

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: _____

Renda Familiar: _____ Renda per capita: _____

Observações: _____

Responsável pelas informações: _____

Piranguinho, ____ / ____ / ____.

Parecer Social:

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

TB – terreno Baldio

PE – Ponto Estratégico

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

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						

TB – terreno Baldio

PE – Ponto Estratégico

N.º de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia dde pupa	Adultos

A1 – caixa d'água (elevado)

D1 – Pneus e outros materiais rodantes

A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, 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

UF **M | G** CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo _____
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município **P | I | R | A | N | G | U | I | N | H | O**

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF*

Apelido da Mulher

Nacionalidade

Data de Nascimento*

Idade

Raça/cor

Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF **M | G**

Código do Município

Município

3 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 8

P | I | R | A | N | G | U | I | N | H | O

CEP

DDD

Telefone *

3 | 7 | 5 | 0 | 8 - **0 | 0 | 0**

3 | 5

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*

- Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

- Sim Não Não sabe

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

- Sim. Quando fez o último exame?
ano _____

8. Data da última menstruação / regra:*

_____/_____/_____
 Não sabe / Não lembra

- Não Não sabe

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

3. Usa DIU?*

- Sim Não Não sabe

4. Está grávida?*

- Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

- Sim Não Não sabe

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

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

- Sim Não Não sabe

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*

- Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

- Sim
 Não

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

Data da coleta*

Responsável*

_____/_____/_____

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

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	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
	PIRANGUINHO				

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

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

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO													
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	Depósito Eliminado	
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			

RESUMO DO LABORATÓRIO																
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
	4		4		4		4		4		4								
	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



SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde:

Nº CNES:

Nome do Paciente

Nome do Paciente	Sexo	Data de Nascimento	Data de acompanhamento	Peso (kg)*	Altura (cm)	Criança		Gestante		Adulto			
						Tipo de Alimentação (1)	Peso Ao nascer	Peso Pré Gestacional	Data da última Menstruação	Circunf. Cintura (cm)	Risco Aumentado (Sim / Não)	Doenças (2)*	Intercorrências (3)



SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde:

Nº CNES:

Sexo	Data de Nascimento	Data de acompanhamento	Peso (kg)*	Altura (cm)	Criança		Gestante		Adulto					
					Tipo de Alimentação (1)	Peso Ao nascer	Peso Pré Gestacional	Data da última Menstruação	Circunf. Cintura (cm)	Risco Aumentado (Sim / Não)	Doenças (2)*	Intercorrências (3)	Participa de Outro Programa Social 1) Estad. 2) Municipal	



SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde:

Nº CNES:

Nome do Paciente	Sexo	Data de Nascimento	Data de acompanhamento	Peso (kg)*	Altura (cm)	Criança		Gestante		Adulto		Participa de Outro Programa Social 1) Estad. 2) Municipal
						Tipo de Alimentação (1)	Peso Ao nascer	Peso Pré Gestacional	Data da última Menstruação	Circunf. Cintura (cm)	Risco Aumentado (Sim / Não)	



SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde:

Nº CNES:

Nome do Paciente

Sexo	Data de Nascimento	Data de acompanhamento	Peso (kg)*	Altura (cm)	Criança		Gestante		Adulto												
					Tipo de Alimentação (1)	Peso Ao nascer	Peso Pré Gestacional	Data da última Menstruação	Circunf. Cintura (cm)	Risco Aumentado (Sim / Não)	Doenças (2)*	Intercorrências (3)	Participa de Outro Programa Social 1) Estadual. 2) Municipal								



SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde:

Nº CNES:

Sexo

Data de Nascimento

Data de acompanhamento

Peso (kg)*

Altura (cm)

Tipo de Alimentação (1)

Peso Ao nascer

Peso Pré Gestacional

Data da última Menstruação

Circunf. Cintura (cm)

Risco Aumentado (Sim / Não)

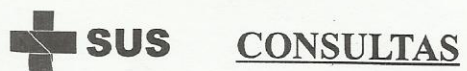
Doenças (2)*

Intercorrências (3)

Participa de Outro Programa Social
1) Estad. 2) Municipal

Nome do Paciente

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO

Proc. Licitação nº.: _____ Data ___/___/201___

Modalidade nº.: _____

Centro Custo: _____ Nº **0500**

Requisição de Material

Quant.	Discriminação do Material
Assinatura do Responsável:	

BELLAS GRAFICA (24) 3075-4983



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO

Proc. Licitação nº.: _____ Data ___/___/201___

Modalidade nº.: _____

Centro Custo: _____ Nº **0500**

Requisição de Material

Quant.	Discriminação do Material
Assinatura do Responsável:	

BELLAS GRAFICA (24) 3075-4983



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRANGUINHO

Proc. Licitação nº.: _____ Data ____/____/201__

Modalidade nº.: _____

Centro Custo: _____ Nº **0500**

Requisição de Material

Quant.	Discriminação do Material

Assinatura do Responsável: _____

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"/>	TT <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/>	TT <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/>	TT <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/>	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

Nome:		DN:							
Cartão SUS:		CPF:			Telefone:				
Endereço:		Bairro:							
DOSES		VACINAS							
		VIP	Penta	VORH	Hepatite B	BCG intra-dérmico	Triviral	Febre Amarela	DT Dupla
1 ^a	Data e Rubrica								
2 ^a	Data e Rubrica	VIP			PNC 10				
3 ^a	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:			
TESTE DO PEZINHO:			
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"*

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

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

Município
Piranguinho

Código e nome da localidade

Categ. Localid.

Zona

Semana epid.
/2017

Armadilha
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

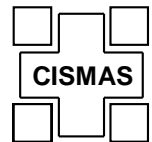
Paciente: _____

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