

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Catalão - Goiás

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Farmácia - Branca

2ª Via: Paciente - Amarela

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 03.532.661/0001-56

Av. Farid Miguel Safatle, 525 - Centro - Catalão-GO

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão Em. \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

**SUS**SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDEMINISTÉRIO  
DA  
SAÚDESECRETARIA  
DE ESTADO  
DA SAÚDESECRETARIA  
MUNICIPAL  
DA SAÚDE  
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)****1- ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER**

NOME: \_\_\_\_\_ Nº DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL  
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)**SUS**SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDEMINISTÉRIO  
DA  
SAÚDESECRETARIA  
DE ESTADO  
DA SAÚDESECRETARIA  
MUNICIPAL  
DA SAÚDE  
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)****1- ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER**NC  \_\_\_\_\_ Nº DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL  
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

















**Prefeitura Municipal de Catalão - Secretaria de Saúde**  
**Centro de Atenção Psicossocial "José Evangelista da Rocha"**

Nome Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DE: \_\_\_\_\_

Lined area for patient evolution notes.

CIRURGIAS ANTERIORES:

 SIM NÃO


**Classificação de Goldman**

Presença de B3 ou turgência jugular .....	11 pontos
I.A.M. nos 6 meses anteriores .....	10 pontos
Ritmo não sinusal (ES atriais, ESV) .....	07 pontos
Idade acima de 70 anos .....	05 pontos
Cirurgia de emergência .....	04 pontos
Estenose aórtica importante .....	03 pontos
PO2 maior que 60 .....	03 pontos
PCO2 maior que 50 .....	03 pontos
Potássio menor que 3 .....	03 pontos
Bicarbonato de Sódio menor que 20 .....	03 pontos
Uréia maior que 100 .....	03 pontos
Creatinina maior que 3 .....	03 pontos
TGO anormal .....	03 pontos
Hepatopatia crônica .....	03 pontos
Paciente acamado não cardíaco .....	03 pontos

**Classificação da American Society of Anesthesiology (A.S.A.)**

- I. Não portador de doenças sistêmica.
- II. Portador de doença sistêmica leve.
- III. Portador de doença grave como o câncer, mas sem complicação da função vital.
- IV. Portador de doença grave com comprometimento da função vital.
- V. Indivíduo moribundo.

De 0 a 5 pontos - Classe I / De 6 a 12 pontos - Classe II / De 13 a 25 pontos - Classe III / Acima de 25 pontos - Classe IV.

**CONCLUSÕES:**

Classificação de Goldman	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	
Classificação da A.S.A.	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Comprometimento Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo, após estar ciente do quadro clínico que apresento, e das implicações do ato anestésico, a realização de anestesia (loco regional) - (geral) a ser administrada por profissional habilitado, e inclusive delego aos profissionais, poderes para tomar todas as decisões necessárias para o desempenho da anestesia.

Reitero as afirmações clínicas dadas ao profissional quando de minha avaliação, como fidedignas e sem omissões.

\_\_\_\_\_  
Anestesiologista

\_\_\_\_\_  
Paciente / Responsável

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

## FICHA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
 CONV: \_\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_ ACOMODAÇÃO: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PESSOAIS:

• **CARDIOVASCULAR RENAL:** Angina - Enfarte - I.C.C. - Arritmia - Hipertensão - Cardiopatia Congênito  
 - Card. Adquirida - Trombose - Embolia - I. Renal - Doenças Chagas.

• **RESPIRATÓRIO:** DPOC - Asma - Bronquite - Enfisema - Bronquiectasia - Fumante - Dispneia de Esforço  
 - Tosse c/ Catarro - Infecção Respiratória - Paralisia Cordas Vocais - Traqueostomia.

• **METABÓLICO:** Diabetes Mellitus - Perda de Peso - Porfiria - Gravidez - Tireoidite - Paratireoidite -  
 Glaucoma - Hiper-hipo-adrenal Pituitária

• **NEUROMUSCULAR ESQUELÉTICO:** Paralisias - Miastenias Gravis - Parkinsonismo - Xifoescóliose -  
 Epilepsia - Doença Psiquiátrica - Distrofia Muscular - Esclerose Múltipla - Luxação Coluna Cervical.

• **GASTROINTESTINAL:** Hernia Diafragmática - Sangramento G.I - Cirrose - Hepatite - Icterícia.

• **HEMATOLOGIA:** História de Sangramento - Hemofilia - Anemias - Transfusões Anteriores.

• **DROGAS:** (Alergias - antecedentes - atuais) \_\_\_\_\_

• **DUM:** \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO:** P.A.: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_

S.C.V.: \_\_\_\_\_

S.R.: \_\_\_\_\_

### EXAMES LABORATORIAIS:

E.C.G.: \_\_\_\_\_

ECO: \_\_\_\_\_

Rx. Tórax: \_\_\_\_\_

Hemograma: \_\_\_\_\_

Ionograma: \_\_\_\_\_

Coagulograma: \_\_\_\_\_













SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Nº 2102

1ª VIA - AUTUADO  
2ª VIA - PROCESSO  
3ª VIA - ARQUIVO

**TERMO DE COLETA DE AMOSTRA**  **ANÁLISE FISCAL**  **ANÁLISE DE CONTROLE**

MOTIVO DA  
COLETA:

DENÚNCIA  
ROTINA

RESOLUÇÃO ANVISA  
ABERTURA

BOLETIM DE ANÁLISE  
RETORNO

PROGRAMA  
OUTROS

ALIMENTO  MEDICAMENTO  CORRELATO  COSMÉTICO  SANEANTE DOMISSANITÁRIO  OUTROS:

**1 - LOCAL DA COLETA**

RAZÃO SOCIAL / PESSOA FÍSICA			
NOME DE FANTASIA		AFILIAÇÃO	
CNPJ / CPF		INSCRIÇÃO ESTADUAL / ENTIDADE	
ENDEREÇO (RUA, AV., LOGRADOURO):			
BARRIO / SETOR		Nº	
RESPONSÁVEL TÉCNICO		CEP	
FONE		MUNICÍPIO	
E-MAIL		CATALÃO/GO	
		FONE/FAX	

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO**

MARCA		CATEGORIA		APRESENTAÇÃO	
DATA DE FABRICAÇÃO	DATA DE VALIDADE	LOTE	Nº REGISTRO	VOLUME/PESO	TEMPERATURA
FABRICANTE				TELEFONE/FAX	
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
ENDEREÇO					
LOCALIDADE/ SETOR		MUNICÍPIO		CEP	
				UF	

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Artigo 231 e Parágrafo Único da Lei Estadual nº 15.140/2007

ESPECIFICAÇÃO DA COLETA:

Foram coletadas para fim de Análise \_\_\_\_\_ unidades do produto acima identificado, distribuído em três (03) invólucros, abaixo discriminado:

INVÓLUCRO	LACRE Nº	Unidades	DESTINO
INVÓLUCRO 01	LACRE Nº	Unidades	DESTINO: LACEN
INVÓLUCRO 02	LACRE Nº	Unidades	DESTINO: LACEN
INVÓLUCRO 03	LACRE Nº	Unidades	DESTINO: CONTRAPROVA

**AMOSTRA ÚNICA:** Se a quantidade ou natureza do produto não admira a coleta de amostras de forma acima citada, será feita coleta em apenas um invólucro que será encaminhado ao laboratório oficial para realização de análise fiscal, na presença de seu detentor ou do representante legal da empresa e do perito por ele indicado. Na ausência destas pessoas mencionadas, serão convocadas duas testemunhas para presenciar a análise, cujo laudo será conclusivo. (Parágrafo 2º do artigo 33 do Decreto-lei 986/69, Artigo 232. Parágrafo 1º da Lei Estadual nº 15.140/2007).

Observação:

Fiscal:		Fiscal:	
---------	--	---------	--

Recebi o INVÓLUCRO Nº 03 contendo amostras do produto coletado e identificado para efeito de possível pericia de contraprova, obrigando-me a mantê-lo e conservá-lo adequadamente, conforme o recomendado, na condição de fiel depositário.

Localidade:	Data:	Hora:
-------------	-------	-------

Assinatura do responsável ou representante legal:

Assinatura do responsável ou representante legal:	
---	--

**3 - COMPROVANTE DE ENTREGA NO LABORATORIO CENTRAL - LACEN**

Condições da amostra:		Recibo:	
Temperatura:	Acondicionamento:	Data:	Assinatura e Carimbo LACEN
		Hora:	









Rótulo de Identificação:

Produto:

Data:

Validade:

Assinatura:

Rótulo de Identificação:

Produto:

Data:

Validade:

Assinatura:



ITEM 15

# UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

## FORMULÁRIO DE RETIRADA DE CÓPIA DE PACIENTE

Solicito a retirada do prontuário do paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

por motivos de: \_\_\_\_\_

o mesmo deu entrada na UPA 24 h dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Telefone de contato do paciente: \_\_\_\_\_

**A liberação acontecerá até 10 dias após a solicitação.**

Catalão \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal  
(por extenso)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário

Gratuito Top Digital - 94 3471-0000 / 3471-0000

ITEM 16



*Etiqueta adesiva / Colocar Logotipo da UPA*

## RÓTULO DE SORO

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

Soro: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Composição: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Número de gotas por Minuto: \_\_\_\_\_





**RECEITUÁRIO HOSPITALAR**

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

Serviço: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Uso: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM-GO: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: Pode causar dependência física ou psíquica**

# UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

## FICHA DE CONTROLE PARA ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

Conforme recomendação do Ministério da Saúde  
Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Farmácia: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PATOLGOIA:

Doença Inicial: \_\_\_\_\_

Doença atual: \_\_\_\_\_

Foram solicitados exames para identificação do agente infeccioso: ( ) Sim ( ) Não

Quais exames e data: \_\_\_\_\_

O paciente vinha usando ou usou recentemente algum antibiótico? Qual?(is)?

### IDENTIFICAÇÃO DO ANTIMICROBIANO SOLICITADO:

NOME	DOSE	TEMPO

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE:

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

### IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA:

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

### SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

Parecer: \_\_\_\_\_

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

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO-GO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO  
 DEPARTAMENTO DE COMBATE À ENDEMIAS

0801

## TERMO DE AUTUAÇÃO

ORGÃO AUTUANTE - DEPARTAMENTO DE COMBATE A ENDEMIAS - Rua Afonso Netto Paranhos, Nº 557, Centro

TIPO DE IMÓVEL:

RESIDENCIAL  COMÉRCIO  TERRENO BALDIO  PONTO ESTRATÉGICO  OUTRO

PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA:

CPF / CNPJ:

DENOMINAÇÃO COMERCIAL:

ATIVIDADE:

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Nº.: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

Disposição Legal ou Regulamentar Fundamentada - Artigo 268 Código Penal - Infringir do Poder Público, destinada a impedir introdução ou propagação de doenças contagiosas.

ESPECIFICAÇÃO DA AUTUAÇÃO:

Data da 1ª Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da 2ª Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agente Endemias: \_\_\_\_\_

Localidade

Data:

Hora:

Assinatura do Supervisor Endêmico

Assinatura do Autuado

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Testemunha



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO-GO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO  
 DEPARTAMENTO DE COMBATE À ENDEMIAS

1150

## TERMO DE NOTIFICAÇÃO

ORGÃO AUTUANTE - DEPARTAMENTO DE COMBATE A ENDEMIAS - Rua Afonso Netto Paranhos, Nº 557, Centro

TIPO DE IMÓVEL:

RESIDENCIAL  COMÉRCIO  TERRENO BALDIO  PONTO ESTRATÉGICO  OUTRO

PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA:

CPF / CNPJ:

DENOMINAÇÃO COMERCIAL:

ATIVIDADE:

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

Disposição Legal ou Regulamentar Fundamentada - Artigo 268 Código Penal - Infringir do Poder Público, destinada a impedir introdução ou propagação de doenças contagiosas.

ESPECIFICAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO:

Prazo para cumprimento das exigências: \_\_\_\_\_

O não cumprimento das exigências no caso de intimação, acarretará ao infrator as penalidades previstas nas legislações sanitárias vigentes.

Localidade

Data:

Hora:

Assinatura do Supervisor Endêmico

Assinatura do Autuado

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Testemunha



SMS

DECOVE

Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Combate a Vetores

## OS Nº 0000 Formulário de Serviços DECOVE

 - Disque Dengue - Recuperação de imóveis - Bloqueio - outros \_\_\_\_\_

Nome do morador / Paciente: \_\_\_\_\_

Data da notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data primeiros sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Descrição da reclamação: \_\_\_\_\_

Atendente: \_\_\_\_\_

Tipo de denúncia:  - Anônima  - Identificada \_\_\_\_\_

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

Descrição dos serviços: \_\_\_\_\_

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

Assinatura Supervisor: \_\_\_\_\_

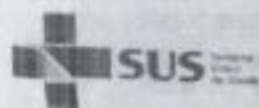
Assinatura Coordenador: \_\_\_\_\_





27/03/2017

FullSizeRender.jpg



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



GOIÁS CONTRA O Aedes - Ficha de Campo Versão 1.1

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

Bairro: \_\_\_\_\_ Quadra: \_\_\_\_\_ Quarteirão de Endemias: \_\_\_\_\_

Referência ou Rua: \_\_\_\_\_

	Tipo de Imóvel				Situação							
	Casa	Comércio	Lote Baldio	Outros (Igreja, Praça, Cemitério)	Imóveis Trabalhados	Imóveis Fechados	Imóveis Recusados	Imóveis com foco	Uso de larvicidas (gramas)	Imóveis recuperados	Uso de larvicidas (gramas) Recuperados	
Rascunhar												
Total												
	TOTAL				TOTAL							← Obs.: Os totais desta linha devem ser iguais!

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

Bairro: \_\_\_\_\_ Quadra: \_\_\_\_\_ Quarteirão de Endemias: \_\_\_\_\_

Referência ou Rua: \_\_\_\_\_

	Tipo de Imóvel				Situação							
	Casa	Comércio	Lote Baldio	Outros (Igreja, Praça, Cemitério)	Imóveis Trabalhados	Imóveis Fechados	Imóveis Recusados	Imóveis com foco	Uso de larvicidas (gramas)	Imóveis recuperados	Uso de larvicidas (gramas) Recuperados	
Rascunhar												
Total												
	TOTAL				TOTAL							← Obs.: Os totais desta linha devem ser iguais!

- Imóveis trabalhados: são os imóveis em que o agente entrou e realizou alguma ação (Ex. educativa, tratamento químico, mecânico, etc.);
- Imóveis com foco: São imóveis trabalhados e que possuem algum caso ou positivo com larva ou pupa de vetes;
- Imóveis fechados: considerar os imóveis inutilizados e os imóveis em que os moradores não se encontram no momento de visita;
- Imóveis recusados: São imóveis com visita recusada pelo morador;
- Imóveis recuperados: São os imóveis trabalhados e que estavam anteriormente fechados e recusados. Não somar esta informação aos imóveis trabalhados;
- Orientações ao encontrar imóvel fechado: observar se é uma situação de abandono e informar nas observações ao encontrar focos que precisam de tratamento posterior informar nas observações.

Responsável pela coleta dos dados: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

ANOTAR PENDÊNCIAS NO VERSO!

Goiania São João - (61) 3441-0225







# BOLETIM DE SUPERVISÃO DIRETA AO AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA

## MUNICÍPIOS INFESTADOS POR AEDES AEGYPTI

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_  VD/LI  
 AGENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  PTPE

### 1. Aspectos observados em relação ao agente

Material de Trabalho incluindo EPIs	Completo	Incompleto	Não dispõe
Aparência	Satisfatório	Insatisfatório	
Uniforme	Completo	Incompleto	Não dispõe
Crachá	Sim	Não	
Uso de EPIs adequados	Satisfatório	Insatisfatório	
(*) Sequência de quarteirões trabalhados	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica	
(*) Sequência de trabalho nos imóveis dentro de cada quarteirão	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica	
(*) Contagem de imóveis sorteados para pesquisa larvária (LI)	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica	
Repassa listagem de imóveis que exijam providências superiores ao supervisor?	Sim	Não	

### 2. Aspectos avaliados em relação às visitas supervisionadas

nº do Quarteirão/nº do imóvel						
Informou sobre o órgão em que trabalha? (S/N)						
Deu explicação sobre o motivo da visita? (S/N)						
Solicitou o acompanhamento do responsável? (S/N)						
O responsável pelo imóvel o acompanhou? (S/N)						
Informou sobre data provável da próxima visita? (S/N)						
Inspeção do imóvel (seqüência de trabalho) (B-M-R)						
Procedimento para pesquisa larvária. (B-M-R)						
Medidas de Controle Mecânico (Sat./Insat.)						
Realização de tratamento químico (B-M-R)						
Diálogo com o responsável pelo imóvel sobre medidas adotadas e/ou a serem providenciadas. (B-M-R)						
Registrou adequadamente os dados no boletim? (S/N)						

(\*) Estes itens não se aplicam a PTPE

Nº de imóveis visitados: \_\_\_\_\_ Nº de visitas com pesquisa larvária: \_\_\_\_\_

Supervisor (nome por extenso): \_\_\_\_\_

Comentários dos itens 1 e 2 (no verso):



# BOLETIM DE SUPERVISÃO INDIRETA AO AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA

## *MUNICÍPIOS INFESTADOS POR AEDES AEGYPTI*

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_  VD/LI  
 AGENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  PTPE  
 Data do trabalho do agente selecionado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 1. Aspectos observados em relação ao agente

Caligrafia legível	Sim	Não
Preenchimento e somatória	Correto	Incorreto
(*) Sequência de quarteirões trabalhados	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica
(*) Sequência de trabalhos nos imóveis a cada quarteirão	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica
(*) Contagem de imóveis sorteados. (LI)	Segue a norma técnica	Não segue a norma técnica
Repassa listagem de imóveis que exijam providências superiores ao supervisor?	Sim	Não

### 2. Aspectos avaliados em relação às visitas supervisionadas

nº do quarteirão/nº do imóvel						
Informou sobre o órgão em que trabalha? (S/N)						
Deu explicação sobre o motivo da visita? (S/N)						
Solicitou o acompanhamento do responsável pelo imóvel? (S/N)						
O responsável pelo imóvel o acompanhou? (S/N)						
Informou sobre a data provável da próxima visita? (S/N)						
Inspeção do imóvel (Sat/Insat)						
Pesquisa larvária (Sat/Insat)						
Medidas de Controle Mecânico. (Sat/Insat)						
Realização de tratamento químico. (Compl./Incompl.)						
O responsável pelo imóvel ficou devidamente orientado sobre como evitar criadouros? (S/N)						
Registrou adequadamente os dados no boletim? (S/N)						

(\*) Estes itens não se aplicam a PTPE

Nº de imóveis visitados: \_\_\_\_\_

Supervisor (nome por extenso): \_\_\_\_\_

Comentários dos itens 1 e 2 (no verso):

## PRÉ-RESUMO SEMANAL DOS TRABALHOS DE CAMPO

MUNICÍPIO:	LOCALIDADE:	CICLO:	SEMANA:
DATA DE INÍCIO:	DATA TÉRMINO:	ÁREA:	ZONA:
TIPO:	URBANA:	RURAL:	LOCALIDADE CONCLUÍDA:

## RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Dia da Semana	Total Quant. Concl.	Nº de Imóveis Trabalhados por Tipo					TOTAL	Total de Imóveis Trabalhados por Atividade			Total de Amostras Coletadas	Pendência				
		Residência	Comércio	T. Baldo	P. E.	Outros		Tratados Focal	Tratados Perifocal	Inspeccionados L. I.		Recusados	Fechadas	Recuperadas		
Segunda																
Terça																
Quarta																
Quinta																
Sexta																
Sábado																
Total Geral																

Dia da Semana	Total de Depósitos Inspeccionados por Tipo					Total Geral	Depósitos Eliminados	Larvicida			Adulticida					
	A1	A2	B	C	D1			D2	E	Tipo	Qt. gramas	Qt. dep. trat.	Tipo	Qt. Cargas		
Segunda																
Terça																
Quarta																
Quinta																
Sexta																
Sábado																
Total Geral																

## RESUMO DO LABORATÓRIO

	Nº de Depósitos com Espécimes por Tipo					Total	Depósitos Eliminados	Larvicida			Adulticida																			
	A1	A2	B	C	D1			D2	E	Tipo	Qt. gramas	Qt. dep. trat.	Tipo	Qt. Cargas																
Com Aedes aegypti																														
Com Aedes albopictus																														
Nº de Imóveis com Espécimes por Tipo																														
	Residência					Comércio					Terreno Baldo					P. E.					Outros					TOTAL				
Com Aedes aegypti																														
Com Aedes albopictus																														
Nº de Exemplares																														
	Larvas					Pupas					Exúvia de Pupa					Adultos														
Com Aedes aegypti																														
Com Aedes albopictus																														
Quant. de Aedes aegypti																														
Quant. de Aedes albopictus																														





RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº imóveis trabalhados por tipo					Nº imóveis					Nº Tubos/ Amostras Coletadas		Pendência		Nº depósitos inspecionados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados	Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	O1	O2	E	Total

TB - Terreno Baixo PE - Ponto Estratégico

Eliminado	Depósitos						Tipo (Oble (Cargas))	Nº e seq. dos quarteirões trabalhados												
	Tratados			Larvicida (2)				Nº e seq. dos quarteirões concluídos												
	Larvicida (1)	Qlde. dep. Trat.	Qlde. (Gramas)	Qlde. (Gramas)	Qlde. (Gramas)	Qlde. dep. Trat.														

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti										Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

	Nº depósitos com espécimes por tipo					Nº de imóveis com espécimes, por tipo					Nº de exemplares				
	A1	A2	B	C	Total	R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos
Com Aedes aegypti															
Com Aedes albopictus															

A1 - Caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)  
 D1 - Pneu e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucata, entulhos  
 B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos  
 E - Depósitos naturais

TB - Terreno Baixo PE - Ponto Estratégico

Data da entrada: / / Laboratório: \_\_\_\_\_

Data da conclusão: / / Laboratorista: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_









SUS

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	CICLO/ANO	08	DATA INÍCIO	09	DATA FINAL	10	CONCLUÍDO?	11	SEM. EPIDEM.
			1. ERRO 2. OUTROS				/	/	/	/	7 8. SIM 9. NÃO	/	/

12	1-LI - LEVANTAMENTO DE ÍNDICE		2-LI+T - LEVANTAMENTO DE ÍNDICE+TRATAMENTO		3-PE - PONTO ESTRATÉGICO		4-PE - PESQUISA VETTORIA ESPECIAL																		
4-T - TRATAMENTO		5-DF - DELIMITAÇÃO DE FOCO		6-PVE - PESQUISA VETTORIA ESPECIAL		PENDÊNCIA																			
13	TOTAL	Nº IMÓVEL TRABALHADO POR TIPO		Nº IMÓVEIS		PENDING																			
14	QUART. CONCIL.	14	Residência	15	Comércio	16	8	17	18	19	TOTAL	20	Trat. Focal	21	Trat. Parcial	22	Inspeção	23	Ativ. Corrida	24	Recusa	25	Faltados	26	Recusados

7B - TERRENO BALDIO		PE - PONTO ESTRATÉGICO		Nº DEPOSITOS INSPECIONADOS POR TIPO		DEPOSITO ELIMINADO											
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	TOTAL	35	TOTAL

LAVICIDA (1)		DEPOSITOS TRATADOS		LAVICIDA (2)		ADULTICIDA													
36	TIPO	37	QTD. (GRAMAS)	38	QTD. DEP. TRAT.	39	TIPO	40	QTD. (GRAMAS)	41	QTD. DEP. TRAT.	42	TIPO	43	QTD. (CARGAS)	44	TOTAL DIAS TRABALHADOS NA SEMANA	45	TOTAL DE AGENTES NA SEMANA

RESUMO DO LABORATÓRIO

COM AEDES AEGYPTI		Nº DEPOSITOS COM ESPÉCIMES POR TIPO		COM AEDES ALBOPICTUS		Nº DE EXEMPLARES									
40	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	TOTAL

A1 - CAIXA D'ÁGUA (ELEVADO)  
 A2 - OUTROS DEPOSITOS DE ARMAZENAMENTO DE ÁGUA (BAIXO)  
 D1 - PNEUS E OUTROS MATERIAIS RODANTES  
 D2 - LIXO (RECIPIENTES PLÁSTICOS, LATAS) SUÇATAS, ENTULHOS  
 B - PEQUENOS DEPOSITOS MOVERS  
 E - DEPOSITOS NATURAIS  
 C - DEPOSITOS FIXOS

COM AEDES AEGYPTI		Nº DE IMÓVEIS COM ESPÉCIMES, POR TIPO		COM AEDES ALBOPICTUS		Nº DE EXEMPLARES													
54	RESIDÊNCIA	55	COMÉRCIO	56	TERRENO BALDIO	57	PONTO ESTRATÉGICO	58	OUTROS	59	TOTAL	60	LARVAS	61	PUPAS	62	EXOVA DE PUPA	63	ADULTOS

64	Nº E SEQ. DOS QUARTERÕES COM AEDES AEGYPTI		65		Nº E SEQ. DOS QUARTERÕES COM AEDES ALBOPICTUS		66		Nº E SEQ. DOS QUARTERÕES COM AEDES AEGYPTI + AEDES ALBOPICTUS	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

67	VISTO DO SUPERVISOR	68	DATA DO VISTO
----	---------------------	----	---------------





Secretaria Municipal de Saúde  
Centro Integrado Odonto Médico – Área da Prótese

Paciente: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: \_\_M\_\_  F Raça/cor: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

Telefone (s): \_\_\_\_\_

Serviço a ser realizado: \_\_PT sup\_\_ \_\_PT inf\_\_ \_\_PPR sup\_\_ \_\_PPR inf\_\_ \_\_Pino/Coroa

Data

Procedimento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Moldagem  Confecção nichos  Prova da estrutura  
 Registro cera  Prova dentes  Instalação



Nome do Paciente: _____ _____ _____		NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: <b>GO</b> SVS <b>5-K</b> NÚMERO <b>9743</b>		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Unidade de Saúde <b>DR. SILVIO PASCHOAL</b> CNPJ 03.532.681/0001-98 Rua Manoel Pires, 107 - Centro - CEP 75.179-473 - Caldas Novas - GO		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA _____ _____	
Medicamento/Substância: _____ _____ _____		de _____ de _____ do _____ Data Paciente		ASSINATURA DO EMITENTE _____ ENDEREÇO: _____ _____ _____		DOSE POR UNIDADE FISIOLÓGICA _____ FISIOLÓGICA _____	
Dose por unidade fisiológica: _____ _____ _____		Quant.: _____ / _____ / _____ Médico: _____		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR _____ _____ _____ NOME DO VENDEDOR: _____ DATA: _____	
Nº <b>09743</b>		GO - Av. 20 de Agosto, 1229 - CEP 75.179-870/0001-90 - Ins. 10.006.016-1 - Crédito-80 - Av. 20216/2017 - IB 216.100x1 de K 0.0001 a K 0.0000 - N. N. de 17/Jul/2017					

ITEM 37

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)		Influenza (Gripe)		

F. Amarela	Outras Vacinas			

ITEM 37

Vacinas da Infância

	1°	2°	3°	R
Tuberculose BCG	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Haemophilus B	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Difteria, Tétano, Coqueluche	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Poliomielite	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Sarampo	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Febre Amarela	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Sarampo, Caxumba, Rubéola	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Hepatite B	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

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

Gratuito São João - Curitiba-PR



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Fundação Nacional de Saúde

Secretarias Estadual e Municipal de Saúde



**CATALÃO**

Estado que cuida e faz.

**CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO**

Nome:

Tipo Sanguíneo:

RG/Órgão Emissor:

Data Nascimento:

Endereço:

Cidade:

UF:

Fone:





Data	Controle	Data	Controle
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	

Gráfica São João - Catalão-GO



Prefeitura Municipal  
de Catalão

Secretaria Municipal  
de Saúde

Agentes Comunitários  
de Saúde

### **Controle de Pressão Arterial**

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_









Centro Municipal de Diagnósticos  
Dr. Silvio Paschoal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura de Catalão

*CMD*

Antecedentes Epidemiológicos		Continuação da Requisição - Página 2		
Antecedentes Epidemiológicos	40	Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	41	Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não
		42	Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [ 99 ] Não informado [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica	
	43	Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	44	Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaína Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaína injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras
	45	Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica [ 99 ] Não informado		
Informações de Uso de Preservativos	46	Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transexuais [ 99 ] Não informado [ 2 ] Mulheres [ 98 ] Não se aplica		
	47	Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. seingas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [ 99 ] Não informado [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão vertical [ 97 ] Outros		
	48	Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [ 1 ] Usou todas as vezes [ 4 ] Usou mais da metade das vezes [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado	49	Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado
Informações de Uso de Preservativos	50	Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confiar no parceiro [ 11 ] Negociou não usar [ 17 ] Disfunção sexual [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/álcool [ 12 ] Não tinha informação [ 18 ] Violência sexual [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado		
	51	Risco do Parceiro Fixo [ 1 ] Relações bissexuais [ 3 ] Usuário de drogas injetáveis [ 5 ] Soropositivo p/ HIV [ 7 ] Outros [ 99 ] Não informado [ 2 ] Transfusão de sangue/hemofílico [ 4 ] Uso de outras drogas [ 6 ] Tem ou teve DST [ 98 ] Não se aplica		
	52	Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [ 1 ] Usou todas as vezes [ 4 ] Usou mais da metade das vezes [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado	53	Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado
	54	Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confiar no parceiro [ 11 ] Negociou não usar [ 17 ] Disfunção sexual [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/álcool [ 12 ] Não tinha informação [ 18 ] Violência sexual [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado		
Recorte	55	Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [ 1 ] População em geral [ 4 ] Profissional do sexo [ 7 ] Usuário de outras drogas [ 12 ] Travesti/Transexual [ 2 ] População confinada [ 5 ] Homem que faz sexo com homem [ 8 ] Pessoa vivendo com HIV/aids [ 13 ] Pessoa em exclusão social [ 3 ] Caminhoneiro [ 6 ] Usuário de drogas injetáveis [ 9 ] Portador de DST [ 14 ] Portador Hepatite B/C/D [ 10 ] Hemofílico e politransfundido [ 15 ] Estudante [ 11 ] Profissional de saúde [ 97 ] Outros		
Encaminhamentos Pós-Teste	56	Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 7 ] Tratamento para hepatites [ 2 ] Repetir exame HIV/Inconclusivo [ 8 ] Tratamento para HIV [ 3 ] Repetir Janela imunológica [ 9 ] Repetir ex. Hepatite/incon. [ 4 ] Repetir exame/2ª amostra [ 10 ] Tratamento de Sífilis [ 5 ] Assistência psicossocial [ 11 ] Vacina Hepatite B [ 6 ] Tratamento de DST [ 97 ] Outros		
	57	Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste		
Resultado Laboratorial	58	Orientador da Entrega		
	59	Materias / Preser. fornecidos:		
	Dados de Resultado			
Resultado Laboratorial	60	Data da Entrega	61	HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [ 1 ] Elisa [ 2 ] Teste rápido Resultado Triagem Resultado Final
	62	Hepatite B C Anti-HCV D Anti-HDV	63	Sífilis VDRL Titulação: [ ] Doença Ativa [ ] Cicatriz Sorológ.
	64	Especificar Outras Doenças e Seus Resultados Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado		



Ministério da Saúde  
PN-DST/AIDS

CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO  
FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

Nº Requisição

Dados Orientação	1 Local (Instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)	
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA	[1] Individual [2] Coletiva	[3] Nenhuma [4] Individual e Coletiva
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	[1] Sim [2] Não	6 Vai Fazer Coleta	7 1ª Amostra
			[1] Sim [2] Não	[1] Sim [2] Não
			9 Teste Nominal	10 Mostra Nome Etiqueta
			[1] Sim [2] Não	[1] Sim [2] Não

Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha			
	13 Sexo	14 Gestante	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal)
	[1] Masc. [2] Fem.	[1] Sim [2] Não			[1] Casado/Amigado [2] Solteiro(a) [3] Separado [4] Viúvo [99] Não infor
	18 Raça/Cor	19 Escolaridade (anos estudos concluídos)		20 Ocupação	
	[1] Branca [2] Preta [3] Amarela [4] Parda [5] Indígena [99] Ignorado	[1] Nenhuma [2] De 1 a 3 [3] De 4 a 7 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado			
21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe				

Autorizar p/ Contato	23 Permite Contato *	24 Tipo de Contato		
	[1] Sim [2] Não	[1] Telefone [2] Correo [3] e-mail [4] Visita Domiciliar [5] Outros:		

Assinatura do Usuário

\* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.

Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número
	28 Município	29 Bairro	30 UF
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona
			[1] Urbana [2] Rural
		34 País (se residente fora do Brasil)	

## Dados Complementares

Dados de Requisição	35 Motivo da Procura		36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)		
	[1] Exposição a situação de risco [2] Encaminhado por serviço de saúde [3] Encaminhado por banco de sangue [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [5] Sintomas relacionados a AIDS [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [7] Conhecimento de status sorológico [8] Exame pré-natal [9] Conferir resultado anterior	[10] Janela imunológica [11] Suspeita de DST [12] Prevenção [13] Exame pré-nupcial [14] Testagem para hepatite [15] Contato domicil. p/ hepatites [16] Oficina em escola [97] Outros: [99] Não informado	[1] Material de divulgação [2] Amigos/Usuários do serviço [3] Jornais/Rádio/Televisão [4] Banco de sangue [5] Serviço/Profissional de Saúde [6] Serviços de informação telef.	[7] ONG [8] Internet [9] Campanha [10] Escola [97] Outros: [99] Não informado	
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)	38 Local Encaminhamento			
[1] Nenhum [2] Repetir Exame/Inconclusivo [3] Repetir Ex. Janela imunológica [4] Repetir Exame /2ª amostra [5] Assistência Psicossocial	[6] Tratamento de DST [7] Orientações Gerais [8] Realizar ex. HIV [9] Realizar Ex. Sífilis [10] Realizar hepatite B	[11] Realizar hepatite C [12] Realizar hepatite D [13] Realizar todos os Exames [97] Outros			

Notas da orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - GO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATALÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO



## TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE.

A ser preenchido pelo(a) médico(a)

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ registrado(a) no Conselho Regional de Medicina do Estado de \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  feminino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de Talidomida.

1. Informe, verbalmente, à paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez; que não evita filhos; e que não provoca aborto. Portanto, somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe, verbalmente, que a Talidomida, também, pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo-abdome agudo.
3. Informe, verbalmente, ao paciente que poderá ser responsabilizado(a) na justiça, caso repasse o medicamento à base de Talidomida a outra pessoa; caso deixe alguém tomar o medicamento no seu lugar; ou usá-lo indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e durante 30 dias após o término e informe à sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que, em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à autoridade sanitária competente que providenciará a sua inutilização.
7. Certifique-me que o(a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a): \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pela paciente

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_ Cidade de \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_, recebi, pessoalmente, as informações do prescritor sobre o tratamento e:

não concordo com o tratamento e não utilizarei a Talidomida.

Assinatura \_\_\_\_\_

concordo que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.


Assinatura \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável caso o(a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de se locomover.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas as orientações do prescritor ao(a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



 **Receituário Hospitalar**

Paciente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Uso: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_


Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM-GO: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO - Pode causar dependência física ou psíquica**

Gráfica Top Digital - 84 3411-0256 / 3411-0280

ITEM 44

 **Receituário Hospitalar**

Paciente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Uso: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_


Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM-GO: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO - Pode causar dependência física ou psíquica**

Gráfica Top Digital - 84 3411-0256 / 3411-0280

ITEM 45

 **Receituário Hospitalar**

Paciente: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Uso: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM-GO: \_\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO - Pode causar dependência física ou psíquica**

Gráfica Top Digital - 84 3411-0256 / 3411-0280



C 57

Kitubo para sono autoadesivo

UPA 24h	UPA 24h	UPA 24h	UPA 24h
Paciente:	Paciente:	Paciente:	Paciente:
Medicação:	Medicação:	Medicação:	Medicação:
Início: _____ Hs	Início: _____ Hs	Início: _____ Hs	Início: _____ Hs
Término: _____ Hs	Término: _____ Hs	Término: _____ Hs	Término: _____ Hs
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

**O QUE TRAZER PARA A MATERNIDADE?**

- 1º 2º FASE DO TESTE DA MAMÃE
- CARTÃO DE VACINA DA MAMÃE

**A BOLSA DA MAMÃE:**

02 PACOTES DE ABSORVENTES NOTURNO;  
01 CHINELO DE BANHO;  
03 JOGOS DE CAMISOLA FÁCIL ACESSO PARA AMAMENTAÇÃO;  
05 CALCINHAS NO TAMANHO UTILIZADO NO 4º MÊS DE GESTAÇÃO;  
01 TROCA DE ROUPA COMPLETA PARA O DIA DA ALTA;  
03 TOALHAS; 03 SUTIÃS DE AMAMENTAÇÃO;  
PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL

**A BOLSA DO BEBÊ:**

02 PACOTES DE FRALDA TAMANHO P;  
05 CONJUNTOS, PAHGAN COM ALÇA (BORI);  
05 MACACÕES DE ACORDO COM O CLIMA;  
04 TOALHAS PARA O BEBÊ;  
05 PARES DE LUVAS DE MALHA;  
05 PARES DE MEIAS;  
05 PARES DE SAPATOS;  
01 SABONETE NEUTRO;  
01 COBERTOR;  
01 MANTA





















# Hospital Materno Infantil Dr. Willian Safatle

## UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sang: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_ Sorologia: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sang: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_ Sorologia: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
 Residência: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Obstetra: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PRÉ-NATAIS E PARTO

1 - Pré-Natal: \_\_\_\_\_  
 2 - Última menst: \_\_\_\_\_  
 3 - Sintomas na atual gestação: \_\_\_\_\_  
 4 - Bolsa D'água: \_\_\_\_\_  
 5 - Apresentação: \_\_\_\_\_  
 6 - Pato: \_\_\_\_\_  
 7 - Apgar: \_\_\_\_\_  

	1 min.:	5 Min.:
Frequência Cardíaca	0 - 1 - 2	0 - 1 - 2
Esforço Respiratório	0 - 1 - 2	0 - 1 - 2
Tônus Muscular	0 - 1 - 2	0 - 1 - 2
Resposta ao Catéter	0 - 1 - 2	0 - 1 - 2
Cor	0 - 1 - 2	0 - 1 - 2

8 - Aspiração Nasogástrica: \_\_\_\_\_ 9 - Oxigênio: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

Sexo: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Compr.: \_\_\_\_\_ PC.: \_\_\_\_\_ PT.: \_\_\_\_\_  
 Quarto: \_\_\_\_\_  
 01 - Pele: \_\_\_\_\_  
 02 - Cabeça: \_\_\_\_\_  
 03 - Fontanelas: \_\_\_\_\_  
 04 - Facies: \_\_\_\_\_  
 05 - Olhos: \_\_\_\_\_  
 06 - Ouvidos: \_\_\_\_\_  
 07 - Narinas: \_\_\_\_\_  
 08 - Boca: \_\_\_\_\_  
 09 - Orofaringe: \_\_\_\_\_  
 10 - Pescoço: \_\_\_\_\_  
 11 - Gânglios: \_\_\_\_\_  
 12 - Tórax: \_\_\_\_\_  
 13 - Clavícolas: \_\_\_\_\_  
 14 - Ap. Circulatório: \_\_\_\_\_  
 15 - Ap. Respiratório: \_\_\_\_\_  
 16 - Abdome: \_\_\_\_\_  
 17 - Cordão Umbilical: \_\_\_\_\_  
 18 - Baço: \_\_\_\_\_  
 19 - Fígado: \_\_\_\_\_  
 20 - Genitália Externa: \_\_\_\_\_  
 21 - Anus: \_\_\_\_\_  
 22 - Ap. Locomotor: \_\_\_\_\_  
 23 - Sistema Nervoso: \_\_\_\_\_  
 24 - Tônus Muscular: \_\_\_\_\_  
 25 - Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 26 - Reflexo Vermelho: \_\_\_\_\_  
 27 - Capurro: \_\_\_\_\_







RESUMO DO ATO CIRÚRGICO

Ferida Operatória:  Limpa  Potencialmente Contaminada  Contaminada  Infectada**BOLETIM DE ANESTESIA**Classificação ASA:  I  II  III  IV  V  VI

Idade	Peso	P.A.	Pulso	Temp.	G. Sanguíneo
Ap. Circulatório			Ap. Respiratório		
Ap. Digestivo			Sistema Nervoso		
Anestesias anteriores					
Pré-anestésico			Hora		Efeito

Oxigênio	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
Líquidos						
O RESP.	280 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 00					
VP A MAX VP A MIN						
PULSO						

**AGENTES**
 Posição: \_\_\_\_\_  
 Técnica: \_\_\_\_\_  
 Entubação: \_\_\_\_\_  
 Condições: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRA  
AssinaturaANESTESISTA  
Assinatura / CarimboCIRURGIÃO  
Assinatura / Carimbo

