos informar.

Assinatura do Responsável



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasil Novo
Secretaria Municipal de Saúde



CNPJ 11.283.607/0001-42

ALTA A PEDIDO

No dia _____ / _____ 2014, as _____ Hrs, foi admitido (a) nesta Sala de Estabilização o Sr(a) _____

_____ anos, Cartão SUS _____

Prestados os primeiros cuidados, paciente encontra-se

O (A) paciente _____ solicita alta, uma vez que não quer permanecer nesta unidade de saúde para concluir o tratamento. Dessa forma esta sala de Estabilização libera o (a) paciente, após orientação quanto aos riscos e autorização do médico.

Brasil Novo _____ / _____ / _____

Paciente ou Acompanhante:

Médico Plantonista



HOSPITAL MUN. MARIA JOSÉ BIANCARDI
TRAVESSA 28 DE ABRIL, 1004 - BRASIL NOVO - PARÁ
CNPJ 11.283.607/0001-42



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEM-NASCIDO

Recém-Nascido de _____

Nascido às: _____ horas de _____ / _____ / _____

APGAR _____ Parto _____

Sexo: Feminino (.) Masculino ()

Estatura: _____ cm Peso: _____ Kg

PC: _____ cm PT: _____ cm

Tipagem Sanguínea ABO _____ RH _____

VDRL: _____

Médico (a)

Enfermeiro(a)

Identificação do RN

Identificação da Mãe



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

TERMO DE ENTREGA DE OBJETOS PESSOAIS

No dia ____/____/2014, as ____ Hrs, foi admitido (a) nesta Sala de Estabilização, Sr.(a) _____ anos, Cartão SUS _____

Após avaliação do estado físico e neurológico, foram recolhidos os objetos pessoais como Próteses dentárias () Aparelho Celular () Carteira com documentos () Dinheiro em Espécie no valor de R\$- _____ Relógio de pulso () Cordão e/ou pulseira () Outros: _____

Brasil Novo/PA, _____ 2014.

Acompanhante ou Paciente

Enfermeiro Plantonista



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL



PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL
DADOS FORNECIDOS PELA CREG

REGISTRO DO PACIENTE / LAUDO:

AUTORIZAÇÃO / VAGA / P.P.J.

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL MUNICIPAL DE BRASIL NOVO** CHES: **7685610** MUNICÍPIO DA U.S.: **BRASIL NOVO** PRONTUÁRIO: DATA DA INTERNAÇÃO: DATA DA ALTA / SAÍDA:

DADOS DO PACIENTE:

CARTÃO SUS DO PACIENTE: NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: SEXO: MASCULINO FEMININO NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

CÓDIGO DO LOGRADOURO: LOGRADOURO / ENDEREÇO DO PACIENTE: NÚMERO:

BAIRRO: CEP: MUNICÍPIO: U.F.:

TELEFONE: NACIONALIDADE: RAÇA/COR: TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DO DOCUMENTO:

DADOS DA INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM NÃO

PROCEDIMENTO PRINCIPAL REALIZADO: DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL REALIZADO: MODALIDADE: **HOSPITALAR**

CLÍNICA / ESPECIALIDADE DO LEITO: CARATER DE ATENDIMENTO: 1 - ELETIVO 2 - URGÊNCIA 3 - ACIDENTE NO TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 4 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 5 - OUTROS ACIDENTES DE TRABALHO 6 - LESÕES E ENVENENAMENTOS QUÍMICOS

CID PRINCIPAL: CID SECUNDÁRIO: CID CAUSA ASSOCIADA: MOTIVO DE ENCERRAMENTO / SAÍDA: ENFERMARIA: LEITO: CID CAUSA MORTE:

CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: CNS DO AUTORIZADOR: DATA DA AUTORIZAÇÃO:

CAUSAS EXTERNAS - ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS E/OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO:
(CONFORME DEFINIDO PELA PORTARIA GM/MS Nº 1.968 DE 25/10/2001 E PORTARIA SE/SAS/MS Nº 88 DE 29/11/2001)

CAUSA EXTERNA: SIM NÃO TIPO DE CAUSA EXTERNA:

C.N.P.J. DO EMPREGADOR: CNAE-R (CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS RESUMIDAS): VÍNCULO PREVIDÊNCIA: CBO COMPLETA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID 10):

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.
PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.

DADOS COMPLEMENTARES DE PARTO:

SISPRENATAL Nº QUANTIDADE DE NASCIDOS VIVOS: QUANTIDADE DE NASCIDOS MORTOS: ALTA TRANSFERÊNCIA SAÍDA POR ÓBITO:

DATA, ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO SOLICITANTE	DATA, ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DA UNIDADE SOLICITANTE OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO SECRET./SUB. SECRET. SMS OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO CENTRAL DE REGULAÇÃO



ESTADO DO PARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL



PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL
 DADOS FORNECIDOS PELA CREG
 REGISTRO DO PACIENTE / LAUDO:
 AUTORIZAÇÃO / VAGA / P.P.L.

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL MUNICIPAL DE BRASIL NOVO	CNES: 7685610	MUNICÍPIO DA U.S. BRASIL NOVO	PRONTUÁRIO:	DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA / SAÍDA:
---	-------------------------	---	-------------	---------------------	-----------------------

DADOS DO PACIENTE:					
CARTÃO SUS DO PACIENTE:			NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	NOME DA MÃE:			
NOME DO RESPONSÁVEL:					
CÓDIGO DO LOGRADOURO:	LOGRADOURO / ENDEREÇO DO PACIENTE:				NÚMERO:
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:			U.F.:
TELEFONE:	NACIONALIDADE:	RAÇA/COR:	TIPO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DO DOCUMENTO:	

DADOS DA INTERNAÇÃO:						
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PROCEDIMENTO PRINCIPAL REALIZADO:	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL REALIZADO:			MODALIDADE: HOSPITALAR		
CLÍNICA / ESPECIALIDADE DO LETO:	CARATER DE ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> 1 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 2 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 3 - ACIDENTE NO TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 4 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 5 - OUTROS ACIDENTES DE TRABALHO <input type="checkbox"/> 6 - LESÕES E ENVENENAMENTOS QUÍMICOS					
CID PRINCIPAL:	CID SECUNDÁRIO:	CID CAUSA ASSOCIADA:	MOTIVO DE ENCERRAMENTO / SAÍDA:	ENFERMARIA:	LEITO:	CID CAUSA MORTE:
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	CNS DO AUTORIZADOR:	DATA DA AUTORIZAÇÃO:		

CAUSAS EXTERNAS - ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS E/OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO: (CONFORME DEFINIDO PELA PORTARIA GM/MS Nº 1.968 DE 25/10/2001 E PORTARIA SE/SAS/MS Nº 88 DE 29/11/2001)			
CAUSA EXTERNA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE CAUSA EXTERNA:		
C.N.P.J. DO EMPREGADOR:	CNAE-R (CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS RESUMIDAS):	VÍNCULO PREVIDÊNCIA:	CBO COMPLETA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID 10):	
<hr/>	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:							
PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.
PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.	PROCEDIMENTO:	QTD.

DADOS COMPLEMENTARES DE PARTO:					
SISPRENATAL Nº	QUANTIDADE DE NASCIDOS VIVOS:	QUANTIDADE DE NASCIDOS MORTOS:	ALTA	TRANSFERÊNCIA	SAÍDA POR ÓBITO:

DATA, ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO SOLICITANTE	DATA, ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DA UNIDADE SOLICITANTE OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO SECRET./SUB. SECRET. SMS OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO CENTRAL DE REGULAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados do Caso	5 Agravado LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		Código (CID10) B 55 - 2	6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe		
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência		
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código	
	19 UF				
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	26 Data da Investigação		27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica		
	28 Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)				
	Data	Local/Município	UF	País	
Dados Clínicos	29 Presença de Lesão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		30 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	31 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		32 IRM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		
Clas. Caso	34 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 9 - Ignorado		35 Forma Clínica 1 - Cutânea 2 - Mucosa		
	36 Data do início do Tratamento		37 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada		
Tratamento	38 Peso Kg		39 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁵ 1 - < 10 2 - >= 10 < 15 3 - 15 4 - > 15 < 20 5 - 20 6 - > 20		
	41 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outros 5 - Não Se Aplica		40 N° Total de Ampolas Prescritas Ampolas		

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 Agravadoença		1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	<input type="checkbox"/>
	4 UF		5 Município de Notificação	
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		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	27 CEP		30 País (se residente fora do Brasil)	
	19 Distrito		Código (IBGE)	

Dados clínicos e laboratoriais

Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos			
Dados clínicos	34 Doenças pré-existentis			
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya			
Dados laboratoriais	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT	
	39 Data da Coleta		40 Resultado	
	43 Isolamento		44 Resultado	
	47 Sorotipo		48 Histopatologia	
	45 RT-PCR		49 Imunohistoquímica	
	41 Data da Coleta		42 Resultado	

CASO SUSPEITO (Região Não Amazônica): Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	354	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,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
Auscultamento Epidemiológico	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Data da Investigação	
Dados do Exame	32 Ocupação		33 Principal Atividade nos Últimos 15 Dias	
	34 Tipo de lâmina		35 Sintomas	
Tratamento	36 Data do Exame		37 Resultado do Exame	
	38 Parasitemia em "cruzes"		39 Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêuticas da Malária	
40		41 Data Início do Tratamento		

Conclusão	42 Classificação Final <input type="checkbox"/>		
	1-Confirmado 2-Descartado		
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	43 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	44 UF provável de infecção	45 País provável de infecção
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
46 Município provável de infecção:	Código (IBGE)	47 Distrito	48 Bairro
49 Localidade provável de infecção:			50 Data de Encerramento

Observações adicionais:

SMS-UF Município	Nome do Paciente:		Idade:	Sexo: 1-Masculino <input type="checkbox"/>
			2-Feminino	
Nº da notificação		Data do exame	Resultado do exame	Matrícula e nome do examinador:

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	
	2 Agravado/doença	LEPTOSPIROSE	Código (CID10) 3 Data da Notificação A 2 7 . 9
	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 <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 CEP
Antecedentes Epidemiológicos	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 Clínicos	Dados Complementares do Caso		
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:		
Atendimento	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Água ou lama de enchente <input type="checkbox"/> Fossa, caixa de gordura ou esgoto <input type="checkbox"/> Rio, córrego, lagoa ou represa <input type="checkbox"/> Terreno baldio <input type="checkbox"/> Criação de animais <input type="checkbox"/> Local com sinais de roedores <input type="checkbox"/> Roedores diretamente <input type="checkbox"/> Lixo/ entulho <input type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Plantio/ colheita (lavoura) <input type="checkbox"/> Armazenamento de grãos/ alimentos <input type="checkbox"/> Outras		
	34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses		
Atendimento	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	35 Data de Atendimento	36 Sinais e Sintomas	
	37 Ocorreu Hospitalização	38 Data da Internação	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			39 Data de Alta
40 UF			41 Município do Hospital
42 Nome do Hospital			Código (IBGE)
			Código

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

1ª sorovar título

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

49 Micro 1ª Amostra

2ª 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

1ª sorovar título

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

53 Micro 2ª Amostra

2ª 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 3 - 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

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

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:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Leptospirose

Sinan NET

SVS 02/02/2007

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais.

- | | |
|---|--|
| - Melhora súbita da febre alta até o 5º dia | - Vômitos frequentes ou com sangue |
| - Dor muito forte na barriga | - Dificuldade de respirar |
| - Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias | - Agitação ou muita sonolência |
| - Tortura quando muda de posição (deita/senta/levanta) | - Suor frio |
| - Diminuição do volume da urina | - Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele |

Recomendações

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco.
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devam continuar a amamentação.

Soro caseiro	Sal de cozinha	1 colher de café
	Açúcar	2 colheres de sopa
	Água potável	1 litro

Unidade de Referência



CARTÃO DO USUÁRIO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL - DENGUE

Nome (Completo): _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação Sim Não

1ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
 Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
 Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Controle Sinais Vitais

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

2ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
 Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
 Sorologia em ____/____ Resultado: _____

3ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____ %
 Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
 Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Informações complementares

Nos imóveis trabalhados por tipo			Nos imóveis			Nos depósitos inspecionados por tipo							
Residência	Comércio	Total	Trat. Focal	Trat. Inspecionados	Recuperados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

Depósitos		Adulticida	
Eliminado	Tratados	Tipo	Qtde. (Cargas)
	Larvícida (1)		
	Larvícida (2)		
	Qtde. dep. trat.		
	Qtde. (Gramas)		
	Tipo		

No e seq. dos quarteirões trabalhados

No e seq. dos quarteirões concluídos

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nos imóveis trabalhados por tipo		Nos imóveis com espécimes, por tipo		No de Exemplares	
No e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti	Total	com Aedes Aegypti	Total	Larvas	Adultos
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				
/	/				

Nos depósitos com espécimes por tipo		No de imóveis com espécimes, por tipo		No de Exemplares					
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	Larvas	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) Sucatas e entulhos

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

B - Pequenos depósitos Móveis

E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratista	Assinatura



**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL**

01 Controle Digitação

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

05	Categ. Localid	06	Tipo	07	Cicloano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1- sede 2- outros	/	/	/	/	/	/		S- sim N- não		

12	1-LI - Levantamento de Índice	2-LI+T - Levantamento de Índice + tratamento	3-PE - Ponto Estratégico
	4-T - Tratamento	5-DF - Delimitação de Foco	6-PVE - Pesquisa vetorial Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl.	Nº Imóveis trabalhados por tipo:							Nº Imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	Amostras coletadas		24	25	26
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados		Recusa	Fechados	Reaparelhados	

TB - Terreno Baldio

PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo:											35	Depósito Eliminado			
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32			D2	33	E

Depósito Tratados:											
Lavacida (1)			Lavacida (2)								
36	Tipo	37	Qtd. (Gramas)	38	Qt dep. trat.	39	Tipo	40	Qtd. (Gramas)	41	Qt dep. trat.

Adulcida	
42	Tipo
43	Qtd. (cargas)

44	Total de Agentes na semana
----	----------------------------

45	Total Dep. Trabalhados na semana
----	----------------------------------

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo:																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
	com Aedes aegypti															
	com Aedes albopictus															

A1 - caixa d'água (elevado)

O1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (tanque)

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis

E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Nº de imóveis com espécimes, por tipo												
	54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total
	com Aedes aegypti											
	com Aedes albopictus											
	outros											

Nº de exemplares							
60	Larvas	61	Pupas	62	Emergia de pupa	63	Adultos

64	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

65	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

66	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

67 Visto do Supervisor

68 Data do Visto



BOLETIM DE SUPERVISÃO DIRETA E INDIRETA DO PECD - PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA DENGUE

Município: _____ Atividade: VDLI
 PTPÉ
 Localidade: _____ PPE
 Nome do Agente: _____ PA

ASPECTOS OBSERVADOS EM RELAÇÃO AO AGENTE

Material de Trabalho Completo Incompleto Não Dispõe

Uniforme Completo Incompleto Não Dispõe

Crachá SIM NÃO

Sequência de quarteirões trabalhados Segue Normas Técnicas Não Segue Normas Técnicas

Sequência de imóveis Trabalhados nos Quarteirões Segue Normas Técnicas Não Segue Normas Técnicas

ASPECTOS OBSERVADOS EM RELAÇÃO ÀS VISITAS

Supervisão Direta

Supervisão Indireta

Z o n a	QT	Supervisão Direta				Z o n a	QT	Supervisão Indireta						
		Logradouro	Nº	Hora Entra- da	Tipo imóvel			Falhas *	Logradouro	Nº	Hora Entra- da	Tipo imóvel	Falhas *	

*** Não se Aplica em PE e PA

* SUPERVISÃO DIREITA

- A - Técnica de Visita Incorreta
- B - Técnica de Pesquisa Larvária Incorreta
- C - Não Houve Trabalho educativo
- D - Não fez abordagem dialogada
- X - SEM FALHAS
- # - Existência de novos criadouros potenciais

* SUPERVISÃO INDIRETA

- E - Foco não eliminado
- F - Depósito não eliminado
- G - Depósito não Tratado
- H - Trabalhos fictícios
- I - Desconhece a doença (sintomas, causa e prevenção)
- X - SEM FALHAS

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Supervisor _____

Visto Supervisor _____

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
10º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ENDEMIAS

Relatório das Atividades Desenvolvidas no Sub-Distrito _____

Laboratório _____ Referente ao Mês _____

LÂMINAS EXAMINADAS:

B.A. _____

B.P. _____

L.V.C. _____

Total: _____

LÂMINAS POSITIVAS:

B.A. F _____ F+FG _____ V _____ FG _____ M _____ F+V _____ TOTAL _____

B.P. F _____ F+FG _____ V _____ FG _____ M _____ F+V _____ TOTAL _____

L.V.C. F _____ F+FG _____ V _____ FG _____ M _____ F+V _____ TOTAL _____

Total: _____

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Concluídos: F _____ F+FG _____ V _____ FG _____ M _____ F+V _____ TOTAL _____

TRAT. PARTICULAR F _____ F+FG _____ V _____ FG _____ M _____ F+V _____ TOTAL _____

MEDICAÇÃO	GASTO	SALDO	MEDICAÇÃO	GASTO	SALDO
Cloroquina			Coartem Cart. c/ 24		
Primaquina 15 mg			Coartem Cart. c/ 18		
Primaquina 05 mg			Coartem Cart. c/ 12		
Quinono			Coartem Cart. c/ 06		
Doxiclina 100 mg			Artes. + Mefloq. c/ 03 - 06 a 11 meses		
Mefloquina 250 mg			Artes. + Mefloq. c/ 06 - 1 a 5 anos		
Artesunato 50 mg			Artemeter 80mg/1ml		
Artesunato 60mg EV.			Clindamicina Ampolas		
Artesunato 80mg IM.					

Assinatura do Responsável



ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Brasília Novo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ENDEMIAS

REMESSA Nº _____ SEMANA Nº _____

Mês: _____ Ano: _____

Microscopista: _____

Positivas: _____ Negativas: _____

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE
 Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAa
 Formulário para Digitação

Município: _____

Estado: _____

Estrato: _____

Número de Imóveis	Programados:	
	Trabalhados:	
<i>Aedes aegypti</i>	Terrenos Baldios:	
	Outros Imóveis:	
<i>Aedes albopictus</i>	Terrenos Baldios:	
	Outros Imóveis:	

Número de Recipientes positivos para <i>Aedes aegypti</i> por tipo		Quantidade
Descrição	Código	
Caixa de água ligada à rede (depósitos elevados)	A1	
Depósitos ao nível do solo (barril, tina tambor, tanque, poço)	A2	
Dep. móveis (vasos/frascos, pratos, pingadeiras, bebedouros, etc.)	B	
Depósitos fixos (tanques, calhas, lajes etc.)	C	
Pneus e outros materiais rodantes	D1	
Lixo (recip. plasticos, garrafas, latas), sucatas	D2	
Depositos naturais (bromélia, cascas, buraco em árvores)	E	
Total Geral:		
Número de Recipientes positivos para <i>Aedes albopictus</i>		

Data: _____

Responsável pelas informações: _____



Saiba mais, fique por dentro dos sinais e sintomas e vamos juntos combater as endemias.



DENGUE

DOR DE CABEÇA
 FEBRE ALTA
 DOR NAS ARTICULAÇÕES
 DOR ATRÁS DOS OLHOS
 POSSÍVEL SANGRAMENTO NO NARIZ
 MANCHAS VERMELHAS
 NAUSEAS E VÔMITOS
 TONTURA
 PERDA DE PESO

LABORATÓRIO
grau
TECNIÇOS

CHIKUNGUNYA

DOR DE CABEÇA
 FEBRE ALTA
 DOR MUSCULAR
 DORES INTENSAS NAS ARTICULAÇÕES
 MANCHAS VERMELHAS

LABORATÓRIO
grau
TECNIÇOS

ZIKA VÍRUS

DOR DE CABEÇA
 FEBRE
 DORES NAS ARTICULAÇÕES
 CONJUNTIVITE
 OLHOS VERMELHOS
 AFTAS
 COCERA
 LESÕES VERMELHAS NA PELE
 DOR NAS COSTAS
 DOR MUSCULAR
 SENSIBILIDADE A LUZ

LABORATÓRIO
grau
TECNIÇOS

MODO DE TRANSMISSÃO:

A fêmea do mosquito (aedes) pica a pessoa infectada, mantém o vírus em sua saliva e o retransmite em novas picadas. A transmissão ocorre pelo ciclo homem-Aedes aegypti-homem. Após a ingestão de sangue infectado pelo inseto fêmea, transcorre nesta fêmea um período de incubação. Após esse período, o mosquito torna-se apto a transmitir o vírus e assim permanece durante toda a vida. O mosquito transmitirá o vírus em todas as picadas que realizar a partir dali.

EM CASO DE SUSPEITA:

Em caso de suspeita de Dengue, procure a Unidade de Saúde ou Posto de Saúde mais próximo à sua residência. O rápida avaliação de um profissional de saúde é fundamental no tratamento da Dengue!

Na dengue hemorrágica, o quadro clínico se agrava rapidamente, apresentando sinais de insuficiência circulatória e choque, podendo levar a pessoa à morte em até 24 horas.

- 1 - Mantenha bem tampados: caixas, tonéis e barris de água.
- 2 - Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira sempre bem fechada.
- 3 - Não jogue lixo em terrenos baldios.
- 4 - Se for guardar garrafas de vidro ou plástico, mantenha sempre a boca para baixo.
- 5 - Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.
- 6 - Encha os pratinhos ou vasos de planta com areia até a borda.
- 7 - Se for guardar pneus velhos em casa, retire toda a água e mantenha-os em locais cobertos, protegidos da chuva.
- 8 - Limpe as calhas com frequência, evitando que folhas possam impedir a passagem da água.
- 9 - Lave com frequência, com água e sabão, os recipientes utilizados para guardar água, pelo menos uma vez por semana.
- 10 - Os vasos de plantas aquáticas devem ser lavados com água e sabão, toda semana. É importante trocar a água desses vasos com frequência.

BRASIL NOVO NA LUTA CONTRA



**“SE O MOSQUITO DA
DENGUE PODE MATAR,
ELE NÃO PODE NASCER”**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE ENDÊMIAS

Travessa 28 de Abril, n.º 1175
Telefone: (93) 3514-1555 / Fax: (93) 3514-1555
Email: algumem@exemplo.com



Organização



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA - SAA
- Formulário de Entrada de Dados -

Data do preenchimento ____ / ____ / ____

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Unidade da Federação			Município Sede	
Nome do SAA				
<input type="checkbox"/> Sistema Isolado			<input type="checkbox"/> Sistema Integrado	
Instituição responsável pelo SAA				
Endereço				
Telefone		Fax		
E-mail		Web		
Responsável técnico pelo SAA				
Município abastecido				
Localidades ou bairros que o SAA abastece				
Aldeia(s) Indígena(s) que o SAA abastece				
<small>(se necessário usar folha anexa)</small>				

PARTE II - DESCRIÇÃO DO MANANCIAL DE ABASTECIMENTO

Tipo de manancial:	
<input type="checkbox"/> Superficial	Nome
<input type="checkbox"/> Subterrâneo	Nome
Nº de pontos de captação	
Existe Licença de outorga?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantos pontos de captação possuem outorga? _____
Coordenadas geográficas do manancial no ponto de captação com maior volume de água:	
Longitude (em decimais)	Latitude (em decimais)
Vazão de água bruta captada (L/s)	

PARTE III - DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Tempo médio diário de funcionamento do SAA (horas)	
Ligações Existentes	
Categoria	Números de Economias
Residencial	
Comercial	
Industrial	
Pública	
Total de número de economias atendidas	

Etapas do tratamento:

Processo de dessalinização
 Mistura rápida
 Coagulação
 Floculação
 Decantação
 Filtração
 Fluoretacão

Desinfecção: Cloração Ozônio Ultravioleta Outros especificar:

Outro tipo de tratamento especificar:

Sem tratamento

Vazão de tratamento (L/s):

Responsável pelo preenchimento

PARTE II - IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Tipo de sistema

Individual
 Comunitário

Nº de pontos de coleta

Data e hora de coleta

Localização geográfica de referência no local de coleta (rua, número, bairro, cidade, estado)

Sistema em operação
 Sistema em construção

Vista de área (foto digitalizada)

PARTE III - IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Tipo de fonte hídrica no planejamento de SAA (fonte)

Superficial
 Subterrânea

Reservatório
 Lagoa
 Rio
 Poço artesiano
 Poço tubular
 Poço de superfície

Total de pontos de consumo atendidos

FORMULÁRIO DE CADASTRO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA - SAC
- Formulário de Entrada de Dados -

Data do preenchimento

___/___/___

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA

Unidade da Federação			Município	
Nome da SAC				
Instituição responsável pela SAC				
Endereço				
Telefone		Fax		
E-mail			Web	
Responsável pela SAC				
Localidades ou bairros que a SAC abastece				
<small>(se necessário usar folha anexa)</small>				

PARTE II - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA FUNASA PARA TERRA INDÍGENA

DSEI			
Pólo-Base		Aldela Indígena	
Aldela(s) Indígena(s) que a SAC abastece			

PARTE III - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA

Tempo médio diário de funcionamento do SAC (horas)			
Número de economias atendidas			
A Solução Alternativa Coletiva é abastecida com rede canalizada:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Etapas do tratamento:			
<input type="checkbox"/> Processo de dessalinização <input type="checkbox"/> Mistura rápida <input type="checkbox"/> Coagulação <input type="checkbox"/> Floculação <input type="checkbox"/> Decantação <input type="checkbox"/> Filtração <input type="checkbox"/> Fluoretação			
Desinfecção: <input type="checkbox"/> Cloração <input type="checkbox"/> Ozônio <input type="checkbox"/> Ultravioleta <input type="checkbox"/> Outros especificar:			
Outro tipo de tratamento <input type="checkbox"/> especificar:			
Sem tratamento <input type="checkbox"/>			



PARTE IV – DESCRIÇÃO DO MANANCIAL DE ABASTECIMENTO E TIPO DE SUPRIMENTO

Tipo de manancial:

- Superficial Nome _____
- Subterrâneo Nome _____

Nº de pontos de captação _____

Existe Licença de outorga? Sim Não Quantos pontos de captação possuem outorga? _____

Coordenadas geográficas do manancial no ponto de captação com maior volume de água:

Longitude (em decimais) _____ Latitude (em decimais) _____

Vazão de água bruta captada (L/s) _____

Tipo de suprimento:

- Caminhão Pipa Nome _____
- Chafariz Nome _____
- Fonte Nome _____
- Barco _____
- Carroça _____
- Água de Chuva _____

Responsável pelo preenchimento _____

Sim Não

Tratamento

FORMULÁRIO DE CADASTRO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA INDIVIDUAL – SAI
- Formulário de Entrada de Dados -

Data do preenchimento / /

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA INDIVIDUAL

Unidade da Federação	<input type="text"/>	Município	<input type="text"/>
Nome do Grupo de Domicílios	<input type="text"/>		
Localidade ou bairro que a SAI abastece	<input type="text"/>		
<small>(se necessário usar folha anexa)</small>			

PARTE II - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA FUNASA PARA TERRA INDÍGENA

DSEI	<input type="text"/>		
Pólo-Base	<input type="text"/>	Aldeia Indígena	<input type="text"/>
Localidade(s) da aldeia que a SAI abastece	<input type="text"/>		

PARTE III – DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO ALTERNATIVA INDIVIDUAL

<input type="checkbox"/> Manancial Superficial	Nome	Número de domicílios
<input type="checkbox"/> Manancial Subterrâneo	Nome	Número de domicílios
<input type="checkbox"/> Água de Chuva		Número de domicílios
População total Atendida:	<input type="text"/>	

Responsável pelo preenchimento	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE APREENSÃO/REMOÇÃO E INUTILIZAÇÃO

Aos _____ dias do mês de _____ de _____ foi

Apreendido de acordo com a Lei nº 5199 de 10 de Dezembro de 1984

Do estabelecimento:

Os seguintes produtos:

Agente Vigilância Sanitária

Testemunhas:

Nome: _____

Nome: _____

Recebi a Segunda via do Presente Term de Apreensão / Remoção Interdição do qual fico ciente.

Proprietário ou Responsável

Visto

ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

01

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CGC.: _____ Fone: _____ Fax: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Responsável Técnico: _____

Representante Legal: _____

Outros: _____

Nº	ITENS AVALIADOS	ATENDIMENTO		
		SIM	NÃO	N.A.
1	Situação e Condições da edificação			
1.1	Localização: área livre de focos de insalubridade, ausência de lixo, objetos em desuso, animais como insetos e roedores na área externa e vizinhança			
1.2	Acesso direto e independente, não comum a outros usos (habitação)			
1.3	Pisos:			
1.3.1	Material liso, resistente, impermeável, de fácil limpeza e em bom estado de conservação (livre de defeitos, rachaduras, trincas e buracos)			
1.3.2	Em perfeitas condições de limpeza			
1.4	Forros / Tetos:			
1.4.1	Acabamento liso, impermeável, lavável, em cor (ou tonalidade) claras e em bom estado de conservação (livre de trincas, umidade, bolor, descascamentos)			
1.4.2	Em perfeitas condições de limpeza			
1.5	Paredes e Divisórias:			
1.5.1	Acabamento liso, impermeável, lavável, em cores (ou tonalidades) claras e em bom estado de conservação (livre de falhas, umidade, bolor, descascamentos)			
1.5.2	Em perfeitas condições de limpeza			
1.6	Portas e janelas com superfície lisa, fácil limpeza, em bom estado de conservação (ajustadas aos batentes, sem falhas de revestimentos e limpas)			
1.7	Existências de proteção contra insetos e roedores: todas as aberturas teladas (telas milimétricas) portas externas ou de isolamento com fechamento automático e proteção inferior, bem como sifão e proteção para ralos			
1.8	Iluminação adequada à atividade desenvolvida			
1.9	Ventilação capaz de garantir o conforto térmico e o ambiente livre de fungos, bolores, gases, fumaça e condensação de vapores			
1.10	Instalações Sanitárias e Vestiários:			
1.10.1	Separados por sexo, com vasos sanitários e/ tampa, mictórios e lavatórios, íntegros e em número suficiente conforme legislação vigente, servidos de água corrente e conectados a rede de esgoto (ou fossa aprovada)			



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASIL NOVO
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sr. (a) _____
Responsável _____
Endereço _____
Processo nº _____
Itens: 1-2-3-4-5-6-7-8-9 _____

Recebi a notificação em ____ / ____ /200__ Venc: ____ / ____ / ____
Assinatura do Proprietário: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASIL NOVO
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

NOTIFICAÇÃO - BRASIL NOVO - PARÁ

Sr. (a) _____
Responsável _____
Endereço _____
Processo nº _____

Fica notificado a comparecer ao Setor de Vigilância Sanitária; sito a Tv. 13 de Maio s/nº até o dia ____ no horário das 8:00 às 14:00 horas. Afim de tratar de assunto relativo aos itens abaixo assinalados.

- 01() Funcionamento sem Licença
- 02() Inexistência de responsável técnico
- 03() Aplicação de injetável sem autorização
- 04() Instalações inadequadas
- 05() Reaproveitamento de descartáveis
- 06() Impedimento à fiscalização
- 07() Documentos necessários p/ concessão de Licença
- 08() Receber licença de funcionamento
- 09() Outros

Agente de Vigilância Sanitária

➤ **OBS: O não atendimento à presente notificação na data acima determinada, implicará do indeferimento e arquivo de aludido processo e/ou das penalidades previstas por Lei Estadual nº 5.199 de 10/12/1984 e Lei Federal nº 6.437 de 20/08/1977.**

Secretaria Municipal de Saúde Divisão de Vigilância Sanitária

REQUERIMENTO

Residente à _____
n.º _____ Localidade de _____
Município _____ Responsável Pelo (is) _____
Situado à _____ n.º _____
Perímetro Compreendido entre _____
o _____ Localidade de _____
Município de _____ Responsabilidade da Firma _____

Vem Mui Respeitosamente Solicitar V.5a. O(a) Serviço(s) abaixo Relacionados

Juntando para tal seguintes documentos _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> APROVAÇÃO DE PROJETO | <input type="checkbox"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO |
| <input type="checkbox"/> ATESTADO DE APREENSÃO | <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA OBRA |
| <input type="checkbox"/> ATESTADO DE HIGIENE E CONFORTO | <input type="checkbox"/> RATIFICAÇÃO DE PROJETO |
| <input type="checkbox"/> ATESTADO DE INUTILIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO APLIC. INJETÁVEL |
| <input type="checkbox"/> AUTENTICAÇÃO DE LIVROS | <input type="checkbox"/> CADASTRO DE FIRMA |
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE REG. DE FIRMA | <input type="checkbox"/> REGISTRO PROFISSIONAL |
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE REP. TÉCNICA | <input type="checkbox"/> REQ. DE B. ENTORPECENTE |
| <input type="checkbox"/> CERT. HIG. INDUSTRIAL | <input type="checkbox"/> SUBST. DE RESPONSABILIDADE |
| <input type="checkbox"/> CLASSIFICAÇÃO DE FIRMA | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE |
| <input type="checkbox"/> HABITE-SE | <input type="checkbox"/> LAUDO PERICIAL DE |
| <input type="checkbox"/> LIBERAÇÃO DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> 2º VIA DE |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA AMBULANTE | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Destinação _____
Nome da Firma _____
Nome do Estabelecimento _____
CNPJ _____ CPF n.º _____
Título Profissional _____ Registro de conselho n.º _____
Outros _____

Brasília Novo, ____/____/____

Nestes Termos
P. Deferimento _____

Responsável _____



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
C.N.P.J. 34.887.950/0001-00

REGISTRO DE DENÚNCIA/RECLAMAÇÃO VISA/BN

DR Nº _____ * DATA: _____ HORA: _____ REGISTRADO POR: _____

RECLAMANTE:

ENDEREÇO:

* CIDADE:

* RECLAMADO:

* ENDEREÇO:

* PONTO DE REFERÊNCIA:

* TEOR:

OBSERVAÇÕES:

PARECER VISA/BN:

Assinatura do Reclamante

REGISTRO DE DENÚNCIA/RECLAMAÇÃO VISA/BN

PROTOCOLO Nº _____ * DATA: _____ HORA: _____

Registrador VISA/BN



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De acordo com o CÓDIGO SANITÁRIO em vigor, fica o proprietário responsável, procurador ou arrendatário.

Sr.(a): _____

Do Imóvel: _____

INTIMADO a executar no prazo de _____ (_____) dias os seguintes: _____

BELOPÁFICA - (08) 3614-1594

Recebi a INTIMAÇÃO na data: ____/____/____

Assinatura do Intimado.

Brasil Novo - PA, ____/____/____

Vencimento, ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De acordo com o CÓDIGO SANITÁRIO em vigor, fica o proprietário responsável, procurador ou arrendatário.

Sr.(a): _____

Do Imóvel: _____

INTIMADO a executar no prazo de _____ (_____)
dias os seguintes: _____

Recebi a INTIMAÇÃO na data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Intimado

Brasil Novo - PA, _____ / _____ / _____

Vencimento _____ / _____ / _____

CONTROLE MENSAL - SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA (SAC)

IDENTIFICAÇÃO DA SAC					
UF		Município			
Nome da SAC				Instituição responsável	
Mês/ano de referência					
Data de preenchimento do relatório mensal	/ /				
Responsável pelas informações				Cargo do Responsável	
MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA NO PONTO DE CAPTAÇÃO					
<i>Escherichia coli</i>		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	E coli/100mL				
Protozoários ¹ - <i>Cryptosporidium spp.</i>		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	Oocistos/L				
Protozoários ¹ - <i>Giardia spp.</i>		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	Cistos/L				
Virus ²		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	UFP/100mL				
Clorofila-a ³		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	UFP/100mL				
Cianobactérias ⁴		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	Células/mL				
Cianotoxinas ⁵		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	Microcistina (µg/L)				
	Saxitoxina (µg/L)				
	Cilindrospermopsina (µg/L)				
	Anatoxina (µg/L)				
Outra(s) (µg/L)					

(1) Deverá ser monitorado caso a captação seja em manancial superficial e tenha sido identificada média geométrica anual igual ou superior a 1.000 *Escherichia coli*/100mL. (2) Recomenda-se monitorar caso a captação seja em manancial superficial; (3) Recomenda-se monitorar caso a captação seja em manancial superficial, como indicador de potencial aumento da densidade de cianobactérias; (4) Deverá ser monitorado em frequência mensal caso a captação seja em manancial superficial. Se a concentração encontrada for superior a 10.000 células/mL, a frequência deve ser alterada para semanal (5) Deve-se realizar análise em frequência semanal quando a densidade de cianobactérias exceder 20.000 células/mL.

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

NÚMERO DE EVENTOS RELACIONADOS À INFRAESTRUTURA E ÀS CONDIÇÕES OPERACIONAIS (POR LOCALIDADE ATINGIDA)				
Nome da Área ou Local	Falta de água	Reclamação de cor da água	Reclamação de gosto e, ou odor	
MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA TRATADA				
Turbidez ¹	Pós-filtração ou Pré-desinfecção			
	Nº de amostras analisadas			
	Percentil 95			
	Nº de dados > 1,0 uT			
	Nº de dados > 0,5 uT e ≤ 1,0 uT			
	Nº de dados > 0,3 uT e ≤ 0,5 uT			
	Nº de dados ≤ 0,3 uT			
Turbidez ¹	Saída do tratamento		Ponto de consumo	
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas	
	Percentil 95			
			Nº de dados > 5,0 uT ^(B)	
			Nº de dados ≤ 5,0 uT	
Cor ¹	Saída do tratamento		Ponto de consumo	
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas	
	Percentil 95			
	Nº de dados > 15,0 uH		Nº de dados > 15,0 uH ^(B)	
	Nº de dados ≤ 15,0 uH		Nº de dados ≤ 15,0 uH	
pH ^{1,3}	Saída do tratamento		Ponto de consumo	
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas	
	Nº de dados > 9,0		Nº de dados > 9,0 ^(B)	
	Nº de dados ≥ 6,0 e ≤ 9,0		Nº de dados ≥ 6,0 e ≤ 9,0	
	Nº de dados < 6,0		Nº de dados < 6,0 ^(B)	
Fluoreto ^{1,2,3}	Saída do tratamento			
	Média das temperaturas máximas diárias (°C)			
	Mínimo recomendado na Portaria GM/MS nº 635/1975		Calculado automaticamente pelo Sisagua	
	Máximo recomendado na Portaria GM/MS nº 635/1975		Calculado automaticamente pelo Sisagua	
	Valor ótimo recomendado na Portaria GM/MS nº 635/1975		Calculado automaticamente pelo Sisagua	
	Saída do tratamento		Ponto de consumo	
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas	
	Percentil 95			
	Referência à Portaria GM/MS nº 2.914/2011		Referência à Portaria GM/MS nº 2.914/2011	
	Nº de dados > 1,5 mg/L		Nº de dados > 1,5 mg/L ^(B)	
	Nº de dados ≤ 1,5 mg/L		Nº de dados ≤ 1,5 mg/L	

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

	Referência à Portaria 635/1975		Referência à Portaria 635/1975		
	Nº de dados >[Máximo] mg/L		Nº de dados >[Máximo] mg/L ⁽⁶⁾		
	Nº de dados ≥ [Mínimo] mg/L e ≤ [Máximo] mg/L		Nº de dados ≥ [Mínimo] mg/L e ≤ [Máximo] mg/L		
	Nº de dados <[Mínimo] mg/L		Nº de dados <[Mínimo] mg/L ⁽⁶⁾		
Desinfecção ^{1,3} (Cloro Residual Livre)	Saída do tratamento		Ponto de consumo		
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas		
	Percentil 95				
	Nº de dados >5,0mg/L		Nº de dados >5,0mg/L ⁽⁶⁾		
	Nº de dados >2,0 e ≤ 5,0mg/L		Nº de dados >2,0 e ≤ 5,0mg/L ⁽⁶⁾		
	Nº de dados ≥ 0,2 e ≤ 2,0mg/L		Nº de dados ≥ 0,2 e ≤ 2,0mg/L		
Nº de dados <0,2mg/L		Nº de dados <0,2mg/L ⁽⁶⁾			
Coliformes Totais ¹	Saída do tratamento		Ponto de consumo		
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas		
	Nº de amostras com presença de coliformes totais		Nº de amostras com presença de coliformes totais ⁽⁶⁾		
	Nº de amostras com ausência de coliformes totais		Nº de amostras com ausência de coliformes totais		
Escherichia coli ¹	Saída do tratamento		Ponto de consumo		
	Nº de amostras analisadas		Nº de amostras analisadas		
	Nº de amostras com presença de E. coli		Nº de amostras com presença de E. coli ⁽⁶⁾		
	Nº de amostras com ausência de E. coli		Nº de amostras com ausência de E. coli		
Cianotoxinas ⁴		Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
	Data da coleta	/ /	/ /	/ /	/ /
	Microcistina (µg/L)				
	Saxitoxina (µg/L)				
	Cilindrospermopsina (µg/L)				
	Anatoxina (µg/L)				
	Outra(s) (µg/L)				

(1) Caso existam amostras fora do padrão para o parâmetro, deverão ser informados os dados detalhados das amostras conforme tabela de amostras fora do padrão; (2) Os valores recomendados para concentração de fluoreto são calculados segundo a Portaria GM/MS nº 635/1975, que dispõe sobre a adição de flúor (fluoretação) na água de sistemas públicos de abastecimento. Ressalta-se que o Valor Máximo Permitido (VMP) expresso na Portaria GM/MS nº 2.914/2011 é de 1,5 mg/L; (3) Caso o agente desinfetante utilizado seja cloramina ou dióxido de cloro, a tabela deve ser adaptada segundo os valores de referência para cada agente desinfetante; (4) Dispensada a análise na saída do tratamento caso as concentrações de cianotoxinas no manancial forem menores que seus respectivos VMPs para água tratada; (5) Análise não obrigatória; (6) Caso existam resultados nessa faixa (fora do padrão ou da faixa recomendada), devem ser preenchidas as informações da tabela da próxima página.

Amostras fora do padrão ou da faixa recomendada no Ponto de consumo

Parâmetro	Data da coleta	Área ou Local de coleta	Endereço	Latitude	Longitude	Resultado*	Providência†
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						

Nota: o número de linhas da tabela deve ser igual ao número de análises fora do padrão (máximo de 50 linhas para cada parâmetro).

Percentil 95

Percentil é uma medida estatística utilizada para indicar o valor abaixo do qual se encontra uma determinada porcentagem de observações. Por exemplo, o percentil 50 (também chamado de Mediana) é o valor abaixo do qual 50% das observações podem ser encontradas. Considerado, por exemplo, a realização de 1000 análises de cloro residual livre na saída do tratamento em determinado mês, se o valor correspondente ao percentil 95 é 2,5 mg/L, isso quer dizer que 95% das amostras analisadas estão abaixo deste valor, e que os outros 5% das análises estão acima desse valor.

Quando solicitamos que seja informado o percentil 95 ao invés do valor Máximo encontrado, os 5% dos valores mais elevados são ignorados. Isso permite que a decisão seja tomada em função de uma estatística, e não de um simples valor máximo, que pode ter sido pontual e não representar, portanto, as condições da água durante a maior parte do tempo de distribuição.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 11.283.607/0001-42

PLANILHA DE PRODUÇÃO MENSAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ANO: 2015
MÊS:

01 - DESCRIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS	03-TOTAL CADASTRADO (NO MÊS VIGENTE)	04-TOTAL INSPECIONADO (NO MÊS VIGENTE)
COMÉRCIO DE ALIMENTO		
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO		
DROGARIA		
ERVANARIA		
POSTO DE MEDICAMENTO		
CRÉCHE ESTAB / INFANTIL		
OUTROS ESTAB. DE ENSINO		
ESTAÇÃO RÔD / HIDRO / FERROVIÁRIA		
INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS		
AÇÃO EDUCATIVA DE VIG. SANITÁRIA		
OUTROS ESTABELECIMENTOS		

AÇÃO - EMISSÃO DE TERMOS LEGAIS	TOTAL MÊS VIGENTE
PROCESSO DE LICENCIAMENTO	
TERMO DE INTERDIÇÃO DE PRODUTOS	
TERMO DE INTERDIÇÃO DE ESTABELECIMENTO	
TERMO DE APREENSÃO DE PRODUTOS	
TERMO DE INTIMAÇÃO	
AUTO DE INFRAÇÃO	
ROTEIROS DE INSPEÇÃO SANITÁRIA	
RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA	
LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	
DENUNCIA	

AÇÃO - BLOQUEIO DE PRODUTO (MÊS VIGENTE)	SETOR PÚBLICO			SETOR PRIVADO			Total
	SÓLIDO	SEMI SÓLIDO	LÍQUIDO	SÓLIDO	SEMI SÓLIDO	LÍQUIDO	
MEDICAMENTOS APREENDIDOS							
MEDICAMENTOS INTERDITADOS							
MEDICAMENTOS INUTILIZADOS							
ALIMENTOS APREENDIDOS							
ALIMENTOS INTERDITADOS							
ALIMENTOS INUTILIZADOS							
OUTROS (incineração)							

Mislene Silva dos Santos
Coord. VISA/BN



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VISTORIA DE ESTABELECIMENTO DE POLPA DE FRUTA

Processo nº _____	Data _____/_____/_____	
<u>DADOS GERAIS</u>		
Endereço: _____	Nº _____/_____	
Entre _____	e _____	
Município: _____	Localidade: _____	Bairro: _____
Proprietário: _____		
Nome do Estabelecimento: _____		
Razão Social: _____		
Tipo de Atividade: _____		

CONDIÇÕES GERAIS

- 1 - Tipo de Construção: Madeira Alvenaria Outros
- 2 - Procedência da água: Ligado à Rede Pública Poço Artesiano Cisterna
- 3 - Higiene geral do estabelecimento: Bom Regular Insatisfatório
- 4 - Condições gerais de Máquinas e Utensílios Bom Regular Insatisfatório
- 5 - Acondicionamento de polpa de fruta em temperatura adequada? Sim Não
- 6 - Consta validade nas embalagens das poupas de frutas? Sim Não
- 7 - Filtro ou outro tipo de tratamento d'água? Sim Não
- 8 - Todos os trabalhadores são portadores da Carteira de Saúde atualizada? Sim Não
- 9 - Há Técnico responsável pela manipulação de conservante na poupa de fruta? Sim Não
- 10 - Há pia com sifão em quantidade suficiente para o trabalho? Sim Não
- 11 - O local apresenta boas condições sanitárias? Sim Não
- 12 - Destino do lixo: Coleta Pública Queimado Outros
- 13 - Alvará de funcionamento? Sim Não
- 14 - Outras observações: _____

Agente de Vigilância Sanitária

Resp. Divisão de Vigilância Sanitária



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VISTORIA DE SUPERMERCADOS, MERCADINHOS E CONGÊNERES

Processo n.º _____ Data ____/____/____

DADOS GERAIS

Endereço: _____ N.º ____/____/____

Entre _____ e _____

Município: _____ Localidade: _____ Bairro: _____

Proprietário: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Razão Social: _____

Tipo de Atividade: _____

CONDIÇÕES GERAIS

- 1 - Tipo de Construção: Madeira Alvenaria Outros
- 2 - Procedência da água: Ligado à Rede Pública Poço Artesiano Cisterna
- 3 - Higiene geral do estabelecimento (depósito, balcões etc.)
 Bom Regular Insatisfatório
- 4 - Distribuição e/ou ou armazenamento adequado de mercadorias nas prateleiras
 Sim Não
- 5 - Validade do produtos em exposição: Sim Não
- 6 - Embalagens adequadas e em bom estado de conservação: Sim Não
- 7 - Enlatados em boas condições: Sim Não
- 8 - Existência de Boxe ou secções de vendas para cada gênero: Sim Não
- 9 - Condições gerais de depósito:
- * Temperatura adequada Sim Não
 - * Higiene adequada Sim Não
 - * Armazenamento adequado Sim Não
 - * Validade dos produtos em estoque Sim Não
 - * Entrada para acondicionamento de mercadorias Sim Não
 - * Depósito a prova de insetos e roedores Sim Não
- 10 - Destino lixo: Coleta Pública Queimado Outros
- 11 - Os trabalhadores do estabelecimento são portadores da Carteira de Saúde atualizada?
 Sim Não
- 12 - Alvará de funcionamento? Sim Não
- 13 - Outras observações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
VISTORIA DE LANCHES, CAFÉ, BAR E HOTEL

Processo nº _____ Data _____ / _____ / _____

DADOS GERAIS

Endereço: _____ Nº _____ / _____

Entre _____ e _____

Município: _____ Localidade: _____ Bairro: _____

Proprietário: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Razão Social: _____

Tipo de Atividade: _____

CONDIÇÕES GERAIS

- 1 - Tipo de Construção: Madeira Alvenaria Outros
- 2 - Procedência da água: Ligado à Rede Pública Poço Artesiano Cisterna
- 3 - Higiene geral do estabelecimento: Bom Regular Insatisfatório
- 4 - Há proteção do alimento de consumo imediato: Sim Não
- 5 - Copeiros para copos lavados: Sim Não
- 6 - Pegador para manipular frios: Sim Não
- 7 - Recipientes e utensílios conservados: Sim Não
- 8 - Acondicionamento dos alimentos, satisfatórios: Sim Não
- 9 - Guardanapos individuais: Sim Não
- 10 - Ambientes adequadamente equipados, limpos e higiênicos: Sim Não
- 11 - O manipulador de alimentos pega em dinheiro: Sim Não
- 12 - A água é filtrada ou recebe algum tratamento: Sim Não
- 13 - Os alimentos são preparados no local ou são recebidos de outros: Sim Não
- 14 - Acondicionamento próprio de lixo: Sim Não
- 15 - Destino do lixo: Coleta Pública Queimado Outros
- 16 - Há higiene no ambiente de preparo de alimento: Sim Não
- 17 - Os trabalhadores do estabelecimento são portadores da Carteira de Saúde atualizada ?
 Sim Não
- 18 - Condições Sanitárias: Bom Regular Insatisfatório
- 19 - Destino de água residuais: Tanque Sépticos Despejado em Valas Outros
- 20 - Especifico para Hotéis:
 - O estabelecimento dispõe de banheiros e quartos com limpeza adequada, convenientemente situados, que garantam a eliminação higiênica de águas residuais:
 Sim Não
 - O estabelecimento dispõe de ambiente com iluminação e ventilação adequada:
 Sim Não
 - O Estabelecimento dispõe de pia lavatórios com sifão, sabão e toalha de papel
 Sim Não
- 21 - Alvará de Funcionamento ? Sim Não
- 22 - Outras observações : _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

VISTORIA EM AÇOUGUE

Processo nº _____ Data ____/____/____

DADOS GERAIS

Endereço: _____ Nº ____/____

Entre _____ e _____

Município: _____ Localidade: _____ Bairro: _____

Proprietário: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Razão Social: _____

Tipo de Atividade: _____

CONDIÇÕES GERAIS

- 1 - Tipo de Construção: Madeira Alvenaria Outros
- 2 - Procedência da água: Ligado à Rede Pública Poço Artesiano Cisterna
- 3 - Higiene geral do estabelecimento (depósito, balcões etc.)
 Bom Regular Insatisfatório
- 4 - Comprovante de procedência da carne: Sim Não
- 5 - Armazenamento adequado da carne: (balcões frigoríficos):
 Bom Regular Insatisfatório
- 6 - Limpeza adequada de máquinas e utensílios; Sim Não
- 7 - Higiene do manipulador da carne: Bom Regular Insatisfatório
- 8 - Lavatório atrás do balcão: Sim Não
- 9 - Exposição adequada da carne: Sim Não
- 10 - Moagem da carne - Antecipada Sim Não
- Na hora Sim Não
- 11 - Condicionamento adequado de ossos e restos de carne: Sim Não
- 12 - Manipulação do dinheiro: Açougueiro Outros
- 13 - Comercialização de outros produtos: Sim Não
- 14 - Os trabalhadores do estabelecimento são portadores da Carteira de Saúde atualizada:
 Sim Não
- 15 - Destino do lixo Coleta Pública Queimado Outros
- 16 - Alvará de Funcionamento? Sim Não
- 17 - Outras observações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASIL NOVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
VISTORIA DE SALÃO BELEZA

Processo nº _____ Data _____/_____/_____

DADOS GERAIS

Endereço: _____ Nº _____/_____

Entre _____ e _____

Município: _____ Localidade: _____ Bairro: _____

Proprietário: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Razão Social: _____

Tipo de Atividade: _____

CONDIÇÕES GERAIS

- 1 - Tipo de Construção: Madeira Alvenaria Outros
- 2 - Procedência da água: Ligado à Rede Pública Poço Artesiano Cisterna
- 3 - Higiene geral do estabelecimento: Bom Regular Insatisfatório
- 4 - Certificado de habilitação profissional? Sim Não
- 5 - Destino do lixo: Coleta pública Queimado Outros
- 6 - Alvará de Funcionamento? Sim Não
- 7 - Relação de instrumentos e equipamentos? Sim Não
- 8 - Os trabalhadores do estabelecimento são portadores da Carteira de Saúde atualizada?
- 9 - Condições Sanitárias: Bom Regular Insatisfatório
- 10 - Outras observações: _____

Agente de Vigilância Sanitária

Resp. Divisão de Vigilância Sanitária



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
10ª RPS-ENDEMIAS
DENGUE/ENTOMOLOGIA

SESPA

AMOSTRA Nº: _____

MUNICÍPIO: _____

BAIRRO: _____

ESTRATO: _____

QUARTEIRÃO: _____ TIPO DE IMÓVEL: _____

RUA: _____ CASA Nº: _____

DEPOSITO: _____

CÓDIGO DE DEPOSITO: _____

Nº DE LARVA: _____ PUPA: _____ EXUVIA: _____

AGENTE:

DIA: _____ / _____ / _____

LABORATÓRIO: Nº DE LARVAS/PUPA/EXÚVIA

AEDES AEGYPTI Nº:

LARVA: _____ PUPA: _____ EXUVIA: _____

AEDES ALBOPICTUS Nº:

LARVA: _____ PUPA: _____ EXUVIA: _____

OUTROS:

Nº DE LARVA: _____ PUPA: _____ EXUVIA: _____






RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: _____

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Vou lhe fazer algumas perguntas para que o Hospital possa avaliar os serviços do S.A.U. Para cada uma delas, vou lhe pedir que dê uma nota, entre 0 e 10. Suas respostas são anônimas.

Nome: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____ h

Usuário Acompanhante

"QUE NOTA VOCÊ DÁ PARA:"	Data: ____/____/____ Hora: ____ h					N/R
	0 a 2 Ruim 	3 a 4 Regular 	5 a 6 Bom 	7 a 8 Ótimo 	9 a 10 Excelente 	
1. Limpeza e conforto da recepção, banheiro, corredores, salas de espera?						
2. Você teve informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde?						
3. o estabelecimento é bem sinalizado com (placas e cartazes)?						
4. O tempo que demorou para ser atendido						
4.1. Pelos médicos						
4.2. Pelos Enfermeiros						
4.3. Pelos Técnicos de Saúde						
4.4. Pelos Funcionários da Administração						
5. A boa vontade e disposição das pessoas em ajudar a resolver seus problemas?						
5.1. Para os Médicos						
5.2. Para os Enfermeiros						
5.3. Para os Técnicos de Saúde						
5.4. Para os Funcionários da Administração						
6. Sua sensação de Confiança em relação aos atendimentos oferecidos por este pronto atendimento?						
7. A educação e o respeito com que você foi tratado:						
7.1. Pelos médicos						
7.2. Pelos Enfermeiros						
7.3. Pelos Técnicos de Saúde						
7.4. Pelos Funcionários da Administração						
8. A realização de exames atendeu a sua expectativa em tempo hábil?						
9. O silêncio no ambiente do serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico?						
10. O local para reclamações / sugestões é de fácil acesso?						

AQUI!



O QUE VOCÊ PENSA É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS!!!

NOME: _____

END: _____

FONE: () _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____ h

MUNICÍPIO: _____

USUÁRIO VISITANTE ACOMPANHANTE

DEPOSITE NA CAIXA DE SUGESTÃO.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA JOSÉ BIANCARDI



PREFEITURA MUNICIPAL
BRASIL NOVO

O QUE É O S.A.U.?

É o Serviço de Atendimento ao Usuário, sendo um setor destinado a ouvir elogios, sugestões e insatisfações relacionadas aos usuários, acompanhantes e visitantes, buscando melhorias da qualidade hospitalar.

QUAIS PROFISSIONAIS COMPÕEM O S.A.U.?

Gerentes de saúde e Diretor Administrativo.

COMO EU FAÇO?

Preenchendo formulário junto às caixas de sugestões, onde você pode sugerir, reclamar e elogiar, ou informar-se no atendimento direto na sala do S.A.U. e falar com nossa equipe.

QUAIS OS DIAS E HORÁRIOS DE ATENDIMENTO?

De Segunda à Sexta-Feita, das 08h às 12 horas e das 14h às 18 horas.

COMO O USUÁRIO / COLABORADOR RECEBE A RESPOSTA DO ASSUNTO REGISTRADO?

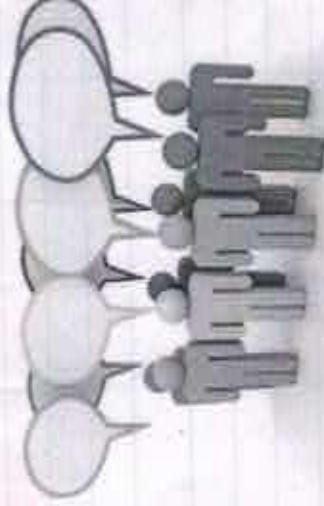
Os registros são feitos diretamente na sala de atendimento do S.A.U. e/ou depositados nas caixas de sugestões/reclamações/elogios, onde serão analisados e encaminhados às Coordenações, Gerências e Diretorias do HMMJB, isto para que sejam tomadas as devidas providências e repassadas ao usuário.



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA JOSÉ BIANCARDI



PREFEITURA MUNICIPAL
BRASIL NOVO



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA JOSÉ BIANCARDI



PREFEITURA MUNICIPAL
BRASIL NOVO

**Serviço de Atendimento ao
Usuário**



S.A.U

**Você tem Algo para nos falar?
O S.A.U. quer te escutar.**



Parque de Colômbio 2,9000 Curitiba

CARTAZ 60x40

Papel colorido = e igual do outro
folhas.



PREFEITURA MUNICIPAL
BRASIL NOVO
GOVERNO POPULAR
Juntos somos mais fortes



S.A.U

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

VOCÊ TEM ALGO PARA NOS FALAR?
O S.A.U QUER TE ESCUTAR!!!

sau.brasilnovo@hotmail.com

