



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DE VIÇOSA DO CEARÁ
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR-MELHOR EM CASA

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Paciente: _____ Prontuário: _____

Cuidador: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Profissional: _____ Registro: _____

DATA DAS VISITAS	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
PELE							
Coloração							
Edema(s)							
Hidratação							
Higiene							
Presença de Área Vermelha/ Pontos de Pressão							
Presença de Úlcera							
SINAIS VITAIS							
Pressão Arterial							
Temperatura							
Pulso							
Respiração							
ALIMENTAÇÃO							
Aceita VO							
Gastrostomia							
Ingestão Líquida							
Dieta por Sonda							
ELIMINAÇÃO							
Evacuações por Semana							
Diarreia							
Constipação							
Urina Frequência							



Urina Volume							
Urina Cor							
HIGIENE							
Cama							
Corporal							
Oral							
MOBILIZAÇÃO							
Leito							
Fora do Leito							
Ativa							
Passiva							
SONDAS							
Funcionamento Adequado							
Realizado Troca							
SONO							
Prejudicado							
Sem Alteração							
Impressão geral e observação							



Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____

7 Data do Atendimento: _____

Código (CID10): W 64

Código (IBGE): _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____

9 Data de Nascimento: _____

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

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

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

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

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

15 Número do Cartão SUS: _____

16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____

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

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação: _____

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro

33 Localização: 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida

Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores

34 Ferimento: 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado

35 Tipo de Ferimento: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Profundo Superficial Dilacerante

36 Data da Exposição: _____

37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Pré-Exposição 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: _____

SISPRENATAL N: _____



FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

8 Nome do profissional CBO

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

11 Nº inscrição social - NIS

DADOS PESSOAIS

12 Nome da gestante

14 Nome da mãe da gestante

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

18 Município de residência:

20 Logradouro (Rua avenida):

22 Nº

23 Complemento

Zona: 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira

26 Telefone fixo

27 Celular

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

13 Data nascimento ____/____/____

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

17 Nº NIS

19 UF: 19 Código IBGE

21 Bairro:

24 Ponto de referência

25 CEP

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não

28 E-mail:

31 Raça/cor (por auto declaração):

- 00 Analfabeto
- 01 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário) 1º grau
- 02 4ª série completa do EF (antigo primário) 1º grau
- 03 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário) 1º grau
- 04 Ensino fundamental completo (antigo primário) 1º grau
- 05 Ensino médio incompleto (antigo colégio) 2º grau
- 06 Ensino médio completo (antigo colégio) 2º grau
- 07 Educação superior incompleta
- 08 Educação superior completa 9º grau do [10] Não se aplica

- 09 Casado com companheira e filhos
- 10 Casado com companheira com lactante e sem filhos
- 11 Casado com companheira com filhos e outros familiares
- 12 Casado com parceira e sem companheira
- 13 Casado com outra(s) pessoa(s) sem lactante e sem filhos
- 14 Viúvo

- 11 branca
- 12 preta
- 13 amarela
- 14 parda
- 15 indígena
- 19 não declarada

PREENCHA APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

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

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

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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

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

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

ACOLHIMENTO

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: ____

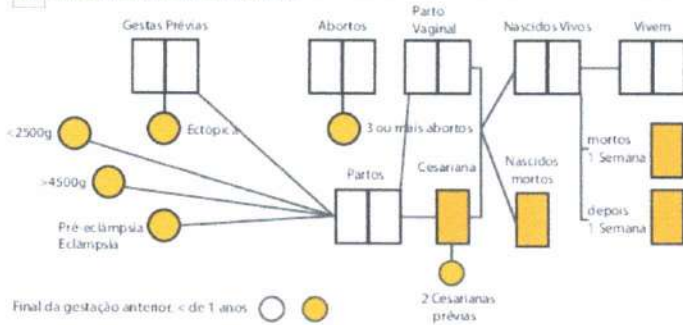
52 Tipo de gravidez: Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada

53 Gravidez Planejada NÃO SIM

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

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

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

SISPRENATAL:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ____/____/____

GESTÃO ATUAL

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

SITUAÇÃO VACINAL

58	Situação da vacina antitetânica		59	Hepatite B		60	INFLUENZA
	[1] Não vacinada <input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____		[1] Sim <input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____		[1] Sim <input type="checkbox"/>
	[2] Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/>	2ª ____/____/____		[2] Não <input type="checkbox"/>	2ª ____/____/____		[2] Não <input type="checkbox"/>
	[3] Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/>	3ª ____/____/____		[9] Ignorado <input type="checkbox"/>	3ª ____/____/____		[9] Ignorado <input type="checkbox"/>
	[4] Vacinação incompleta <input type="checkbox"/>	Reforço ____/____/____					DATA ____/____/____
	[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 <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	66	Sífilis	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
			Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____				Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____
67	HIV	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	68	Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
			Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____				Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA

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

EX. ADICIONAIS

80	Coombs Indireto positivo	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	81	Eletroforese de Hemoglobina alterada.	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
82	Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____					
83	TOT alterado	<input type="radio"/>	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 Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87	Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
88	Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89	Eletrocardiograma	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
90	Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91	Outros	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
92	Cardiotocografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE
VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
Centro Municipal de Reabilitação Maria Marina
Cipriano de Mesquita

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Turno: Manhã () Tarde ()

FISIOTERAPIA: _____

Importante

- Trazer todos os exames complementares relacionados à patologia (doença);
- Faltar à avaliação implicará em remarcação (caso o usuário procure novamente o serviço) para o dia que tenha vagas, não tendo prioridade na remarcação.

Grata,
Equipe de CMRMMCM



Situação no mercado de trabalho:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aposentado | <input type="checkbox"/> trabalhador rural |
| <input type="checkbox"/> autônomo c/ prev. Social | <input type="checkbox"/> autônomo s/ prev. Social |
| <input type="checkbox"/> assalariado c/ cart. Trabalho | <input type="checkbox"/> assalariado s/ cart. Trabalho |
| <input type="checkbox"/> não trabalha | <input type="checkbox"/> outros _____ |

DADOS FAMILIARES

Qt de pessoas que trabalham na casa: _____

Renda familiar: _____

Atividades domésticas:

- não realiza
- realiza c/ ajuda. Quais?

- realiza. Quais?

PROCEDÊNCIA:

- espontânea atenção básica hospital psiquiátrico
- hospital geral outros _____

DADOS DA DOENÇA:

Histórico de doenças:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hanseníase | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> epilepsia/crises convulsivas | |
| <input type="checkbox"/> hepatite | <input type="checkbox"/> hipertensão | |
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> cardíaco | |



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I



ENTREVISTA INICIAL

ADM: ___/___/___

CID _____

Nº PRONT. _____

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

como você é conhecido: _____

Endereço: _____

ponto de referência _____ Contato: () _____

Bairro: _____ CEP: _____

Localização: () Zona urbana () Zona rural CNES: _____

ESF: _____ ACS: _____

Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

CPE: _____ CNS: _____

RG: _____ Órgão: _____ Data Exp. ___/___/___

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Cor: () 1 branca () 2 preta () 3 parda () 4 amarela () 5 indígena



Medicação Atual:

Handwritten lines for medication details.

Símula Psicopatológica:

Handwritten lines for psychopathological simulation.

Hipótese Diagnóstica :

Conduta Médica:

Handwritten lines for medical conduct.

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____



INQUERITO GERAL DE ÓBITO

IDENTIFICAÇÃO		
NOME:		
DATA DE NASC.: ____/____/____.	DATA DE ÓBITO: ____/____/____.	SEXO: <input type="radio"/> MASC <input type="radio"/> FEM.
ENDEREÇO:	Nº.:	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		
LOCAL DO ÓBITO:		
MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA:		
FILIAÇÃO		
PAI:		
MÃE:		
HISTÓRICO DE SAÚDE		
ERA ACOMPANHADO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO. SE SIM, QUAL EQUIPE? _____.		
FAZIA USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO? SE SIM, QUAIS? _____ _____ _____		
POSSUIA HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO?		
DATA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO: ____/____/____. TEMPO DE INTERNAÇÃO? _____.		
DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO DE SAÚDE: ____/____/____.		
PROVÁVEL CAUSA DA MORTE:		
OBSERVAÇÕES:		
EM CASO DE ACIDENTE		
ACIDENTE DE TRANSITO: <input type="radio"/> PEDESTRE <input type="radio"/> CICLISTA <input type="radio"/> MOTOCICLISTA <input type="radio"/> OUTRO _____		
DEMAIS ACIDENTES:		
<input type="radio"/> QUEDA <input type="radio"/> CHOQUE <input type="radio"/> AFOGAMENTO <input type="radio"/> QUEIMADURA <input type="radio"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="radio"/> OUTROS: _____		
TIPO DE VEICULO: _____ <input type="radio"/> CONDUTOR <input type="radio"/> PASSAGEIRO		
EM CASO DE SUICÍCIO OU HOMICÍDIO		
<input type="radio"/> ARMA DE FOGO <input type="radio"/> OBJETO PERFURO-CORTANTE <input type="radio"/> ENFORCAMENTO <input type="radio"/> ENVENENAMENTO Tipo de Veneno: _____ <input type="radio"/> OUTROS, Especificar: _____		



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I



MATRICIAMENTO

Encaminho o (a) paciente _____

_____ HD: _____,

fazendo uso contínuo de:

_____. No momento o paciente encontra-se
estável e ficará sendo acompanhado (a) em sua unidade de
saúde _____

Em caso de intercorrência, agendar avaliação especializada no Centro de **Atenção**

Psicossocial (CAPS).

Viçosa do Ceará ____/____/____

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS
FICHA DE CADASTRO PARA CONSULTA E EXAMES ESPECIALIZADOS

NÚMERO DE PROTOCOLO: _____ DATA: ____/____/____

NOME: _____

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

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

UBS: _____ ACS: _____

TEFEFONE(S): () _____ OU () _____

ESPECIALIDADE: _____

DATA DA AUDITORIA: ____/____/____ LOCAL: _____

MÉDICO: _____ HORÁRIO: _____

OBSERVAÇÃO: _____

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 

CENTRAL DE REGULAÇÃO E MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS
FICHA DE CADASTRO PARA CONSULTA E EXAMES ESPECIALIZADOS

NÚMERO DE PROTOCOLO: _____ DATA: ____/____/____

NOME: _____

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

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

UBS: _____ ACS: _____

TEFEFONE(S): () _____ OU () _____

ESPECIALIDADE: _____

DATA DA AUDITORIA: ____/____/____ LOCAL: _____

MÉDICO: _____ HORÁRIO: _____

OBSERVAÇÃO: _____





REQUISIÇÃO

Objeto de Requisição (Material Gráfico, Limpeza, etc): _____.

UNIDADE: _____ . **Data:** ____ / ____ / ____.

Nº ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE PEDIDA	QUANTIDADE ATENDIDA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura/Carimbo do Requerente

Recebido em: ____ / ____ / ____.

Assinatura/Carimbo: _____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REQUISIÇÃO

Objeto de Requisição (Material Gráfico, Limpeza, etc): _____.

UNIDADE: _____ **Data:** ____/____/____.

Nº ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE PEDIDA	QUANTIDADE ATENDIDA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura/Carimbo do Requerente

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura/Carimbo: _____.

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

I - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO:		BAIRRO:		DISTRITO SANITÁRIO:	
UNIDADE DE SAÚDE:					
NOME DO USUÁRIO:					
SEXO:	DATA NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	
PAI:			MÃE:		
ENDEREÇO:				Nº PES. NO DOM:	
RENDA MÉDIA FAMILIAR:		<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 SM	<input type="checkbox"/> 1-3 SM	<input type="checkbox"/> 3-6 SM	<input type="checkbox"/> MAIS DE 6 SM

II - ANAMNESE

1 - ANTECEDENTES PESSOAIS

<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> DIFTERIA	<input type="checkbox"/> HANSEIASE	<input type="checkbox"/> POLIOMIELITE
<input type="checkbox"/> RUBEOLA	<input type="checkbox"/> SARAMPO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	
OUTROS:			

2 - AGRAVOS DE RISCO

<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES
<input type="checkbox"/> D. MENTAL	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO
<input type="checkbox"/> SIDA (AIDS)	<input type="checkbox"/> TABAGISMO		
OUTROS:			

3 - ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> CÂNCER	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HANSEIASE
<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	
OUTROS:			

III - VACINAÇÕES

IPDS	A PÓLIO	TRÍPLICE	A SARAMPO	B C G	A TETÂNICA
DATA					

IV - ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DIREITO								ESQUERDO							
	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	66	67	68
DATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
2º EXAME	DIREITO								ESQUERDO							
DATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
3º EXAME	DIREITO								ESQUERDO							
DATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

OBS.: EM AZUL, SERVIÇOS ENCONTRADOS; EM VERMELHO, OS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS.

Identificação da Unidade

Nome/Razão Social
CGC

Dados do Paciente

Nome do Paciente			
Logradouro			
Número	Complemento	Bairro	
CEP	Município (IBGE)	Nome do Município	UF
SEXO	DATA NASCIMENTO	Nº DE FILHOS	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P			
Grau de Instrução			
Analfabeto	1º Grau	2º Grau	3º Grau

Indicação

--

Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente

Natural	<input type="checkbox"/>	Ogino-Knaus	<input type="checkbox"/>	Temp. Basal	<input type="checkbox"/>	Bilinos	<input type="checkbox"/>	Sinto Térmico	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>	Preservativo	<input type="checkbox"/>	Hormônio Oral	<input type="checkbox"/>	Hormônio Injetável	<input type="checkbox"/>	Barreira	<input type="checkbox"/>

Dados de Internação

Data da Internação	Data da Alta



Governo do Estado do Ceará

Secretaria Estadual de Saúde - SESA

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM

Núcleo de Imunizações - NUIMU

FICHA MENSAL DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA E POSITIVA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO (EAPV)

ANO:	MÊS DE NOTIFICAÇÃO:	CRES:
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:	MUNICÍPIO:	

ASSINALE COM UM "X"

INFORMAMOS QUE NO MÊS REFERIDO ACIMA, OCORREU:	()	NENHUMA NOTIFICAÇÃO DE EAPV		
	()	Nome Completo	Nome Completo do Paciente	Data de notificação
			1)	
			2)	
			3)	
			4)	
			5)	
			6)	
			7)	
			8)	

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------

ATENÇÃO!! Enviar MENSALMENTE a planilha de notificação para a SMS.



FICHA PERINATAL – Ambulatório



Nome		Endereço		Unidade		Como quer ser chamada		Cidade	
Idade		Estado civil/união		Casada Solteira		Abortos		Antecedentes obstétricos	
Instrução		Gravidez		Risco habitual		Edôpica		Parto vaginal	
Peso anterior		Gravidez planejada		SIM NÃO		Edôpica		Nascidos vivos	
Altura cm		Tipo de gravidez		Única		Gestas prévias		Vivem	
DUM		Gravidez planejada		Gemelar		3 ou + abortos		Morreram na 1ª semana	
DPP		Gravidez planejada		Tripla ou mais		Edôpica		Morreram depois da 1ª semana	
DPP eco		Gravidez planejada		Ignorada		Edôpica		Final da gestação anterior de 1 ano	
Hospitalização na gravidez		Grupo		Semibilizada		Pre-eclâmpsia		Nascidos mortos	
NÃO SIM		Rh+		NÃO		Edôpica		Morreram depois da 1ª semana	
Dias		Rh-		SIM		Edôpica		Final da gestação anterior de 1 ano	
Transferida		Antecedentes familiares		Diabetes		Diabetes		Antecedentes clínicos	
NÃO SIM		Hipertensão arterial		Hipertensão arterial		Diabetes		NÃO SIM	
Local		Gemelar		Gemelar		Diabetes		NÃO SIM	
Data		Outros		Outros		Diabetes		NÃO SIM	
Exames		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
ABO-RH		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Glicemia de jejum		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Tolerância à glicose		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Sífilis		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
VDRL		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
HIV/Anti-HIV		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Hepatites B e C		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
HBsAg (1º e 3º trimestres)		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Toxoplasmose		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Hemoglobina Hematócrito		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Urina-EAS		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Urina-cultura		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Coombs indireto		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Eletroforese de hemoglobina		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Malária*		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Ultrassonografia		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
IG DUM		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
IG USG		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Peso fetal		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Placenta		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Líquido		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	
Outros		Data		Resultado		Diabetes		NÃO SIM	

Curva de altura uterina / idade gestacional

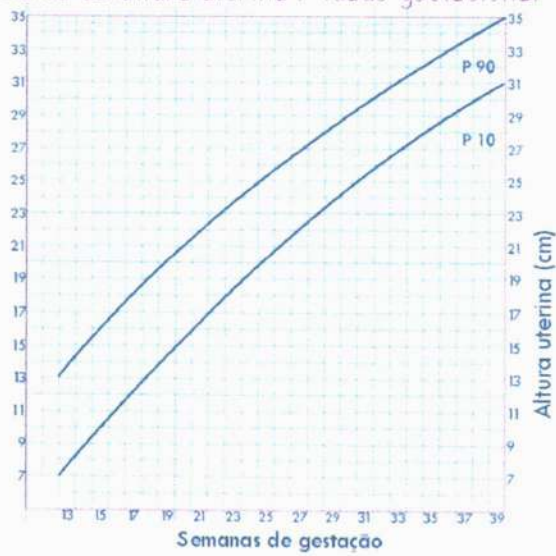
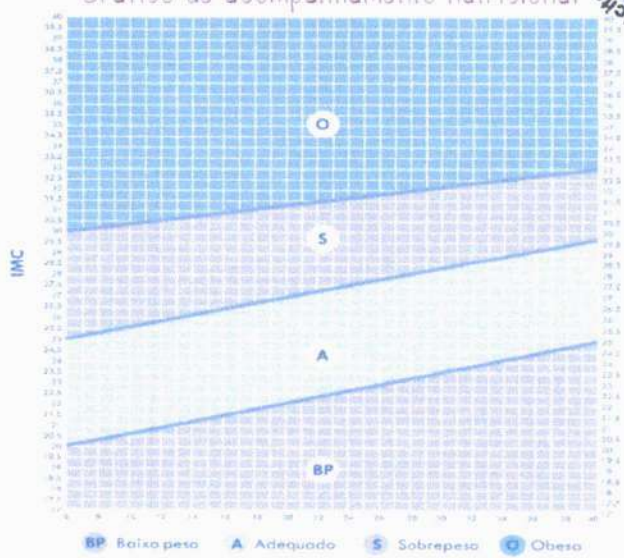


Gráfico de acompanhamento nutricional



	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39
Data														
Queixa														
IG-semanas														
Peso (kg)/IMC														
Edema														
Pressão arterial (mmHG)														
Altura uterina (cm)														
Apresentação fetal														
BCF/Mov. fetal														
Toque, se indicado														
Participou de atividades educativas SIM NÃO														
Realizou visita a maternidade SIM NÃO														
Parto e nascimento														
Idade de gestação Semanas														
Início trab. parto Espontâneo Induzido														
Terminação Espontâneo Cesárea Forças Outros														
Recém-nascido														
Sexo VDLR														
APGAR 1º min.														
Reanimação														
Ex. físico imediato														
Peso Menor 2.500 g														
Peso/IG Adequado														
Per. cef.														
Idade exam. fis.														
Alta materna														
Sadia														
Transf.														
Com patol.														
Gravidez														
Parto														
Puerpério														
Alta do recém-nascido														
Sadio														
Transf.														
Com patol.														
Obeto														
Fetal														
Intraparto														
Pós-parto														
Dias														
Horas														
Patologias do R.N.														
Nenhuma														
M. hial														
Apneias														
Infecção														
S. asp.														
Hemorr.														
Neurol.														
Hiperb.														
A. cong.														
Outra SDR														
Consulta de puerpério														
Temperatura														
Pressão arterial														
Peso														
Permeio														
Eliminações vesicais														
Eliminações intestinais														
Lóquios														
Cicatriz cirúrgica (no caso de cesariana)														
Vínculo/estado emocional														
Alimentação														
Exame de mamas (queixas)														
Planejamento reprodutivo														

FICHA PERINATAL

Data: _____ Prontuário: _____

Nome: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Idade: < 15 15-35 > 35

Escolaridade: Nenhuma 1º Grau 2º Grau Superior

Estado Civil/União: Casada Solteira (sem união estavel) Solteira (com união estavel)

Outra

ANTECEDENTES FAMILIARES ANTECEDENTES PESSOAIS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Hipertensão	Partos Vaginais _____ Cesareas _____ Domiciliares _____
<input checked="" type="checkbox"/> Malformações Congênitas	<input type="checkbox"/> Cirurgia Pélvica	Natimortos _____ Nº de Filhos vivos _____
<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Infertilidade	Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após 1ª semana _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculose	RN Peso (> 4000g) _____ RN Peso (< 2500g) _____
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
		Intercorrências em gestações anteriores _____

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTETÉTÂNICA	FUMO: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Até 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Última menstruação _____	Doses previas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma	Mais de 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data do parto _____	Últ. Dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Álcool Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
*Quilogramas? (Quil) _____	Vacinações previstas	Frequência: _____
Medic. da med. total _____	_____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁGUA ENCANADA EM CASA Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
*Is <input type="checkbox"/>	_____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Atend. Pré-natal de alto risco
<input type="checkbox"/> Toxemia	<input type="checkbox"/> Outras infecções	<input type="checkbox"/> Trab. Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Rotura de membranas	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Isoimunização	<input type="checkbox"/> Víruses	
<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Retardo Cresc. Fetal	<input type="checkbox"/> Parasitose	

EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
IG (semanas)										
Peso (kg)										
PA max/min (mmHg)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
Movimentos fetais										
BCF										
Edema MMII										



EXAMES LABORATORIAIS

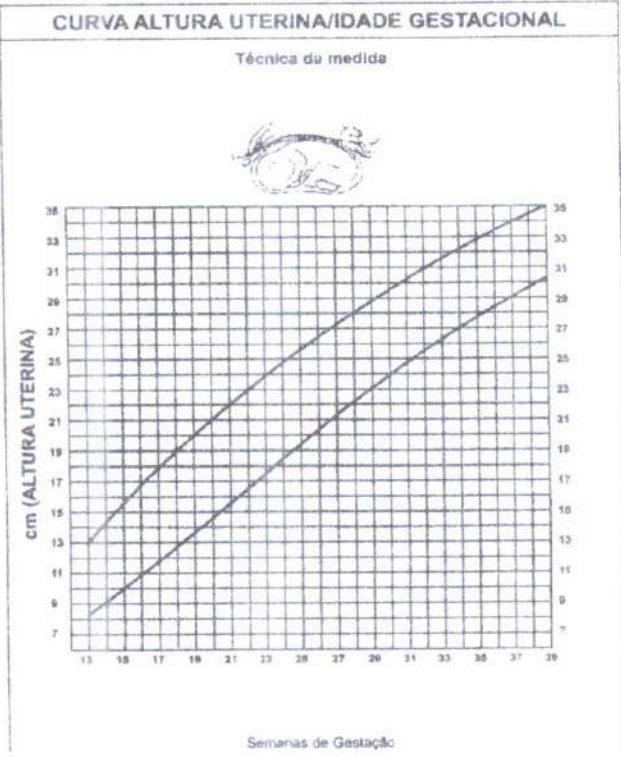
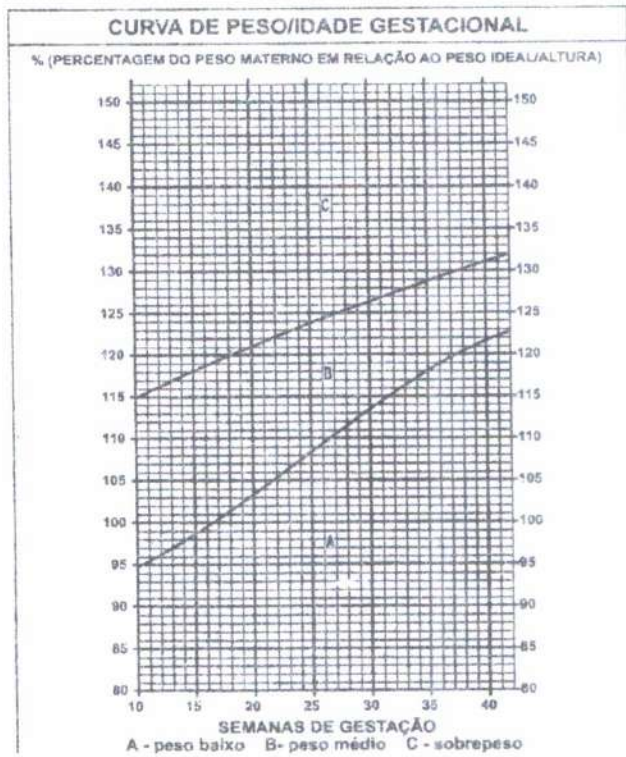
Exame	Datas/Resultados	Datas/Resultados
Tipo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- sensibilizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Hemoglobina		
V D R L		
Urina I		
Cit. Oncótica		

Ultra-Sonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações:

Data	Intercorrências / Conduta





Hospital Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
VIÇOSA DO CEARÁ - CE.

FOLHA DE ABORTAMENTO

Nome: _____ N° Pont. _____

Clínica: _____ Categoria: _____ ENF/Leito: _____

Idade: _____ Estado Civil _____ Profissão _____

Data internação: ____/____/____ Data da Alta ____/____/____

Médico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

_____ U.M. _____ Ciclo _____

Sinais do Abortamento _____ Há quanto tempo _____

Cólica _____

Hemorragia _____

Exame inspeção genital (Vulva Vagina Colo) _____

Toque 01) Colo (Consistência Posição Permeabilidade) _____

Toque 02) Corpo (Posição Tamanho Consistência) _____

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento: _____



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

A series of horizontal lines for writing, intended for recording the procedures performed.

Destino dado ao Paciente

Residência

Internar

Em Obs

FOLHA DO RECÉM - NASCIDO

Nome da mãe _____ Nº Reg. _____
Enf. _____ Leito: _____ Clínica: _____ Categoria _____
Data e hora do nasc. _____ as _____ Sexo _____
Peso _____ Estatura _____

1. ANAMNESE FAMILIAR		1.1 HISTÓRIA OBSTÉTRICA GS: _____ F. Rh.: _____	
Malformação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G _____ p _____ A _____ : Esp.: <input type="checkbox"/> Prov.: <input type="checkbox"/>	
Tuberculose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partos Prematuros (Nº e Peso) _____	
Consaguinidade <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filhos Vivos _____ Filhos Mortos _____ (causa, peso ao nascer)	
		Idade do óbito _____	
		Transfusão de sangue: <input type="checkbox"/> Data: ____/____/____	
1. 1.1 GESTÃO ATUAL		Pré Natal: <input type="checkbox"/> Nº Cons.: <input type="checkbox"/>	
Hemorragias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorologia p/ lues: <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Ignorados	
Infecções <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacina Anti-tetânica: Nº De Doses: _____	
Toxemia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos, quais? _____	
Exposições Rx <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Última regra: ____/____/____ Data provável: ____/____/____	
Tabagismo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames laboratoriais: _____	
Alcoolismo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruptura de Bolsa: <input type="checkbox"/> Data: ____/____/____ Hora ____/____	
Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Líquido Amniótico: Claro <input type="checkbox"/> Mecônico <input type="checkbox"/>	
Outros _____	<input type="checkbox"/>	Medicamentos Hora e Dose _____	
PARTO			
HISTÓRICO DO PARTO	TIPO DE PARTO	COMPLICAÇÕES DO PARTO	
Rot. Memb. <input type="checkbox"/>	Esp. <input type="checkbox"/>	Inf. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apres Cef. <input type="checkbox"/>	Forc. <input type="checkbox"/>	PP. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pélv. <input type="checkbox"/>	Ces. <input type="checkbox"/>	DPP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Córm. <input type="checkbox"/>	C/ mam <input type="checkbox"/>	Eclâmpsia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia <input type="checkbox"/>	Ressuscitação <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicação: _____
Anestesia: _____ Data: ____/____/____; Hora ____/____

CONDIÇÕES AO NASCER	BOLETIM DE APGAR			Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Branco perolado <input type="checkbox"/> Amarelado <input type="checkbox"/> Amr. Esverdeado <input type="checkbox"/> Verde Musgo <input type="checkbox"/> Avermelhado <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Boas	1ª	5ª		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Cianose	Batimentos Cardíacos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Mecônico	Esforço Respiratório	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Morte Aparente	Tônus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Irrit. Reflexa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Cor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Apgar 7 com _____ mim				
	Total:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MANOBRAS DE REANIMAÇÃO

Aspiração: Vas Traqueal Estomacal
 Cardíaca: Massagem extern. Drogas
 Respiração: Cateter Ambú / Máscara Intubação
 Alcalizantes Outros: _____

Observação: _____

PREFEITURA MUNICIPAL
 Nº 562
 Comissão de Licitação

1º EXAME FÍSICO REALIZADO POR _____ CAPURRO
 SEXO: _____ PESO: _____ ESTATURA: _____ PC: _____ PT: _____ TEMP: _____ F. Rh. _____

	1º EXAME		EXAME DE ALTA	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Aspecto Geral				
Pele				
Vernix				
Cabeça				
Crânio				
Face				
Pescoço				
Gânglios				
Tórax				
Ap. Respiratório				
Ap. Circulatório				
Abdômem				
Vasos Umbilicais				
Fígado				
Baço				
Rins				
Genitália				
Ânus				
Esqueleto				
Coluna				
Quadril				
Articulações				
Extremidades				
Sistema Nervoso				
Tônus Muscular				
Preensão Palmar				
Preensão Plantar				
Sucção				
Marcha Reflexa				
Moro				
Paralisias				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Urinou				
Eliminou Mecônio				
Mal Formações	SIM	NÃO	SIM	NÃO
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA				
ASSINATURA				
DATA: _____ / _____ / _____ ; HORA _____				
ENCAMINHOU: <input type="checkbox"/> A.C. <input type="checkbox"/> B.M.R. <input type="checkbox"/> B.A.R.				
CONDUTA			CONDIÇÕES DE ALTA <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO <input type="checkbox"/> À PEDIDO <input type="checkbox"/> ÓBTO NECRÓPSIA <input type="checkbox"/> SIM NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I



FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA

Mês de referência ____/2018

Nº	USUÁRIO	MOTIVO DA VISITA	PROFISSIONAIS	ENDEREÇO	DATA	SAÍDA	RETORNO



APROVAÇÃO DO ACÓRDO Nº 565/2008

Nº	USUÁRIO	MOTIVO DA VISITA	PROFISSIONAIS	ENDEREÇO	DATA	SAÍDA	RETORNO

PREFEITURA MUNICIPAL
 FL. Nº 565
 Rubens de Lencastre

70 2009

Hora Entrada: Hora Saída:

1 - Localização da Unidade Domiciliar

Código do Município: **2314102**
 Nome do Município: **VIÇOSA DO CEARÁ**
 Código da Localidade:
 Nome da Localidade:

Atividade: 1 - Pesquisa 2 - Borrifação 3 - Atendimento ao PT

Período da Borrifação: 1 - Recusa 2 - Casa Fechada 3 - Casa Fechada

Nome do Morador / Colaborador: Nº Ativa:

Período da Pesquisa: 1 - Recusa 2 - Casa Fechada 3 - Casa Fechada

Nome do Morador / Colaborador: Nº Hab:

Tipo de Parede: 1 - Alvenaria e Reboco 2 - Alvenaria e Reboco 3 - Barril Reboco 4 - Barril Reboco 5 - Madeira 6 - Outros

Tipo do Teto: 1 - Terra 2 - Páua 3 - Madeira 4 - Madeira 5 - Outros

Situação da Casa: 1 - Nova 2 - Demolida

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

Intrínseco		Periférico	
Captura	Presença de Vestígios	Captura	Presença de Vestígios
<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção
<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios
Tipo de Descoberta		Tipo de Inseto	
Nº de Cargas	Nº de Cargas	Nº de Cargas	Nº de Cargas
Nº do PT	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde	Assinatura do Agente de Saúde
Data do Viso	Viso do Chefe de Equipe	Viso do Chefe de Equipe	Viso do Chefe de Equipe
ETIQUETA			

Supervisor de Endemias

Hora Entrada: Hora Saída:

1 - Localização da Unidade Domiciliar

Código do Município: **2314102**
 Nome do Município: **VIÇOSA DO CEARÁ**
 Código da Localidade:
 Nome da Localidade:

Atividade: 1 - Pesquisa 2 - Borrifação 3 - Atendimento ao PT

Período da Borrifação: 1 - Recusa 2 - Casa Fechada 3 - Casa Fechada

Nome do Morador / Colaborador: Nº Ativa:

Período da Pesquisa: 1 - Recusa 2 - Casa Fechada 3 - Casa Fechada

Nome do Morador / Colaborador: Nº Hab:

Tipo de Parede: 1 - Alvenaria e Reboco 2 - Alvenaria e Reboco 3 - Barril Reboco 4 - Barril Reboco 5 - Madeira 6 - Outros

Tipo do Teto: 1 - Terra 2 - Páua 3 - Madeira 4 - Madeira 5 - Outros

Situação da Casa: 1 - Nova 2 - Demolida

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

Intrínseco		Periférico	
Captura	Presença de Vestígios	Captura	Presença de Vestígios
<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatomens <input type="checkbox"/> 1 - Ovos <input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção
<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos <input type="checkbox"/> 2 - Outros Vestígios
Tipo de Descoberta		Tipo de Inseto	
Nº de Cargas	Nº de Cargas	Nº de Cargas	Nº de Cargas
Nº do PT	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde	Assinatura do Agente de Saúde
Data do Viso	Viso do Chefe de Equipe	Viso do Chefe de Equipe	Viso do Chefe de Equipe
ETIQUETA			

Supervisor de Endemias



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



UBS: _____ Mês/Ano: _____

Nº	NOME DO FUNCIONÁRIO (Completo, sem abreviações)	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	VÍNCULO (Estatutário, Cooperativa, Nomeação, etc).	Nº DE FALTAS	OBSERVAÇÃO (CPF, caso recém-admitido; Dias de falta, demais infos, etc)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

OBS.: A frequência deverá ser entregue na Secretaria Municipal de Saúde **IMPRETERIVELMENTE** na estatística mensal!

Carimbo e Assinatura do Responsável



GOVERNO MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FREQUÊNCIA MENSAL DOS SERVIDORES DA SAÚDE

MÊS DE _____ DE 20 _____

SETOR _____

Nº DE ORDEM	NOME DO FUNCIONÁRIO	CARGO OU FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Nº DE FALTAS	OBSERVAÇÃO

RESPONSÁVEL

OBS: A Frequência deverá ser entregue na Secretaria Municipal de Saúde no primeiro dia útil do mês seguinte.



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Sector: _____

Nome: _____ Idade: _____ Prontuário: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____ Leito: _____ Clínica: _____
Grau de Instrução: _____ Procedência: _____
Teve internação prévia em CTI: () Sim () Não Data: ____/____/____ Tempo de Permanência: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

- 1- Queixa principal: _____
- 2- Diagnóstico médico: _____
- 3- Patologias associadas: () Nega () Diabetes () Hipertensão Arterial () Outros: _____
- 4- Hábitos: () Tabagismo () Etilismo () Uso de drogas: _____
- 5- Prótese: () Dentária () Ocular () Auditiva () Motora: _____
- 6- Medicamentos em uso: () Não () Sim/Quais: _____
- 7- Cirurgias Anteriores: () Não () Sim/Quais: _____
- 8- Tratamento: () Não () Sim/Qual: _____
- 9- Alergias: () Não () Sim/Qual: _____

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ESTADO EMOCIONAL

- 1- Nível de Consciência: () Acordado () Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso
- 2- Estado Emocional: () Tranquilo () Ansioso () Agressivo () Triste () Agitado

AVALIAÇÃO FÍSICA

- 1- Sinais Vitais: PA _____ mmHg Tax: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ irn Peso: _____ Kg
 - 2- Locomoção: () Deambulando () Acamado () Restrito ao leito _____
 - 3- Função Motora: () Sem alteração () Com alteração Qual: _____
 - 4- Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída
 - 5- Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída
 - 6- Fala/linguagem: () Sem alteração () Com alterações Qual: _____
 - 7- Pele/Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Hidratadas () Hipohidratada
() Íntegra () Lesão Tipo: _____ Localização: _____
 - 8- Função Respiratória: () Eupneico () Taquipneico () Dispneico
() Ar Ambiente () Macronebulização _____ l/min
() Ventilação Mecânica () TOT () TQT
 - 9- Alimentação: () Dieta zero () Oral () SNE () GTT
 - 10- Função Intestinal: () Regular () Ausente () Constipado: _____ dias () Diarréia
 - 11- Função Vesical: () Espontânea () Fralda () CVD () CVI
- Observações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



INFORMATIVO MENSAL DE NASCIDOS VIVOS

ESF: _____

Mês: _____ Ano: _____

Nº	NOME DA MÃE	SHXO	DATA DE NASCIMENTO	OCORRÊNCIA	Tipo de Parto	ACS/MICROÁREA	Nº DA FAMÍLIA
01			__/__/__				
02			__/__/__				
03			__/__/__				
04			__/__/__				
05			__/__/__				
06			__/__/__				
07			__/__/__				
08			__/__/__				
09			__/__/__				
10			__/__/__				
11			__/__/__				
12			__/__/__				
13			__/__/__				
14			__/__/__				

Assinatura/Carimbo

Rua Padre José Beviláqua, 612 – Centro, Viçosa do Ceará – CEP: 62300-000
Fone: (88) 3632-1202



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. Fem.	RAÇA/COR	ETNIA
NOME DA MÃE	DDD		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL	DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		COD. IBGE MUNICÍPIO	UF
			CEP	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE
----------------------------------	---------	-------	--------------------------------	------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ORGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
--	------

PREFEITURA MUNICIPAL
 FL. Nº 599
 Fiscalização de Estabelecimentos



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPTO DE VIG. SANITÁRIA E AMBIENTAL - DEVISA



Nº SÉRIE

1ª VIA - Processo
 2ª VIA - Interessado
 3ª VIA - Inspetor

LAUDO DE INSPEÇÃO

ESTABELECIMENTO	FIRMA:		
	DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:		
	ENDEREÇO:		CIDADE:
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:		
	RAMO DE NEGÓCIO	CNPJ/CPF:	ASS. SANITÁRIO Nº:

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de 20____

às _____ horas, no exercício de **FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE**, vistoriei(amos) a firma acima citada, para fins de _____ conforme requerimento registrado sob nº: _____

constatei(amos) que: _____

CIÊNCIA	Recebi a 2a. via em _____ / _____ / 20	de _____ de 20
	 _____	 _____ Inspetor _____ Inspetor



Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)

1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc 1

Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IGBE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO 1

DIÁRIA DE UTI TIPO 2

DIÁRIA DE UTI TIPO 3

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

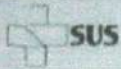
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PREFEITURA MUNICIPAL
FL. Nº 574
Lição de OBRAS

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

Masc 1

Fem 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO (MÓVEL/RESIDENCIAL)

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO (MÓVEL/RESIDENCIAL)

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE S. PÁCIDO)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - Cód. ICD-10

25 - Cód. SECUNDÁRIO

26 - Cód. DOIS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - ORÇ

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL



PREFEITURA MUNICIPAL
575
Cidade de Crato - Ceará

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 37 - CID10 PRINCIPAL _____ 38 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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



Saúde da Família

PRODUÇÃO MÉDICA



PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ
UNIDOS PELO POVO

ESF: _____						MÊS: _____		
DIAGNÓSTICO	<1 ano	1-4 anos	5-12 anos	13-17 anos	IDADE FÉRTIL	MULHER > 50 ANOS	ADULTOS HOMENS	TOTAL

Handwritten signature: S. F. G.
Comissão de Avaliação
PREFEITURA MUNICIPAL
VIÇOSA DO CEARÁ

MAPA DE CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE MATERIAL ODONTOLÓGICO

UBS _____

Dentista Responsável _____

Data ____ / ____ / ____

Materia/Apresentação	Saldo Anterior	Entrada	Saldo Atual	Validade	Quantidade Pedida	Quantidade Atendida
Ácido gel						
Adesivo						
Água oxigenada						
Aagulha curta						
Aagulha longa						
Álcool 70°						
Álcool absoluto						
Álcool iodado						
Algodão hidrófilo - rolinho						
Algodão hidrófilo - rolo com 500g						
Amalgama cápsula						
Anestésico com vaso (lidocaina)						
Anestésico com vaso (prilocaina)						
Anestésico sem vasoconstritor						
Anestésico tópico						
Cimento cirúrgico (líquido)						
Cimento cirúrgico (pó)						
Clorexidina a 0,12%						
Clorexidina a 2%						
Coltosol						
Copo descartável						
Cunha de madeira						
Descapak						
Dessensibilizante						
Detergente polienzimático						
Disco para polimento ENHANCE						
Disco para polimento Soflex						
Escova de aço para limpeza de broca						
Escova de Robson						
Escova dental (adulto)						
Escova dental (infantil)						
Espelho bucal						
Evidenciador de placa						
Filme PVC						
Fio de sutura 2.0						
Fio de sutura 3.0						
Fio dental						
Fita matriz de aço 5mm						
Fita matriz de aço 7mm						
Fita teste para autoclave						
Fixador						
Fluor gel						
Fluor sachê						
Gaze						
Gorro com elástico						
Gorro sem elástico						
Grau cirúrgico 100mm						
Grau cirúrgico 300mm						
Hemostático						
Hidróxido de cálcio PA						
Hidróxido de cálcio pasta						
Hipoclorito a 1% (Solução de Milton)						
Hipoclorito a 2,5% (Soda Clorada)						
Ionômero de vidro autopolimerizável						
Ionômero de vidro fotopolimerizável						
IRM Pó						

IRM Líquido							
Lâmina de bisturi nº 12							
Lâmina de bisturi nº 15							
Lima K 125mm (15-40)							
Limpa de prata							
Luva cirúrgica							
Luvas p/ procedimento M							
Luvas p/ procedimentos P							
Máscara descartável com elástico							
Máscara descartável sem elástico							
Mercurio							
Microbrush extra fino							
Microbrush fino							
Moideira descartável							
Óculos de proteção							
Óleo lubrificante							
Otosporim							
Papel para articulação							
Pasta para polimento							
Pasta profilática							
Pedra de afiar							
Pedra pomes							
Película Rx adulto							
Película Rx infantil							
Povidine degermante							
Removedor de manchas							
Resina Flow A#							
Resina Flow A2							
Resina foto A1							
Resina foto A2 Dentina							
Resina foto A2 Esmalte							
Resina foto A3 Dentina							
Resina foto A3 Esmalte							
Resina foto A3,5 Dentina							
Resina foto A3,5 Esmalte							
Resina foto B2 Dentina							
Resina foto B2 Esmalte							
Resina foto B3 Dentina							
Resina foto B3 Esmalte							
Resina foto C2 Dentina							
Resina foto C2 Esmalte							
Resina incisal							
Revelador							
Sebão líquido							
Selante							
Seringa descartável 20ml							
Soro fisiológico							
Sugador							
Taça de borracha							
Tira de aço							
Tira de papel							
Tira de poliéster							
Tira poliéster							
Tricresol							
Verniz com flúor							
Verniz sem flúor							

MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA

Mapa para controle diário de temperatura

MÊS	ANO
-----	-----

UF	MUNICÍPIO	UNIDADE SANITÁRIA	GELADEIRA <input type="checkbox"/>	FREEZER <input type="checkbox"/>
----	-----------	-------------------	------------------------------------	----------------------------------

PERÍODO											OBSERVAÇÕES
MANHÃ					TARDE						
DIA	HORA	MOMENTO	MÍN.	MÁX.	RUBRICA	HORA	MOMENTO	MÍN.	MÁX.	RUBRICA	
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											

FALHA

HORA	TEMPERATURA ENCONTRADA	DIAS PARADOS
------	------------------------	--------------

OBSERVAÇÕES

MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA

Mapa para controle diário de temperatura

MÊS	ANO
-----	-----

UF	MUNICÍPIO	UNIDADE SANITÁRIA	GELADEIRA <input type="checkbox"/>	FREEZER <input type="checkbox"/>
----	-----------	-------------------	------------------------------------	----------------------------------

PERÍODO											OBSERVAÇÕES
MANHÃ					TARDE						
DIA	HORA	MOMENTO	MIN.	MÁX.	RUBRICA	HORA	MOMENTO	MÍN.	MÁX.	RUBRICA	
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											

FALHA

HORA	TEMPERATURA ENCONTRADA	DIAS PARADOS
------	------------------------	--------------

OBSERVAÇÕES

MAPA DE PRODUÇÃO DIÁRIA

UNIDADE DE SAÚDE _____ CONSULTA _____ DATA ____/____/____

NOME	Sexo	Idade	T. Atend		ENDEREÇO	PROCEDIMENTO	ASSINATURA
			1º	S			

Responsável

Assinatura do Chefe da Unidade



INSCRIÇÃO Nº 986



NOTIFICAÇÃO POSITIVA/NEGATIVA SEMANAL

MUNICÍPIO: Viçosa do Ceará

UNIDADE DE SAÚDE: _____ SEMANA EPIDEM: _____

ORDEM	AGRAVO	SEMANA NEGATIVA	Nº DE CASOS SUSPEITOS
1	ACID. ANIMAIS PEÇONHENTOS		
2	ATEND. ANTIRRÁBICO HUMANO		
3	CANDIDÍASE VAGINAL		
4	CAXUMBA		
5	DENGUE		
6	DESNUTRIÇÃO GRAVE		
7	DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (S/R)		
8	FEBRE AMARELA		
9	FEBRE TIFÓIDE		
10	GARDNERELLA VAGINALIS		
11	GONORRÉIA		
12	HANSENIASE		
13	HEPATITES VIRAIS		
14	HERPES SIMPLES		
15	INFEÇ. SUBCLÍNICA PELO HPV		
16	INTOXICAÇÃO POR AGROTOXICO		
17	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		
18	LEISHMANIOSE VISCERAL		
19	LEPTOSPIROSE		
20	MENINGITE		
21	SÍFILIS NÃO ESPECIFICADA		
22	SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL		
23	SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL		
24	TRACOMA		
25	TRICHOMONÍASE		
26	TUBERCULOSE		
27	VARÍCELA		
28	VIOLÊNCIAS		
29	DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS		

Houve Notificação de casos suspeitos de (Marque X)

	Sim	Não
TÉTANO NEONATAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉTANO ACIDENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARALISIA FLÁCIDA AGUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARAMPO / RUBÉOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Coordenador da Unidade de Saúde



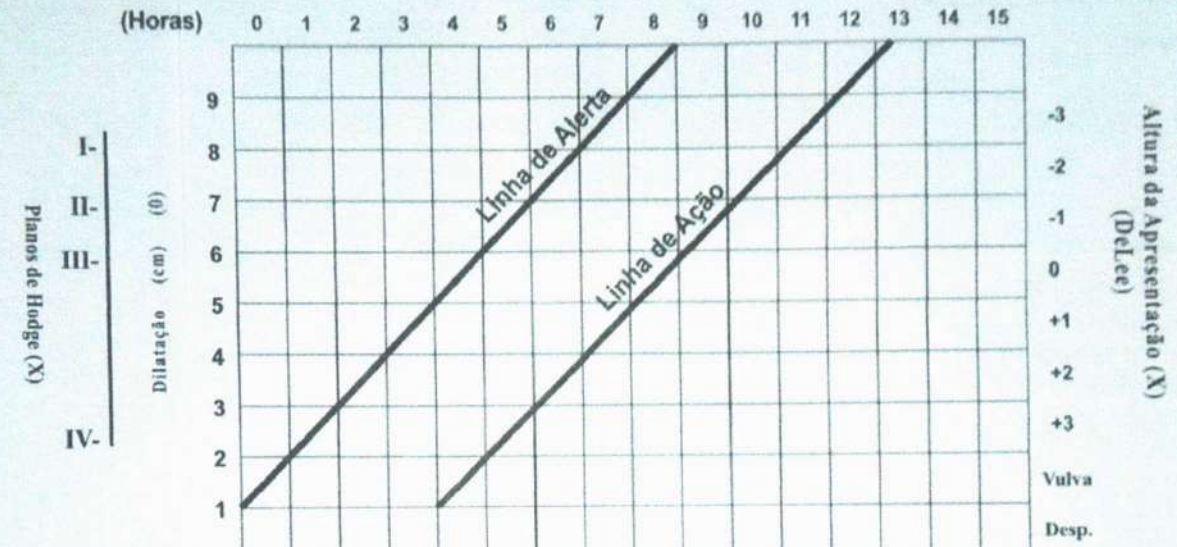
PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
 HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
 AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA - CE
 FONE: (88) 3632.1119

PREFEITURA MUNICIPAL
 FL. Nº 585
 Comissão de Licitação

VIÇOSA DO CEARÁ
 UNIDOS PELO BOM

PARTOGRAMA

Clínica Obstétrica	Nome: _____		Pront.: _____	
			Idade: _____	
UR / /	Gesta _____	Para _____	Aborto _____	Filhos vivos: _____
DPP / /	Partos: Vaginal _____		Cesárea _____	Fórcipe _____
Pré-Natal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Intercorrências: _____		
Situação fetal:	Apresentação Fetal:		Fletida	Defletida
Long. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/>	Cef. <input type="checkbox"/>	Pelv. <input type="checkbox"/>	Corn. <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Variedade de Posição: _____				
Grupo ABO e Fator Rh: _____				



Dia	Hora	
	180	
BCF Bat/min	160	
	140	
	120	
	100	
	80	
	Contrações	
	Membranas	
	L. Amniótico	
	Pressão Arterial	
	Temperatura	
Pulso		

Medicamentos E Fluidos	
Examinador (a)	
Resolução:	
Profissional Responsável:	
Data: ____/____/____	Hora: ____

Observações:

PARTO:
 Simples Duplo Pélvico
 Normal Abdominal Fórcepe

EPISIOTOMIA: Sim Não
 Mediana Médio Lateral

RECÉM-NASCIDO:
 Masculino Vivo APGAR 1º min _____
 Feminino Morto 5º min. _____
 Capurro _____ Peso _____
 Estatura _____

TIPOS DE ANESTESIA:
 Local Raquidea Peridural

EPISIORRAFIA: Sim Não
 Laceração: Sim Não
 Sutura: Sim Não

DELIVRAMENTO:
 BS BD Espontâneo
 Manobra Sim Não
 Extração manual Sim Não
 Exame de placenta: Sim Não
 Curagem: Sim Não
 Peso da placenta: _____ g.
 Comprimento do cordão _____ cm
 Vasos do cordão: _____

4º PERÍODO:
 Globo de PINARD: Sim Não
 Sangramento Transvaginal:
 Fisiológico Moderado Volumoso
 Uso de Uterotônico: Sim Não
 Ocitócico Esporão de centeio

OBSERVAÇÕES:

PARTO CIRÚRGICO

TIPO DE ANESTESIA: Geral Peridural Raquidea
 Data: ____/____/____ Hora: _____

Cirurgião (ã): _____ Anestesista: _____
 Auxiliar: _____ Instrumentador (a): _____

Diagnóstico pré-operatório: _____
 Diagnóstico pós-operatório: _____

Descrição: _____

Médico(a) responsável: _____ Data: ____/____/____
 CRM: _____



Secretaria de Saúde de Viçosa do Ceará
Programa de Saúde Bucal em Creches e Escolas de Ensino Fundamental



PSF: _____ Escola: _____ Distrito: _____

Turma: _____ Turno: _____ Mês: _____ Professor: _____

Procedimentos Coletivos: Educação em saúde Evidenciação de placas Escovação Supervisionada Bocheço e fluoreto de sódio 0,2%

Nome do Aluno	Dias do Mês	Nome do Aluno	Dias do Mês
01			21
02			22
03			23
04			24
05			25
06			26
07			27
08			28
09			29
10			30
11			31
12			32
13			33
14			34
15			35
16			36
17			37
18			38
19			39
20			40

