



## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

**ATENÇÃO SENHORES MÉDICOS (AS):**

**Somente serão consideradas as solicitações devidamente preenchidas.**

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Cartão Hospital Escola: \_\_\_\_\_

### 2 – DADOS CLINICOS

Dados clínicos / Exame físico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames já realizados e resultados que colaboram para a realização do exame solicitado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipótese (s) diagnóstica (as): \_\_\_\_\_

### 3 – EXAME SOLICITADO

Exame solicitado: \_\_\_\_\_

Especificar a necessidade de contraste e/ou sedação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Médico (a) solicitante: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

### 4 – AUTORIZAÇÃO

\_\_\_\_\_

Secretaria Municipal de Saúde

Carimbo CISMAS / SUS

PREPARO: SIM ( ) Anexo NÃO ( )

## LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

ÓRGÃO DE ORIGEM:		CÓDIGO:	ANEXO AO PEDIDO N.º:
NOME DO PACIENTE:			DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____
IDENTIDADE:	CPF	CARTÃO SUS:	
ENDEREÇO:			
NOME DO ACOMPANHANTE:			
RELAÇÃO COM O PACIENTE:			
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:		CID 10:	
4 – PRINCIPAIS RESULTADOS/EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – TRATAMENTO / EXAME INICIADO:			
7 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE:			

8 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:

9 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

10 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL. JUSTIFICAR:

11 – OUTRAS ANOTAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

12 – PARECER DO MÉDICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. EM FACE DOS RECURSOS MÉDICOS – ASSISTÊNCIA DO SUS EXISTENTE NESTE MUNICÍPIO:

Autorizo

O deslocamento do(a) paciente pelo TFD.

Não autorizo

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

13 – O paciente deverá comparecer à unidade assistência:

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

---

---

## LIBERAÇÃO DE MEDICAMENTOS

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

USUÁRIO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Após avaliação socioeconômica, atesto que o Senhor (a) acima descrito, necessita da liberação do medicamento \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, conforme consulta de valor realizada na farmácia licitada pela Prefeitura Municipal.

Responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Telefone: (35) \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

---

**Benito Soares Cunha**

Assistente Social

CRESS – 15.910

SECRETARIA MUNICIPAL DE

**SAÚDE**

PRANGUINHO - MG

SEMEANDO SAÚDE



# Memorando

DATA:

REMETENTE:

ASSUNTO:

DESTINATÁRIO:



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONTROLE ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS

Nº	Nome da Paciente	Data Nasc.	CNS	Procedimento	Medicação	Responsável Aplicação	Assinatura Paciente
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONTROLE GLICEMIA CAPILAR

Nº	Nome da Paciente	Data Nasc.	CNS	Jejum	Pós Prandial	Responsável Aplicação	Assinatura Paciente
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONTROLE REALIZAÇÃO DE INALAÇÃO

Nº	Nome da Paciente	Data Nasc.	CNS	Medicação	Responsável Aplicação	Assinatura Paciente
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONTROLE HIPERTENSOS - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Nº	Nome da Paciente	Data Nasc.	CNS	Pressão Arterial	Responsável Aplicação	Assinatura Paciente
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						





# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONTROLE REALIZAÇÃO CURATIVOS

Nº	Nome da Paciente	Data Nasc.	CNS	Medicação Tópica Administrada	Responsável pelo Curativo	Assinatura Paciente
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						



R1 ( )  
R2 ( )  
R3 ( )

## PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

Nº \_\_\_\_\_

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### 2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

Histórico de saúde atual e passado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Uso de medicamentos, alergias, hábitos nocivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3 - ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS GERAIS

Histórico de tratamento odontológico, reação à anestésico local, dificuldade de coagulação / cicatrização ou outras intercorrências: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resistência ao tratamento odontológico: S ( ) N ( ) Causa: \_\_\_\_\_

Queixa odontológico principal: \_\_\_\_\_

Histórico da queixa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF NÚMERO

MG 10 157416

Série B

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Data

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Unidade Básica de Saúde de Piranguinho

S.R.S Pouso Alegre - Piranguinho - MG  
CRM/CRMV/CRO: 46755 - Clínica Médica

Endereço: Rua Olegário Maciel, 199 - B. Santa Efigênia  
CEP: 37508-000 - Piranguinho - Minas Gerais

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

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacéutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Data

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE PIRANGUINHO**

Rua Olegário Maciel, s/nº - Bairro Santa Efigênia  
Tel.:(35) 3644-1225 - Piranguinho - MG

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico _____ DATA ____/____/____

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DE PIRANGUINHO**

Rua Olegário Maciel, s/nº - Bairro Santa Efigênia  
Tel.:(35) 3644-1225 - Piranguinho - MG

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

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

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ / /

DATA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO**



**SUS** - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**UBS** - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Empty rectangular box for the prescription content.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO**



**SUS**  
**UBS**

- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Blank area for the prescription.



**RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO**

N.º Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

N.º Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

N.º Tubitos / Amostras coletadas

Pendência	
Recusa	Fechado

N.º Depósitos Inspeccionadas por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL

TB – terreno Baldio

PE – Ponto Estratégico

Depósitos						
Eliminado	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

N.º e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N.º e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**RESUMO DO LABOTÓRIO**

N.º e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N.º e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N.º depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Com Aedes aegypti								
Com Aedes albopictus								

N.º de imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
Com Aedes aegypti						
Com Aedes albopictus						
Outros						

N.º de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia dde pupa	Adultos

TB – terreno Baldio

PE – Ponto Estratégico

A1 – caixa d’água (elevado)

D1 – Pneus e outros materiais rodantes

A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B – Pequenos depósitos móveis

E – Depósitos Naturais

C – Depósitos fixos

Data de entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO



**SUS**  
**UBS**

- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

## Relatório de atendimento médico

Horário de Chegada \_\_\_\_\_ hs. Horário de Saída \_\_\_\_\_ hs.

O Sr. (a) \_\_\_\_\_

### Compareceu a esta UBS para:

- 1 - Consulta \_\_\_\_\_
- 2 - Acompanhar familiar \_\_\_\_\_
- 3 - Fazer exame de laboratório \_\_\_\_\_
- 4 - Marcar exames \_\_\_\_\_
- 5 - \_\_\_\_\_

Outrossim comunicamos que

- Nada apresenta que o impossibilite ao trabalho
- Deverá permanecer em repouso no horário acima
- Deverá permanecer em repouso no período da manhã
- Deverá permanecer em repouso no período da tarde
- Deverá permanecer em repouso no dia de hoje
- Deverá permanecer em repouso no período de \_\_\_\_\_ ( ) dias.

Carimbo do responsável

INDISPENSÁVEL

CID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

### Sr. Médicos / ou

- 1 - É proibido por lei justificar dias anteriores a consulta.
- 2 - Seja cauteloso na emissão de atestados.
- 3 - Afaste o paciente por tempo estritamente necessário.

**Visão:** Acolher e cuidar do ser humano, valorizar a dedicação dos profissionais, conquistar e auto-sustentabilidade, tomando-se assim, referência regional em saúde.

**Missão:** Oferecer soluções em saúde para todos através de um ambiente harmonioso, seguro e acolhedor, com responsabilidade social e crescimento pessoal continuado, atingindo resultados efetivos.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO**



**SUS**

*Secretaria Municipal de Saúde*

**REQUISIÇÃO PARA EXAMES**

AO SERVIÇO DE:            ( ) RAIOS X            ( ) LABORATÓRIO

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: \_\_\_\_\_ ID. \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Cartão HE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO CLÍNICA:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

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

DATA

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

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF **MG** CNES da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Nº Protocolo \_\_\_\_\_  
 Unidade de Saúde \_\_\_\_\_  
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Código Município **3151008** Município **PIRANGUINHÓ** Prontuário \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS\*\*\*\* \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) paciente\* \_\_\_\_\_

Apelido do(a) paciente \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe\* \_\_\_\_\_

CPF \* \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade\* \_\_\_\_ Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia \_\_\_\_\_

Dados Residenciais

Logradouro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ UF **MG**

Código Município **315110108** Município **PIRANGUINHÓ**

CEP **37508-000** DDD **35** Telefone \_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

Escolaridade  Analfabeto(a)  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

**DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)**

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

- Sim, mama direita  
 Sim, mama esquerda  
 Não

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?\*

- Sim  
 Não  
 Não sabe

\* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

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

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

- Sim  
 Nunca foram examinadas anteriormente  
 Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

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

- Sim, mama direita \_\_\_\_\_  
 Sim, mama esquerda \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

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

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

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

INDICAÇÃO CLÍNICA\*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

**Mama direita**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina

Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup     UQmed     UQinf     RRA     PA

Espessamento:

Localização

QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup     UQmed     UQinf     RRA     PA

Linfonodo palpável     Axilar     Supraclavicular

**Mama esquerda**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina

Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup     UQmed     UQinf     RRA     PA

Espessamento:

Localização

QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup     UQmed     UQinf     RRA     PA

Linfonodo palpável     Axilar     Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

**Mama direita**

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

**Mama esquerda**

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

**Mama direita**

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

**Mama esquerda**

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita  
 Mama esquerda

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

**Mama direita**

Categoria 0  
 Categoria 3  
 Categoria 4  
 Categoria 5

**Mama esquerda**

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

**Mama direita**

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

**Mama esquerda**

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação\*

Responsável\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

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

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

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

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

Localização:

**QSL** - Quadrante superior lateral  
**QIL** - Quadrante inferior lateral  
**QSM** - Quadrante superior medial  
**QIM** - Quadrante inferior medial  
**UQlat** - União dos quadrantes laterais  
**UQsup** - União dos quadrantes superiores

**UQinf** - União dos quadrantes inferiores  
**UQmed** - União dos quadrantes mediais  
**RRA** - Região retroareolar  
**RC** - Região central (união de todos os quadrantes)  
**PA** - Prolongamento axilar  
**NR** - Não realizado



**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório\*

\_\_\_\_\_

Número do Exame\*

\_\_\_\_\_

Nome do Laboratório\*

\_\_\_\_\_

Recebido em:\*

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

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**

**AValiação Pré-analítica**

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_
- Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:\*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL\***

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
  - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
  - Sangue em mais de 75% do esfregaço
  - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
  - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
  - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
  - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
  - Outros, especificar \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim       Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

- Escamosas:       Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)  
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

- Glandulares:       Possivelmente não neoplásicas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida:  Possivelmente não neoplásicas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:       Cervical  
 Endometrial  
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico:

\_\_\_\_\_

Responsável\*

\_\_\_\_\_

Data do Resultado\*

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

CPF

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE – PNCD  
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL**

**01 Controle Digitação**

02	<b>Município</b>	03	<b>Código e nome da localidade</b>	04	<b>Zona</b>
	<b>PIRANGUINHO</b>				

05	<b>Categ. Localid.</b>	06	<b>Tipo</b>	07	<b>Ciclo/ano</b>	08	<b>Data início</b>	09	<b>Data final</b>	10	<b>Concluído</b>	11	<b>Sem. Epidem.</b>
			1.Sede 2.Outros		/		---/---/---		---/---/---				

12	<b>Atividade</b>											
	1. LI - Levantamento de índice			2.LI +T – Levantamento de índice + tratamento			3.PE – Ponto Estratégico					
	4.T - Tratamento			5.DF – Delimitação de foco			6.PVE – Pesquisa Vetorial Especial					

<b>RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO</b>													
N.º Imóveis trabalhados por tipo							N.º Imóveis				Pendência		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Total quart. concl	Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionado	Amostras Coletadas	Recusa	Fechado	Recuperados

TB – Terreno Baldio PE – Ponto Estratégico

N.º depósitos inspecionados por tipo												35	<b>Depósito Eliminado</b>	
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	34	Total	

Depósitos Tratados											Adulticida		44	Total de Agentes na Semana	45	Total dias trabalhados na semana
Larvicida (1)					Larvicida (2)						42	43				
36	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38	Qt. Dep. trat	39	Tipo	40	Qtde. (Grams)	41	Qt. Dep. trat	Tipo	Qtde. Cargas			

<b>RESUMO DO LABORATÓRIO</b>																
N.º depósitos com espécimes por tipo																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
Com Aedes aegypti																
Com Aedes albopictus																

A1 – caixa d'água (elevado)      A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)      B – Pequenos depósitos móveis      C – Depósitos fixos  
D1 – Pneus e outros materiais rodantes      D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos      E – Depósitos Naturais

N.º de imóveis com espécimes, por tipo										N.º de exemplares									
	5	Residência	5	Comércio	5	Terreno Baldio	5	Ponto Estratégico	5	Outros	5	6	Larvas	6	Pupas	6	Exúvia Pupa	6	Adultos
Com Aedes aegypti																			
Com Aedes albopictus																			
Outros																			

64	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti			

65	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes Albopictus			

66	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti + Aedes Albopictus			

67	Visto do Supervisor	68	Data do Visto











PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**SUS** CONSULTAS

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ H.

Dr.(a): \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

É obrigatória a apresentação do Cartão Amarelo,  
devidamente preenchido com o número do Cartão SUS.  
Sem o mesmo não haverá atendimento.





**É OBRIGATÓRIO TRAZER ESTA FICHA PREENCHIDA, SEM ELA NÃO HAVERÁ COLETA.**



**CADASTRO DE PACIENTE – COLETA EXAMES LABORATORIAIS**

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

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_ **CNS:** \_\_\_\_\_

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

**Mãe:** \_\_\_\_\_

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos em uso:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ATENÇÃO DIABÉTICOS

1. Não fume, não abuse do álcool.
2. Cuide de seus diabetes.
3. Verifique os pés diariamente a procura de lesões.
4. Lave os pés diariamente com água morna e seque bem entre os dedos.
5. Mantenha a pele hidratada (usando cremes)  
**IMPORTANTE: Não passe o creme entre os dedos.**
6. Use sapatos confortáveis sempre com meias  
**NÃO ANDE DESCALÇO.**
7. Proteja os pés do calor e do frio.
8. Não cruzar ou sentar sobre as pernas.
9. Consulte um médico a cada 3 meses.
10. Não corte as unhas com tesoura, usar lixas para isso.

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**  
PIRANGUINHO - MG  
SEMEANDO SAÚDE



SECRETARIA  
MUNICIPAL SAÚDE

## CONTROLE DA DIABETES

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

**"TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO AO PROCURAR O SERVIÇO  
DE SAÚDE"**



## ATENÇÃO

- Visando a segurança dos usuários, informamos que os medicamentos somente serão entregues à parentes próximos: pai, mãe, irmão(ã), esposo(a) e filho(a) acima de 18 anos.
- As medicações serão entregues somente na data da próxima retirada.
- Só serão entregues os medicamentos conforme a prescrição médica, não cabendo a farmácia a troca por outra medicação semelhante, ou outra forma de uso.
- A medicação é de uso pessoal, apenas o médico pode indicar o melhor medicamento para você, portanto não dê seu medicamento a ninguém e nem faça uso excessivo do mesmo.

**UBS - SMS**

TIPOGRAFIA *Santa Rita* | 35 3471-1128

## Controle de Medicação

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

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

**TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO**

**FIQUE ATENTO COM A DATA CORRETA DA  
RETIRADA DE SEU MEDICAMENTO**



## ATENÇÃO HIPERTENSOS

1. Substitua o sal por temperos naturais (limão, alho, cebola, cheiro-verde, orégano, cominho, coentro, manjeriço).
2. Substituir gorduras animais por óleos vegetais (óleo de soja, milho ou girassol).
3. Evitar açúcar e doces.
4. Retirar o saleiro da mesa.
5. Evitar frituras.
6. Consumir alimentos que sejam fonte de fibras, como frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes, de preferência crus.
7. Evitar os alimentos industrializados, embutidos, conservas e enlatados (salsicha, linguiça, presunto, salame, molhos prontos, ketchup e caldos).
8. Evitar salgadinhos para aperitivo (batata frita, amendoim salgado).
9. Consulte um médico a cada 3 meses.

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**  
PIRANGUINHO - MG  
SEMEANDO SAÚDE



SECRETARIA  
MUNICIPAL SAÚDE

## CONTROLE DO HIPERTENSO

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

**"TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO AO PROCURAR O SERVIÇO  
DE SAÚDE"**





### CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO

Nome:	
DN:	CPF:
CNS:	
Mãe:	
Endereço:	
Bairro:	



Conserve este cartão junto aos seus documentos pessoais.  
Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.

### OBSERVAÇÃO: Interior do Cartão

Dupla Adulta		Influenza		

F. amarela	Hep. B	Triviral		



SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Piranguinho - MG

### CARTÃO DE VACINAÇÃO / ADULTO

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

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      CNS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Cidade: **Piranguinho**      Est.: **MG**

| TT <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1ª dose                                                 | 2ª dose                                                 | 3ª dose                                                 | reforço                                                 | reforço                                                 |
| ____/____/____                                          | ____/____/____                                          | ____/____/____                                          | ____/____/____                                          | ____/____/____                                          |
| _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   |
| _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   | _____                                                   |

F. Amarela				
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

ANOTAR: Nome da vacina, data, lote (quando a norma exigir), rubrica e código ou nome da unidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CARTÃO DE VACINAÇÃO - ESPELHO INFANTIL

Cadastro

<b>Nome:</b>		<b>DN:</b>							
<b>Cartão SUS:</b>		<b>CPF:</b>			<b>Telefone:</b>				
<b>Endereço:</b>		<b>Bairro:</b>							
DOSES		VACINAS							
		VIP	Penta	VORH	Hepatite B	BCG intra-dérmico	Triviral	Febre Amarela	DT Dupla
1ª	Data e Rubrica								
2ª	Data e Rubrica	VIP			PNC 10				
3ª	Data e Rubrica	VOP		MCC	PNC 10				
Reforço	Data e Rubrica	VOP	DPT	MCC	PNC 10				
Reforço	Data e Rubrica		DPT	MCC	PNC 10				

Mãe:		DN:	
CNS Mãe:			
Pai:			
<b>TESTE DO PEZINHO:</b>			
PRS=		PN=	HORA=
DATA=	HORA=	A=	IG=
ASS.		PC=	
PKU=		APGAR=	
TSH=		PARTO=	
Hb=		G. SANG.=	
IRT=		FATOR RH=	
RESULTADO:		NV=	
BIOTINIDASE=		CN=	
HCS=			



## ORIENTAÇÕES PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Para escolher o melhor método para um planejamento familiar, é importante conhecer todos eles e seguir adequadamente as orientações médicas.
2. Uma boa orientação presume informação sobre todas as alternativas, indicações, contra-indicações e como usar, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que melhor se adapte a eles.
3. Consulte o profissional de saúde para maiores esclarecimentos.
4. Mantenha o preventivo em dia.

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**  
PIRANGUINHO - MG  
SEMEANDO SAÚDE



SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAÚDE

## PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

*"TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO AO PROCURAR O  
SERVIÇO DE SAÚDE"*



<b>Motorista:</b>		
<b>Data da Viagem:</b> ____/____/____	<b>Destino:</b>	<b>Pacientes e Endereço:</b>
<b>Horário da Consulta</b> ____:____hs	<b>Horário de saída:</b> ____:____hs	
<b>Local da Consulta:</b>		<b>Horário de chegada:</b> ____:____hs <b>Placa do Veículo:</b> _____ <b>KM da saída:</b> _____ <b>KM da chegada:</b> _____





# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - PIRANGUINHO

UNIDADE DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ EC: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ INSTRUÇÃO: \_\_\_\_\_ RENDA MENSAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

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

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

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

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

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

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

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

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmHg

CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

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









PARTICIPANTES: \_\_\_\_\_

**LEGENDA**

E- EQUIPE  
ID - IDADE  
A – ÁREA (A-AZUL, R-ROSA, V-VERDE)  
DM – DIABETES MELLITUS  
HA – HIPERTENSÃO ARTERIAL  
PSE – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

NOME	DATA NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS	PSE	E	ID	DM	HA
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							



**CONTROLE**

<b>Município</b>
Piranguinho

<b>Código e nome da localidade</b>

<b>Categ. Localid.</b>

<b>Zona</b>

<b>Semana epid.</b>
/2017

<b>Armadilha</b>
1 – Ovitrapa 2 - Larvitrapa

Campo										Laboratório					
Endereço	N.º Quart.	Tipo Imov.	N.º Imov.	Identid. Armadilha	Datas		Localização	Tubitos / Palhetas		Ocorrência	Quantidade		Espécie		
					Inst.	Col.		Chave	N.º		Ovos	Larvas	Seg.	Alb.	Outras

Total Quarteirões	
Total de imóveis	

Total de armadilhas instaladas	
Total de armadilhas positivas	

Total de tubitos /paletas	
Total de ovos	

Total de larvas	
Total de segmento	

Total de alb.	
Total de outras	

Assinatura do Agente	
Assinatura do Supervisor	
Assinatura do Supervisor	

Ocorrência	
1 – Casa fechada	3 – Armadilha ou palheta desaparecida / quebrada / removida
2 – intervalo entre instalação e coleta maior que 7 dias	4 – Armadilha seca



## LIBERAÇÃO DE AMBULÂNCIA

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora da Consulta: \_\_\_\_: \_\_\_\_ horas

Assinatura Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: (35) \_\_\_\_\_



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRANGUINHO

ENCAMINHAMENTO A CLÍNICA ESPECIALIZADA

**ATENÇÃO SENHORES MÉDICOS (AS):**

**Somente serão consideradas as solicitações devidamente preenchidas.**

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Cartão Hospital Escola: \_\_\_\_\_

**2– PROCEDIMENTO SOLICITADO:**

**3– JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:**

**Diagnostico Inicial /CID:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Clínica (Resumo do exame físico):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura

**RETORNO AO MUNICÍPIO DE ORIGEM COM ORIENTAÇÃO**

Orientação ao Médico do Município: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura