formato 16 - papel cartão - frente/verso Item 1

28

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CARTÃO ÍNDICE

Nome _____

Matrícula Nº _____ Data de Matr. _____

Data de Nasc. _____ Sexo _____

Nome do Pai _____

Nome da Mãe _____

Seg. ( ) Dep. ( )

Depend. de _____

C. P. Nº _____ Série _____

U. S. _____

Endereço: _____

1: _____

2: _____

3: _____

Transferido para _____

Data _____

Observações: _____

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

item 2 formato A3 - 4 partes

50

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA OBSTÉTRICA

item 2

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ Nº DO PRONTUÁRIO _____

PROCEDÊNCIA _____ PROFISSÃO _____ COR _____

DATA DE INSCRIÇÃO _____ IDADE ATUAL _____ ESTADO CIVIL _____

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS _____

DOENÇAS CARDIO VASCULARES ☐ HEPATOPATIAS ☐ ALCOOLISMO ☐ TABAGISMO ☐

DIABETES ☐ CÂNCER ☐ VARIZES ☐ OUTROS ☐

3 - ANTECEDENTES FAMILIARES _____

4 - ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

MENARCA _____ CICLOS DE _____ DIAS FLUXO DE _____ DIAS

PRIMEIRO COITO AOS _____ ANOS _____

ÚLTIMO EXAME COLPOCITOLÓGICO:- DATA ____/____/____ RESULTADO _____

CONTRACEPÇÃO _____

CORRIMENTO _____

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS _____

CIRURGIAS _____

5 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES _____ NÚMERO DE ABORTAMENTOS _____

PARTO PREMATURO { VAGINAL _____ / CESÁREA _____ } PARTO A TERMO { VAGINAL _____ / CESÁREA _____ HOSPITAL _____ }

GESTAÇÃO { ÚNICA _____ / GEMELAR _____ } NATIMORTO _____ DATA DA ÚLTIMA GESTAÇÃO ____/____/____

RESULTADO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO

ABORTO ☐ NATIMORTO ☐ PREMATURO ☐

FÓRCEPS ☐ CESÁREA ☐ PARTO VAGINAL ☐

6 - INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS _____

7 - GESTAÇÃO ATUAL

ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO _____ DATA PROVÁVEL DO PARTO ____/____/____

OBSERVAÇÕES _____

GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597

DATA	TEMP.	PESO	P.A	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA / CONDUTA_____

ASSINATURA_____

DATA	TEMP.	PESO	P.A	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA / CONDUTA_____

ASSINATURA_____

DATA	TEMP.	PESO	P.A	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA / CONDUTA_____

ASSINATURA_____

DATA	TEMP.	PESO	P.A	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA / CONDUTA_____

ASSINATURA_____

12 - VACINAÇÃO ANTI TETÂNICA

1.ª DOSE_____ 2.ª DOSE_____ 3.ª DOSE_____ REFORÇO_____

13 - TRABALHO DE GRUPO

TEMA:_____ DATA____/____/____

TEMA:_____ DATA____/____/____

TEMA:_____ DATA____/____/____

14 - PUERPÉRIO

PARTO { NORMAL ☐ DATA____/____/____ LOCAL_____ { HOSPITAL ☐ / DOMICÍLIO ☐
FÓRCEPS ☐
CESÁREA ☐ { VIVO ☐ / MORTO ☐ { MASCULINO ☐ / FEMININO ☐

CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO: APGAR_____ PESO_____ ALTURA_____ CHOROU AO NASC._____

EVOLUÇÃO DO PUERPÉRIO_____

06 6 blocos 50 unid 2122 Item 3

idem ao 1

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Cartão de Identificação e Agendamento

Nome:_____

Matrícula Nº:_____ Data de Matr.:_____

Data de Nasc.:_____ Sexo:_____

CRES:_____ ERSA:_____

US:_____

Quando voltar queira trazer este cartão

Comparecimentos à U.S.

Data	Cód.	R	E	Data	Cód.	R	E

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

formato 9 Frente / Verso

Item 8

39

HA
ES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

ão da Gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de Risco	Resultado da gestação atual			Data da Consulta de puerpério	
							Mês de Gestação									Mês de Gestação														
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB	1	2
																									6 ou mais gestações					
																									Natimorto / Aborto					
																									36 anos e mais					
																									Menos de 20 anos					
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento					
																									Edema					
																									Diabetes					
																									Pressão Alta					
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB	1	2
																									6 ou mais gestações					
																									Natimorto / Aborto					
																									36 anos e mais					
																									Menos de 20 anos					
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento					
																									Edema					
																									Diabetes					
																									Pressão Alta					
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB	1	2
																									6 ou mais gestações					
																									Natimorto / Aborto					
																									36 anos e mais					
																									Menos de 20 anos					
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento					
																									Edema					
																									Diabetes					
																									Pressão Alta					

Identificação da Gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de Risco	Resultado da gestação atual		
							Mês de Gestação									Mês de Gestação												
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB
Nome:																									6 ou mais gestações			
																									Natimorto / Aborto			
																									36 anos e mais			
Endereço:																									Menos de 20 anos			
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento			
																									Edema			
																									Diabetes			
																									Pressão Alta			
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB
Nome:																									6 ou mais gestações			
																									Natimorto / Aborto			
																									36 anos e mais			
Endereço:																									Menos de 20 anos			
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento			
																									Edema			
																									Diabetes			
																									Pressão Alta			
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB
Nome:																									6 ou mais gestações			
																									Natimorto / Aborto			
																									36 anos e mais			
Endereço:																									Menos de 20 anos			
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento			
																									Edema			
																									Diabetes			
																									Pressão Alta			
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		NV	NM	AB
Nome:																									6 ou mais gestações			
																									Natimorto / Aborto			
																									36 anos e mais			
Endereço:																									Menos de 20 anos			
	Obs.:															Data da Visita do ACS									Sangramento			
																									Edema			
																									Diabetes			
																									Pressão Alta			

Item 9

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

34

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - CONSOLIDADO DIÁRIO

PIO:_____ MÊS:_____/_____ MICRO ÁREA:_____ ACS:_____

DIA		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
os vivos no mês																																	
sados ao nascer																																	
sados ao nascer, com peso < 2500g																																	
3 meses e 29 dias																																	
nento exclusivo																																	
nento misto																																	
11 meses e 29 dias																																	
s vacinas em dia																																	
as																																	
tridas																																	
a 23 meses e 29 dias																																	
s vacinas em dia																																	
as																																	
tridas																																	
es de 2 anos																																	
reram diarréia																																	
reram diarréia e usaram TRO																																	
reram infecção respiratória aguda																																	
es de 5 anos																																	
reram pneumonia																																	
tradas																																	
nos cadastradas																																	
panhadas																																	
vacina em dia																																	
onsulta de pré-natal no mês																																	
pré-natal iniciado no 1.º TRI																																	
éticos	Cadastrado																																
	Acompanhados																																
rtenso	Cadastrado																																
	Acompanhados																																

		DIA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TO
HOSPITAL	Pessoa com Tuberculose	Cadastrado																																
		Acompanhados																																
	Pessoa com Hanseniase	Cadastrado																																
		Acompanhados																																
	Menores de 5 anos por pneumonia																																	
	Menores de 5 anos por desidratação																																	
	Por abuso de álcool																																	
	Por complicações do Diabetes																																	
	Por outras causas																																	
	Total																																	
	Internações em hospital psiquiátrico																																	
ÓBITOS	De Menores de 28 dias																																	
	Por diarréia																																	
	Por infecção respiratória aguda																																	
	Por outras causas																																	
	De 28 dias à 11 meses e 29 dias																																	
	Por diarréia																																	
	Por infecção respiratória																																	
	Por outras causas																																	
	De menores de 1 ano																																	
	Por diarréia																																	
	Por infecção respiratória																																	
	Por outras causas																																	
	De mulheres de 10 à 49 anos																																	
	De 10 à 14 anos																																	
	De 15 à 49 anos																																	
	Outros óbitos																																	
	Total de óbitos																																	
	De adolescentes (10-19anos) por violência																																	
	Total de famílias cadastradas																																	
	Visita domiciliar - ACS																																	

Item 10

SUDS - SP
SUDS/R
CSI - Abraão Coutinho Vieira - Apiaí - SP

GUIA PARA REFERÊNCIA

01 25

02 DA UNIDADE _____
03 END. _____
_____ CEP _____
04 FONE _____

05 PARA _____
06 ESPECIALIDADE _____
07 END _____
08 DATA ____/____/____ 09 SALA _____
10 HORA _____

11 NOME DO PACIENTE _____

12 Nº PRONTUÁRIO (ORIGEM)

13 QUADRO CLÍNICO _____

14 EXAMES REALIZADOS _____

15 DIAGNÓSTICO(S) _____

16 CONDUTA _____

17 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO _____

18 ASSIN. / CARIMBO

19 DATA ____/____/____

---

20 **SUDS - SP**
SUDS/R
CSI - Abraão Coutinho Vieira - Apiaí - SP

GUIA CONTRA REFERÊNCIA

01

21 DO SERVIÇO _____
22 ESPECIALIDADE _____

23 PARA _____

24 NOME DO PACIENTE _____

26 Nº PRONTUÁRIO (REF. 1)

25 DIAGNÓSTICO (S) E TRATAMENTO _____

27 ORIENTAÇÃO A UNIDADE DE ORIGEM _____

28 ASSINATURA / CARIMBO

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

HA
TB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

ANO 16

IICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS: Item 11

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

cação	Sexo	Idade		Meses												Outras informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
			Data da visita do ACS													Nº de comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
			Data da visita do ACS													Nº de comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														
			Data da visita do ACS													Nº de comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
			Comunicantes examinados														
			< 5 anos com BCG														

Prefeitura do Município de
ARAÍ SP
EM BRANCO

68 Bluecess Obs. não fazer Item 12 26

MS - HIPERDIA

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

1.ª VIA - Enviar para digitação
2.ª VIA - Arquivar no prontuário

CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)	Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)

Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)	Data de Nascimento	Sexo ☐ M ☐ F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)	Nome do Pai	

Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem	Data Naturalização
N.º Portaria	UF. Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Estado Civil (TV)	N.º Cartão SUS

DOCUMENTOS GERAIS

Título de Eleitor	Número	Zona	Série	
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão
CPF	Número	PIS/PASEP	Número	

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)

IDENTIDADE	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro
	Folha	Termo			Data de Emissão

ENDEREÇO (*)

Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (Kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	☐ Em jejum	☐ Pós prandial

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

TRATAMENTO

NÃO MEDICAMENTOSO: ☐

MEDICAMENTOSO

TIPO	Comprimidos / dia ½	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25 mg							
Propranolol 40 mg							
Captopril 25 mg							
Glibenclamida 5 mg							
Metformina 850 mg							

Unidades / dia

Insulina

☐ ☐ ☐

Outras ☐ SIM ☐ NÃO

iai - 552-1517

25

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS>/= 180 ou PAD>/=110
I - Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II - 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III - 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV - Condições clínicas associadas, incluindo doenças cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 01 - ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 02 - aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabajismo - é igual ao consumo de (01) um ou mais cigarros por dia.

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

Sobrepeso ou Obesidade - Classificação de acordo com a tabela:

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

Tabelas de Referências

RAÇA / COR	
Cód.	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão / Tipo	
Cód.	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação / Divórcio

Situação familiar / Conjugal	
Cód.	Descrição
1	Convive c/ companheiro(a) e filho (s)
2	Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheiro(a), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, c/ companheiro(a)
	Convive c/ outra(s) pessoa(s)

Escolaridade	
Cód.	Descrição
1	Não sabe ler / escrever
2	Alfabetizado
3	Fundamental incompleto (1.º Grau incompleto)
4	Fundamental completo (1.º Grau completo)
5	Médiol incompleto (2.º Grau incompleto)
6	Médio completo (2.º Grau completo)
7	Superior incompleto
8	Superior completo
9	Especialização / Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Cód.	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha

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

Item 14

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL *	CBO *	CNES *	INE *	DATA *
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	_____ - __	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA *
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	◯ Sim ◯ Não	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	___ ☐ FA

NOME COMPLETO: * _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: * / / SEXO: * (F) (M)

RAÇA/COR: * ◯ Branca ◯ Preta ◯ Parda ◯ Amarela ◯ Indígena Etnia: ** Nº NIS (PIS/PASEP) _____

NOME COMPLETO DA MÃE: * _____ ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI: * _____ ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE: * ◯ Brasileira ◯ Naturalizado ◯ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: ** DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: ** MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: **

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / / TELEFONE CELULAR: ( ) E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

◯ Cônjuge/Companheiro(a) ◯ Filho(a) ◯ Enteado(a) ◯ Neto(a)/Bisneto(a)
◯ Pai/Mãe ◯ Sogro(a) ◯ Irmão/Irmã ◯ Genro/Nora ◯ Outro parente ◯ Não parente

OCUPAÇÃO: _____

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * ◯ Sim ◯ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

◯ Creche
◯ Pré-escola (exceto CA)
◯ Classe de Alfabetização - CA
◯ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
◯ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
◯ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
◯ Ensino Médio Especial
◯ Ensino Médio EJA (Supletivo)
◯ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
◯ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
◯ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

◯ Empregador
◯ Assalariado com carteira de trabalho
◯ Assalariado sem carteira de trabalho
◯ Autônomo com previdência social
◯ Autônomo sem previdência social
◯ Aposentado/Pensionista
◯ Desempregado
◯ Não trabalha
◯ Servidor público/militar
◯ Outro

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

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

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

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Heterossexual ◯ Bissexual ◯ Outra
◯ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?
◯ Homem transexual ◯ Travesti
◯ Mulher transexual ◯ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? *
◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL(IS)?
☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

◯ Mudança de território ◯ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:
Data do óbito:** / / Número da D.O.: _____ - __

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

Se Sim, por qual cauSa?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

Se Sim, iNDique qual(iS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? _____

2 - QUAL? _____

3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? * ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

Se Sim, iNDique qual(iS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

Se Sim, qual É o Grau De pareNTeSco?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha (marcar x na opção desejada)
Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.
FA: Fora de Área
*Campo obrigatório
**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

MS / SPS / CGPAN

Ficha SF2 - Mapa Diário de Acompanhamento

SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional / Programa Bolsa - Alimentação

Município: _____

Unidade de Saúde: _____

Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde: _____

Mês / Ano _____ / _____

Código IBGE: _____

Código SIASUS: _____

Bolsa Alimentação

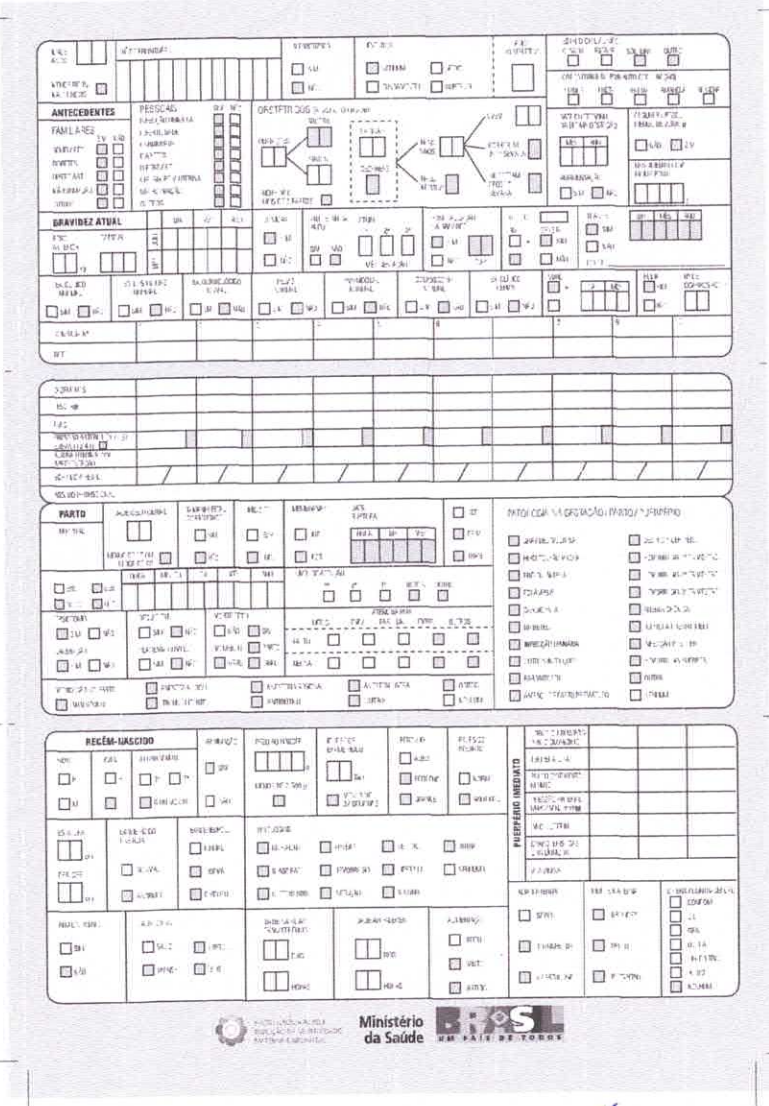
Item 15

									Criança	Gestante						
	Data de Atendimento	Número do Cartão Nacional de Saúde ou NIS (Número de Identificação Social ou nº Provisório	Nome Beneficiário	Data de Nascimento	Peso (KG)	Estatura	Und. Med. (cm/m)	Estado Nutricional (1)	Aleitamento Materno(2)	Data Última Mestruação	Peso Pré - Gestacional (KG)	Ganho de Peso Adeq. (S/N)	Nutriz (S/N)?	Beneficiário Bolsa-Alimentação (S/N)	Doenças Associadas (CID)	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

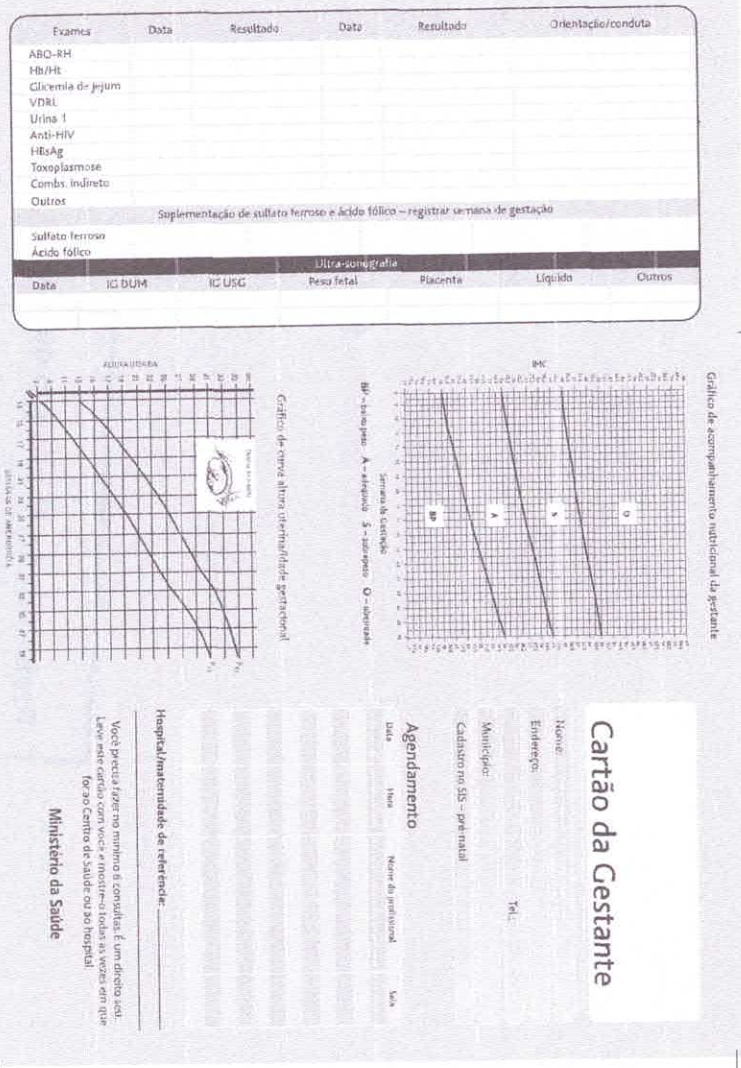
GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597

Prefeitura do Município de
ARAÍ SP
EM BRANCO

Cartão Gestante - frente / Verso



VERSO



FRENTE

Item 16

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Formato A4 frente/verso, item 17   Item 17   300

DIABETES. COMO IDENTIFICAR.

Tem muita fome (Polifagia)

Diabetes tipo I e tipo II descontrolado: perda de peso

No Diabetes tipo II: Ganha peso

Urina muito (Poliúria)

Desânimo, fraqueza e cansaço físico

Tem muita sede (Polidipsia)

Alterações visuais

COMO PREVENIR!

PRATIQUE EXERCÍCIOS FÍSICOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA DO DIABETES

NOME:

DATA NASCIMENTO:

Nº DE MATRÍCULA:

- Consulta Médica e Prescrição -

FRENTE

VERSO

ENFERMAGEM			FARMÁCIA
DATA	GLICEMIA CAPILAR	PESO	ENT. MEDICAÇÃO

Prefeitura do Município de
ITAÍ SP
EM BRANCO

DICAS PARA MELHOR LIDAR COM A HIPERTENSÃO

01 - Diminua o sal da sua comida, isto não quer dizer comer sem sal, mas usar menos quantidade na hora de prepará-la.

02 - Evite comidas gordurosas, frituras, Banhas, e embutidos como toucinho, salame, mortadela.

03 - Dê preferência a alimentos assados ou cozidos com pouco óleo, ao invés de fritos.

04 - Coma frutas, verduras e legumes à vontade.

05 - Evite bebidas alcoólicas.

06 - Procure fazer caminhadas todos os dias de aproximadamente 1 hora, além de relaxar, ajudará seu coração a trabalhar melhor.

07 - Tente levar a vida mais tranquilamente não se desespere com as coisas, sorria mais vezes.

08 - Sentindo-se mal com tonturas, zumbidos no ouvido , ânsia, dor de cabeça intensa, procure o serviço médico mais próximo.

GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597 - CÓD. 49 - PMA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -

PROGRAMA DO HIPERTENSO

NOME:
DATA NASC.:
Nº DE MATRÍCULA

= CONSULTA MÉDICA E PRESCRIÇÃO =

FRENTE

VERSO

ENFERMAGEM			FARMÁCIA
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PESO	ENT. MEDICAÇÃO

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

formato 9 - 1ª frente

item 19

Ficha Clínica - Endodontia

NOME: _____

Idade: _____ Prontuario _____

Elemento: _____ Grampo. _____

CANAL (IS)	REFERÊNCIA	ODONTOMETRIA	LIMA DE MEMÓRIA	CONE PRINCIPAL

DATA	PROCEDIMENTOS	ASSINATURA

Controle:

• _____/_____/_____ _____

Obs.: _____

Anamnese / Exame Clínico

	sim	não	observações
Faz tratamento Médico			
Hipertensão			
Diabético			
Cardíaco			
Alergias			
Anemia			
Hemorragia			
Uso de Medicamento			
Gravidez			
Problema c/ anestesia			

_____ _____

Assinatura/Paciente Dentista

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: 1tem / / 21
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº: F/V

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO	CNS / CPF													
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Paciente com necessidades especiais														
Gestante														
Tipo atendimento*	Consulta agendada													
	Demanda Espontânea – Escuta inicial/Orientação													
	Demanda Espontânea – Consulta no dia													
	Demanda Espontânea – Atendimento de urgência													
Tipo de consulta**	Primeira consulta odontológica programática													
	Consulta de retorno em odontologia													
	Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar													
	Alteração em tecidos moles													
	Dor de dente													
	Fendas ou fissuras labiopalatais													
	Fluorose dentária moderada ou severa													
	Traumatismo dentoalveolar													
	Não identificado													
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)													
	Adaptação de prótese dentária													
	Aplicação de cariostático (por dente)													
	Aplicação de selante (por dente)													
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
	Capeamento pulpar													
	Cimentação de prótese dentária													
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
	Drenagem de abscesso													
	Evidenciação de placa bacteriana													
	Exodontia de dente decíduo													
	Exodontia de dente permanente													
	Instalação de prótese dentária													
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária													
	Orientação de higiene bucal													

			Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (quantidade realizada)		Profilaxia/Remoção da placa bacteriana														
		Pulpotomia dentária														
		Radiografia periapical/interproximal														
		Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)														
		Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)														
		Restauração de dente decíduo														
		Restauração de dente permanente anterior														
		Restauração de dente permanente posterior														
		Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)														
		Selamento provisório de cavidade dentária														
		Tratamento de alveolite														
		Ulotomia/ulectomia														
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)															
Fornecimento		Escova dental														
		Creme dental														
		Fio dental														
Conduta/Desfecho*		Retorno para consulta agendada														
		Agendamento p/ outros profissionais AB														
		Agendamento p/ Nasf														
		Agendamento p/ grupos														
		Alta do episódio														
		Tratamento concluído														
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais														
		Cirurgia BMF														
		Endodontia														
		Estomatologia														
		Implantodontia														
		Odontopediatria														
		Ortodontia/Ortopedia														
		Periodontia														
		Prótese dentária														
		Radiologia														
		Outros														

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

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

***Campo obrigatório**

****Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea**

item 21 - VERSO

SUS

FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome

Como quer ser chamada

Endereço

Cidade

Idade anos — <15 anos / >35 anos

Estado civil/união — Casada / Solteira / Estável / Outro

Instrução — Nenhuma / Fundamental / Médio / Superior

Peso anterior

Altura cm

Gravidez — Risco habitual / Alto risco

Gravidez planejada — SIM / NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Tipo de gravidez

- Única
- Gemelar
- Tripla ou mais
- Ignorada

Hospitalização na gravidez — NÃO / SIM — Dias

Grupo — Sensibilizada: Rh + NÃO / Rh – SIM

Transferida — NÃO / SIM — Local — Data

Antecedentes familiares

NÃO SIM

- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Gemelar
- Outros

Gestações

Gestas prévias — Abortos — 3 ou + abortos — Ectópica

Parto vaginal — Cesárea — 2 cesáreas prévias

Parto — Bebê <2.500g — Bebê >4.500g — Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia

Nascidos vivos — Vivem — Morreram na 1ª semana — Morreram depois da 1ª semana — Nascidos mortos

NÃO SIM — Final da gestação anterior há 1 ano

Antecedentes clínicos

NÃO SIM

- Diabetes
- Infecção urinária
- Infertilidade
- Dific. amament.
- Cardiopatia
- Tromboembolismo
- Hipertensão arterial
- Outros
- Cir. pélv. uterina
- Cirurgia
- Outros

Gestação atual

NÃO SIM

- Fumo (nº de cigarros)
- Álcool
- Outras drogas
- Violência doméstica
- HIV/Aids
- Sífilis
- Toxoplasmose
- Infecção urinária
- Anemia
- Inc. istmocervical
- Ameaça de parto premat.
- Isoimunização Rh
- Oligo/polidrâmnio
- Rotura premat. de membrana
- CIUR
- Pós-datismo
- Febre
- Hipertensão arterial
- Pré-eclâmp./eclâmpsia
- Cardiopatia
- Diabetes gestacional
- Uso de insulina
- Hemorragia 1º trimestre
- Hemorragia 2º trimestre
- Hemorragia 3º trimestre
- Exantema/rash cutâneo

Exames

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Glicemia de Jejum				
Teste Oral Tolerân. Glic.				
Sífilis (teste rápido)				
VDRL				
HIV/Anti-HIV (teste rápido)				
Hepatite B-HBsAg				
Toxoplasmose				
Hemog. Hematócrito				
Urina-EAS				
Urina-Cultura				
Coombs Indireto				

Vacina Influenza

Data / /

Vacina dTpa

Data / /

Vacina antitetânica (dT)

- Sem informação de imunização
- Imunizada há menos de 5 anos
- Imunizada há mais de 5 anos
- 1ª dose / /
- 2ª dose / /
- 3ª dose / /
- Reforço / /

Vacina Hepatite B

Imunizada

- 1ª dose / /
- 2º dose (1 mês após 1ª dose) / /
- 3º dose (6 meses após 1ª dose) / /

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Eletroforese de Hemoglobina

- Padrão AA
- outros Heterozigose AS / AC
- outros Homozigoze SS / SC

Malária — Somente para gestantes da Região Amazônica. Neg. / Pos. — / / / / / / /

Sulfato ferroso — 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

Item 22 - VERSO

Curva de altura uterina / idade gestacional

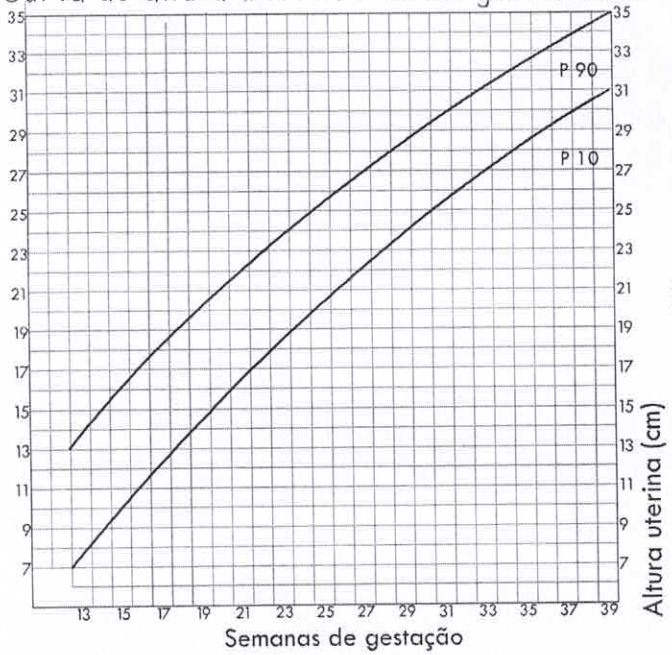
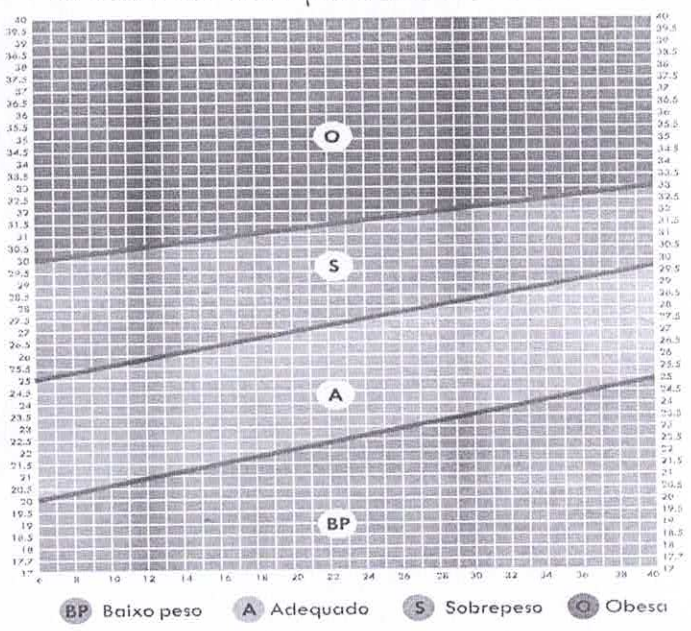


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Queixa										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF / Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Exantema (presença ou relato)										
Observação, Diagnóstico e Conduta										
Assinatura										

Realizou visita à maternidade
SIM ○ NÃO ○
Data / /

Participou de atividades educativas
SIM ○ NÃO ○
Data / /
Data / /
Data / /

Parto e nascimento

Idade gest.	Início trab. parto	Terminação
Semanas	Espontâneo ○	Espontâneo ○ Cesárea ○
	Induzido ○	Fórceps ○ Outros ○

Parto

	NÃO	SIM
Episiotomia	○	○
Laceração	○	○
Deiquit. espont.	○	○

Medicação no parto

Anestesia local	○	Ocitocina ○
Anestesia reg.	○	Antibiótico ○
Anestesia geral	○	Outro ○
		Tranq. ○

Recém-nascido

Semanas

Sexo	Fem. ○	Masc. ○
VDLR	Neg. ○	Posit. ○
APGAR	1º min.	5º min.
Reanimação	NÃO ○	SIM ○
Ex. físico imediato	Normal ○	Anormal ○
Peso	Menor 2.500g	Estatura

Alta materna	Alta recém-nascido	Patologias R.N.
	Sadio ○	Nenhuma ○
	Transf. ○	M. hial. ○
Sadia ○	Com patol. ○	Apneias ○
Transf. ○	Óbito:	Infecção ○
Com patol. ○	Fetal ○	S. asp. ○
Óbito:	Intraparto ○	Hemorr. ○
Gravidez ○	Pós-parto ○	Neurol. ○
Parto ○	Dias	Hiperb. ○
Puerp. ○		A. conv. ○

Item 23 49

A3 - 4 partes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CRS ..... ERSA ..... US .....

I - IDENTIFICAÇÃO

Nº de matrícula: ..... data da matrícula ..... / ..... / .....

Nome: .....

Data de Nascimento: ...../...../..... Sexo ☐ Cor ☐

Estado Civil: .....

Naturalidade: ..... Procedência: .....

Escolaridade: ..... Ocupação: .....

Instituto de previdência: .....

Dependente: ☐ Segurado: ☐ Nº da C.P.: .....

Residência atual: Rua ..... Nº .....

Bairro ou Fazenda: ..... Município: .....

Zona: rural ☐ urbana ☐ Pontos de referência para residência: .....

.....

.....

Item 34

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ 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 oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Plócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

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
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

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: _____

Responsável pelo resultado

Data da liberação

CNPF (CPF)

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e de Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DATA DA ANAMNESE

Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?

ano

☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra: / / ☐ Não sabe / Não lembra

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

9. 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

EXAME CLÍNICO

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

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não

Data da coleta / /

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

Item 35

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento* / / Idade*

Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP –

DDD

Telefone –

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeto ☐ 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

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

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?*

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
☐ 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

INDICAÇÃO CLÍNICA*

5- Mamografia diagnóstica ☐ mama esquerda ☐ mama direita ☐ ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6- Mamografia de rastreamento

Data de solicitação* ___ / ___ / ___ Examinador _____

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 neo-adjuvante — Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

8 - Mamografia de Rastreamento — Mamografia realizada na mulheres assintomáticas(sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama.
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 internos
UQmed- União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

56 Item 26

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Programa Municipal DST / AIDS

SaúdedaFamília

Unidade de Saúde_____

Formato 9

Nome

Data de Nascimento ( ) Feminino ( ) Masculino

Município

Data da Coleta

Apresentou Documento com Foto: ( ) Sim ( ) Não

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI - HIV

NOME DO PRODUTO RAPID CHECK 1 & 2
MÉTODO: IMUNOCROMATOGRAFIA
RESULTADO DO TESTE:
EXAMES REALIZADOS EM CORFORMIDADE COM A PORTARIA SVS/MS Nº 151/2009

TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE SÍFILIS

NOME DO PRODUTO TR DPP SÍFILIS, BIO-MANGUINHOS (TPHA)
RESULTADO DO TESTE:
OBS:

TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE HEPATITE B

NOME DO PRODUTO TR DPP HEPATITE B, VIKIA (HbsAg)
RESULTADO DO TESTE:
OBS:

TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE HEPATITE C

NOME DO PRODUTO TR DPP HEPATITE C, WAMA (Anti-HCV)
RESULTADO DO TESTE:
OBS:

APIAÍ/SP DE DE 20

_____

Nome do Profissional que realizou o teste

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO

14 Bloco
Papelita
Formato 16
17
68 Bloco
Item 27

BioQuímica

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO LOCAL - APIAÍ - SP

UNIDADE REQUISITANTE

Nome:_____ Idade:_____

Nº Matrícula:_____ Sexo:_____ Est. de Origem:_____

Médico Responsável

EXAME PEDIDO:

Entrada de Material
_____/_____/_____

Nº Geral

RESULTADO

Glicose.....mg/100ml
Valores de Referência:70-100mg/100ml
Método Enzimático (GOD/POD) r

Ureia.....mg/dl
Valores Normais - 10 a 50 mg/dl
Método UV (Uréase / Glutamato de Hidrogenase)

Creatinina.....Mg/DL
Valores de referência 0,8 a 1,4 mg/dl
Método Colorimétrico
0,9 a 1,4 mg/dl

Ácido úrico.....mg/dl
V.N. Homem - 2,5 a 6,0 Mg/dl
Mulher - 2,0 a 5,0 Mg/dl
(Met. Enzimático)

Mucoproteinas.....mg/dl de Tirosine
VN: 1,9 a 4,9 mg/dl de tirosina
Método: Colorimetrico

Prova do LATEX.....
Proteina C. Reativa.....

Antiestreptolisina "O".....UI ml
VN: Menor ou igual à 200 UI ml
Método: Aglutinação - Latex

Colesterol.....Mg/DL
V.N. 50-200mg/DL
(Mét. Enzimático)

TRIGLICERIDIOS.....mg/dl
Valores de referência:
Soro ou Plasma: 30 a 170mg/dl
Método - Enzimático (Totalmente)

Colesterol HDL..... ....mg/dl
Valor Normal 35-85 mg/dl
Colesterol LDL..... ...mg/dl
Valor Normal até 150 mg/dl
Metodo Enzimático

TRANSAMINASES

TGO(AST).....UK/ml(VN: 8-40 UK/ml)
TGP(ALT).....UK/ml(VN: 5-32 UK/ml)
Método: Reitman e Frakel

BILIRRUBINAS

Direta.....mg/dl (VN: Até 0,4 mg/dl)
Indireta.....mg/dl (VN: Até 0,8 mg/dl)
Total.....mg/dl (VN: Até 1,2 mg/dl)
Método: Sins - Horn

Local, Data
_____,___/___/___ _____ Técnico _____ Responsável

Gráfica Print Art - Fone - 3552-2597

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO LOCAL - APIAÍ

Rua 1.º de Maio, 994 - Apiaí - SP - Fone: 15 3552.3243 - ramal 27

Item 28
N.º SEÇÃO

UNIDADE REQUISITANTE:

NOME: IDADE:

N.º MATRÍCULA SEXO EST. DE ORIGEM

MÉDICO RESPONSÁVEL

MATERIAL ENVIADO: **SANGUE c/ EDTA**

EXAME SOLICITADO:

GESTANTE: ☐ SIM ☐ NÃO

Técnica: Automatizado
Celm CC 550 ☐
WIENER - COUNTER 19 ☐

ENTRADA DE MATERIAL / /

N.º GERAL

EXAME HEMOCITOLÓGICO

	RESULTADO	VALORES NORMAIS
Leucócitos / m m 3		5.000 / 9.000
Hemácias / m m 3		4.000.000 / 6.000.000
Hb % - g %		80 a 100 / 13 a 16
CH Cm		32 a 36
Hematócrito %		42 a 46
Hemossedimentação m m		5 - 10 (Wintrobe)
Plaquetas / m m 3		150.000 / 400.000 / m m 3

EXAME HEMOCITOLÓGICO - Contagem Diferencial

	RESULTADO %	Valores Normais	Resultado m m 3	Val. Normais m m 3
Mielócitos		0		0
Metamielócitos		0-1 60 - 72		60 - 80
Bastonetes		2-5 60 - 72		120 - 400
Segmentados		58-66 60 - 72		3480 - 5280
Eosinófilos		2 - 4		120 - 320
Basófilos		0 - 1		60 - 80
Linfócitos		24 - 30		1.200 - 3.200
Monócitos		2 - 8		120 - 640

OBS:

LOCAL E DATA

/ /

TÉCNICO

RESPONSÁVEL

GRÁFICA APIAÍ - 3552-1517 - PMA - MOD. 20

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
-RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL -

ENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ompleto: _____

_____

_____

_____ UF _____ Nº _____

o Completo e Fone: _____

_____

_____

_____ UF _____

1ª Via - Branca
RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª Via - Rosa
ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

: _____

o: _____

ão: _____

_____

_____

_____

_____

IFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
_____	_____
_____	_____
_____	_____
missor: _____	_____
_____	_____
_____ UF: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO:
_____	DATA: ____ / ____ / ____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
-RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL -

18

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Item 29

Nome Completo: _____

_____

_____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Fone: _____

_____

_____

Cidade: _____ UF _____

1ª Via - Branca
RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª Via - Rosa
ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

40

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____

_____

_____

_____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	_____
_____	_____
Ident.: _____	_____
Órgão Emissor: _____	_____
End.: _____	_____
_____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO:
Cidade: _____ UF: _____	DATA: ____ / ____ / ____
Fone: _____	

GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

40 blocos comum

Item 30

15

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CSI "ABRAÃO COUTINHO VIEIRA"
SUDS R-39

ATESTADO Nº_____/____

Atesto que_____

_____com_____anos de idade, documento_____ encontra-se na presente data em estado aparente de integridade física, nada havendo portanto, que impossibilite de exercer as funções a que se destina.

VÁLIDO POR:_____

Apiaí, _____de_____de_____

_____
Médico Responsável

GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597 - CÓD. 11 - PMA

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 31

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUDS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

CSI "ABRAHÃO COUTINHO VIEIRA" APIAÍ

Rua 1º de Maio, 994 - Fone (015) 3552-1222**

Nº _____

CERTIFICADO DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA

Certificamos em virtude do exame médico procedimento nesta Unidade Sanitária, que

_____

natural de _____ Estado de _____

nascido(a) aos _____ de _____ de _____ residente à Rua _____

_____ n.º _____ Cidade _____ Estado de _____

filho(a) de _____ e

_____

Candidato(a) à função de _____

(cargo e repartição onde vai servir)

_____

tem boa saúde e capacidade física para o exercício da referida função.

DOCUMENTO APRESENTADO _____

Apiaí-SP, _____ de _____ de _____

_____

MÉDICO

_____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

GRÁFICA PRINT ART - 3552-2597 - CÓD. 08 - PMA

Item 34

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUDS
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CSI "ABRAHÃO COUTINHO VIEIRA" APIAÍ
Rua 1º de Maio, 994 - Fone (0**15) 3552-1222

Nº _____

CERTIFICADO DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA

Certificamos em virtude do exame médico procedimento nesta Unidade Sanitária, que

natural de _____ Estado de _____

nascido(a) aos ____ de _____ residente à Rua _____

filho(a) de _____ Cidade _____ Estado de _____

e _____

Candidato(a) à função de _____

(cargo e repartição onde vai servir)

tem boa saúde e capacidade física para o exercício da referida função.

DOCUMENTO APRESENTADO _____

Prefeitura do Municipio de APIAÍ SP

EM BRANCO

Apiaí-SP ____ de _____ de _____

MÉDICO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

352 docos

Item 32

5

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua 19 de Novembro,185 / 1º Andar - Centro - CEP 18.320-000 - APIAÍ - SP

JUSTIFICATIVA DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

NOME DO PACIENTE:_____

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

DIAGNÓSTICO:_____

_____CID:_____

DURAÇÃO PREVISTA DO TRATAMENTO:_____

MEDICAMENTO SOLICITADO:_____DOSE:_____

POSOLOGIA:_____APRES._____

ANAMNESE_____

_____

_____

_____

JUSTIFICATIVA DETALHADA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO-PADRONIZADO.

_____

_____

_____

_____

_____

NOME DO MÉDICO_____

_____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA_____/_____/_____

OBSERVAÇÃO: PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO, A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER PREENCHIDA MENSALMENTE.

FONE: 15 3552-1237

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 33

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

N.º Cartão do SUS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bairro.....

RECEITUÁRIO

Nome.....

Data...../...../.....

.....

Ass. do Profissional Responsável

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 34

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: _____ Código SUS / SP ☐☐☐☐☐☐☐

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: _____ Código SUS / SP ☐☐☐☐☐☐☐

Gestor: _____

D.N: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Idade: ___ ( )a ( )m ( )d Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. ( ) Ind.

Nome: _____

Endereço: _____

Município Residência: _____ Cód. Mun. Resid. ☐☐☐☐☐☐☐ UF ☐☐

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data de Solicitação: ____/____/____ C.I.D: _____

Descrição do Procedimento:	Código SIA / SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____

Identificação do Solicitante:

Assinatura: _____ CR ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nome: _____

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 35

37

FICHA B- DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE		MESES												OBSERVAÇÕES
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													

Gráfica Apiaí - Fone/fax: 552-1517

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE		MESES												OBSERVAÇÕES
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
Endereço:			Faz exercicios fisicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
Endereço:			Faz exercicios fisicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
Endereço:			Faz exercicios fisicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz Dieta													
Endereço:			Faz exercicios fisicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													

Item 36.

FICHA B- HA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações
			Sim	Não		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercicios fisicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercicios fisicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercicios fisicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													

Gráfica Apiaí - Fone/Fax: 552 1517

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações
			Sim	Não		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													
Nome: Endereço:					Data da visita do ACS													
					Faz Dieta													
					Toma a medicação													
					Faz exercícios físicos													
					Pressão arterial													
					Data da última consulta													

Gráfica Apiaí - Fone/Fax: 552 1517

Item 37.

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE

IDENTIFICAÇÃO	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													

Item 37

FICHA B-HAN	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE

IDENTIFICAÇÃO	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													
Nome:			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes
			Toma medicação diária													
Endereço:			Data da última dose supervisionada													
			Faz auto-cuidados													
			Comunicantes que receberam BCG													

GRÁFICA PRINT ART - CÓD 28 - FONE 3551-2597

39 blocos

Item 38

10

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

ATESTO, que a segurada _____ _____ portadora da Carteira de Trabalho e Previdência Social N.º_____ Série _____ deverá afastar-se do trabalho por um período de 120 (cento e vinte) dias a partir de _____ /_____ /_____ de conformidades com o que dispõem o parágrafo 1.º do Artigo 392 da Constituição das Leis do Trabalho e Artigo 7º, item XVIII da Constituição Federal de 1988.

_____

Local e Data

_____

Assinatura e Carimbo do Profissional

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item
39

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

ESTADO DE SÃO PAULO

48

Para a firma: _____

AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 001251

O motorista _____

Veículo _____ Placa _____ Pref _____ com _____ kms,

está autorizado a abastecer o referido veículo para uso no setor _____

_____

Quantidade _____ NF. Nº _____

Assinatura do motorista _____

Apiaí-SP, _____ de _____ de _____

Responsável pela Autorização: _____

GRÁFICA PRINT ART - FONE ~3552-2597

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO

BOLETIM DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO - B.A.O. - ESF Item 40

Procedimentos Curativos	
Código	Descrição
0301010153	1ª Consulta programática
0301010030	Retorno
0307010031	Restauração dente anterior
0307010040	Restauração dente post.
0307010023	Restauração decíduo
0307010015	Capeamento pulpar
0307020070	Pulpotomia
0307020010	Acesso a polpa e Medicação
0414020138	Exodontia permanente
0414020120	Exodontia decíduo

Código	Descrição
0307030016	Raspagem Supra (sext.)
0307030024	Raspagems Sub. (sext.)
0101020090	Selamento provisório
0101020066	Selante por dente
0204010187	Radiografia peiapical
0101020058	Cariostático por dente
Procedimentos Coletivos	
0101020031	Escovação supervisionada
0101020023	Bochecho fluoretato
0101020015	Fluor Gel
0101020031	Visita Domiciliar

NOME DA UNIDADE: _____

CÓD. UNIDADE: _____

CÓD. MUNICÍPIO: **350270**

DATA DO ATENDIMENTO ____/____/__

ESPECIALIDADE: 30

_____

Carimbo e Assinatura do Profissional

Seq.	Data Nasc.	Sexo	Nome	Bairro	Procedimento	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

GRÁFICA PRINT A

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

e-SUS
Atenção Básica

CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:	DATA:
	/ /
CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|	/ /

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

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

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) | TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*
◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*
◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
◯ Proprietário ◯ Parceiro(a) / Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a)
◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:	
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada	◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado	◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço / Nascente no Domicílio ◯ Cisterna
◯ Carro Pipa ◯ Outro

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
◯ Filtração ◯ Fervura ◯ Cloração ◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO
◯ Coletado ◯ Queimado/ Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)?
☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros

Quantos:_____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

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

*** Campo Obrigatório**

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 42

46

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CSI "Abrahão Coutinho Vieira" Apiaí

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que o Segurado_____

_____

portador da Carteira Profissional nº_____, série_____

permaneceu nesta Unidade no dia_____de_____

às_____horas, para fim de:

APIAÍ,_____/_____/_____

_____

Assinatura do Prof. Responsável

CR_____

GRÁFICA PRINT ART - FONE 3552-2597

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO

MS - HIPERDIA

ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

(*) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde

Código SIA/SUS ou CNES (EAS)

Nº	Identificação do Paciente (*) (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, preencher com Nome Completo do Usuário)	Data Nascimento DD/MM/AAAA	Hipertensão (Preencher com X)	Diabetes (Preencher com X)	Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)							Intercorrências desde da última consulta referidas pelo paciente (Preencher com X, para existência de complicações) (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)								Exames (**)						
								Pressão Arterial													Número de Comprimidos/dia (½, 1,2,3,4,5 ou 6)								(Marcar X)						
					Peso (Kg)	Altura (cm)	Cintura (cm)	Sistólica	Diástólica	Glicemia capilar ou plasmatica	Pós Prandial ou em Jejum(***)	Não existe Complicações relatadas	Angina	IAM	AVC	Pé Diabético	Amputação	Doença Renal	Retinopatia (Fundo de olho alterado e/ou cegueira)	Não Medicamentoso (Preencher com X)	Hidroclotiazida 25mg	Propranolol 40mg	Captopril 25mg	Glibenclamida 5mg	Metformina 850mg	Insulina NPH (Unidades/dia)	Outros Medicamentos (Preencher com X)	Hb Glicosilada	Creatinina Serica	Colesterol Total	ECG	Triglicérides	Urina tipo 1	Microalbuminúria
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

(*) Responsável pelo atendimento

(*) Assinatura

(*) Data da Consulta

Legenda: (*) Campos de preenchimento obrigatório (**) Marcar com X quando receber o resultado (***) Marcar P para pós prandial e J para em jejum

GRÁFICA PRINT ART - FONE 3552-2597 - CÓD. 18 - PMA

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 44

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APIAÍ

BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL B.A.A.

NOME UNIDADE: _____

CÓD. UNIDADE: _____

CÓD. MUNICÍPIO: 350270

DATA: ____/____/____

ESPECIALIDADE: ____/____

_____

Carimbo/Assinatura do Profissional

Seq.	Matríc.	Data Nasc.	Sexo	Nome	Bairro	Tipo	C.I.D	Proc.	Proc.	G.AT.	FX.ET.	Encam.
1		__/__/__										
2		__/__/__										
3		__/__/__										
4		__/__/__										
5		__/__/__										
6		__/__/__										
7		__/__/__										
8		__/__/__										
9		__/__/__										
10		__/__/__										
11		__/__/__										
12		__/__/__										
13		__/__/__										
14		__/__/__										
15		__/__/__										
16		__/__/__										
17		__/__/__										
18		__/__/__										
19		__/__/__										
20		__/__/__										

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 45 36

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA / /

me do Estabecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelecimento no CNES		
me do Município	4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica				RG	Consulta Puerperal	LP	TP
												1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune				

e **cartão nacional de saúde (CNS)** do profissional responsável pelo atendimento:

her as quadrículas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO):
5 - Enfermeira; **225142** - Médico da ESF; **225170** - Médico Generalista.
5 - Clínica Geral; **223565** - Enfermeira da ESF;
) - Ginecologia/Obstetrícia; **223545** - Enfermeira Obstetra:

- No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
- No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão de Imunização da gestante.
- Risco Gestacional, conforme a tabela: **BR** - Baixo Risco; **AR** - Alto Risco.
- Local do Parto: **PH** - Parto Hospitalar; **OE** - Out. Est. Saúde; **PD** - Parto Domiciliar.
- Tipo do Parto: **PV** - Parto Vaginal; **PC** - Parto Cesáreo; **FR** - Forceps.

28 folhas

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 46

SAMU 192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

SUS

UNIDADE: VIATURA:	EQUIPE:
DATA :	NÚMERO DA OCORRÊNCIA:
CHAMADA: SAÍDA BASE:	LOCAL DA OCORRÊNCIA:
CHEG LOCAL: SAÍDA LOCAL: PS:	OBS. SE NECESSÁRIO:
CHEGADA BASE:	
PACIENTE:	IDADE: SEXO:

	CLÍNICO		TRAUMA
	DOR TORÁCICA		QUEDA
	CEFALÉIA		ACIDENTE MOTO
	HIPERTENSÃO		ACIDENTE CARRO
	CONVULSÃO		ATROPELAMENTO
	DIGESTIVO		QUEIMADURAS
	DIABETES		AGRESSÃO
	INSUFICIÊNCIA RESP.		TENTATIVA DE SUICÍDIO
	OUTROS:		OUTROS:

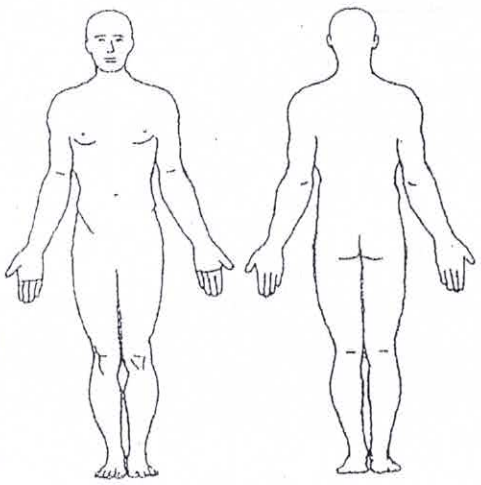
SINAIS E SINTOMAS E/OU PRINCIPAIS QUEIXAS	HISTÓRIA DO PACIENTE
	A- ALERGIA:
	M-MEDICAÇÃO:
	P-PASSADO MÉDICO:
	L- LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS:
	A - AMBIENTE ONDE OCORREU TRAUMA:

SINAIS VITAIS:	PA:	FC:	FR:	OX:	TEMP:
PUPILAS:	REATIVAS		NÃO REATIVAS		
START:	VERDE		AMARELO		BRANCO

ANÁLISE PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AÉREAS SUPERIORES		RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO
A-ALERTA	PÉRVEAS		NORMAL		ENCHIMENTO CAPILAR PRESERVADO
V-RESPOSTA VERBAL	OBSTRUÍDAS		DIFÍCIL		CIANOSE
D-RESPOSTA A DOR	PÉRVEAS APÓS DESOBSTRUÇÃO		RÁPIDA		HEMORRAGIA
I-INCONSCIÊNCIA	OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS:				

EXAME FÍSICO E LOCALIZAÇÃO DE LESÕES



1-ABRASÃO
2-AVULSÃO
3-AMPUTAÇÃO
4-CONTUSÃO
5-DOR
6-DEFORMIDADE
7-EMPALAMENTO
8-ESVICERAÇÃO
9-ESCORIAÇÃO
10-EDEMA
11-FERIMENTO CORTO CONTUSO
12-FERIMENTO ARMA BRANCA
13-FERIMENTO ARMA DE FOGO
14-FRATURA
15-HEMATOMA
16-QUEIMADURA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS		REPOSIÇÃO VOLÊMICA
	COLAR CERVICAL		ASPIRAÇÃO
	PRANCHA LONGA		GLICOSIMETRIA
	IMOBILIZAÇÃO COM TALA		CURATIVO
	MEDICAÇÃO		GUEDEL
	RCP		OUTROS: QUAIS?

HOSPITAL RECEPTOR:

MÉDICO RECEPTOR:

CRM:

PERTENCES DO CLIENTE:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

PORTADOR DO RG _____, RESIDENTE EM _____, VÍTIMA DE ACIDENTE/ _____ HOSPITALAR, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

FRENTE

DIGITADO POR:	/ /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº: Item 47

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

TURNO:* (M)(T)(N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ☐ Educação ☐ Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)* |_|_|_|_|_|_|_|_| / CNES |_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
OUTRA LOCALIDADE:	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº DE PARTICIPANTES* |_|_|_| / Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS |_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|-|_|_|

ATIVIDADE (opção única)*	
(01)	Reunião de equipe
(02)	Reunião com outras equipes de saúde
(03)	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social
(04)	Educação em saúde
(05)	Atendimento em grupo
(06)	Avaliação/Procedimento coletivo
(07)	Mobilização social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	
01	Comunidade em geral
02	Criança 0 a 3 anos
03	Criança 4 a 5 anos
04	Criança 6 a 11 anos
05	Adolescente
06	Mulher
07	Gestante
08	Homem
09	Familiares
10	Idoso
11	Pessoas com doenças crônicas
12	Usuário de tabaco
13	Usuário de álcool
14	Usuário de outras drogas
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental
16	Profissional de educação
17	Outros

TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	
01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*
02	Agravos negligenciados
03	Alimentação saudável
04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
05	Cidadania e direitos humanos
06	Dependência química/tabaco/álcool/ outras drogas
07	Envelhecimento/climatério/ andropausa/etc
08	Plantas medicinais/fitoterapia
09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
10	Saúde ambiental
11	Saúde bucal
12	Saúde do trabalhador
13	Saúde mental
14	Saúde sexual e reprodutiva
15	Semana saúde na escola
16	Outros

PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Antropometria
02	Aplicação tópica de flúor
03	Desenvolvimento da linguagem
04	Escovação dental supervisionada
05	Práticas corporais e atividade física
06	PNCT Sessão 1
07	PNCT Sessão 2
08	PNCT Sessão 3
09	PNCT Sessão 4
10	Saúde auditiva
11	Saúde ocular
12	Verificação da situação vacinal
13	Outras
14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nem 47 - VERSO

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria: PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
2	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
3	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
4	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
5	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
6	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
7	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
8	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
9	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
10	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
11	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
12	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
13	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
14	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
15	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
16	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
17	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
18	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
19	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
20	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
21	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
22	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
23	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
24	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
25	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
26	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
27	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
28	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
29	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
30	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
31	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
32	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
33	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
34	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
35	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	/ /	(F) (M)	☐			☐	☐

egenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Campo obrigatório
***Campo obrigatório ao informar lista de participantes**
****Campo com obrigatoriedade condicionada**

Item 48

e-SUS Atenção Básica

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
				/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO															
Nº CARTÃO SUS															
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento*															
Escuta Inicial/Orientação															
Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas														
	Administração de vitamina A														
	Cateterismo Vesical de Alívio														
	Cauterização Química de Pequenas Lesões														
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)														
	Cuidado de Estomas														
	Curativo Especial														
	Drenagem de Abscesso														
	Eletrocardiograma														
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino														
	Exame do Pé Diabético														
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele														
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)														
Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Infiltração em Cavidade Sinovial														
	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal														
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo														
	Retirada de Cerume														
	Retirada de Pontos de Cirurgias														
	Sutura Simples														
	Triagem Oftalmológica														
	Tamponamento de Epistaxe														
Teste Rápido	De Gravidez														
	Dosagem de Proteinúria														
	Para HIV														
	Para Hepatite C														
	Para Sífilis														
Administração de Medicamentos	Oral														
	Intramuscular														
	Endovenosa														
	Inalação/Nebulização														
	Tópica														
	Penicilina para Tratamento de Sífilis														

Procedimentos	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
	Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														

Procedimentos Consolidados

Total no Período			
	Aferição de PA	___	
	Aferição de Temperatura	___	
	Curativo Simples	___	
	Coleta de material para Exame Laboratorial	___	
	Glicemia Capilar	___	
	Medição de altura	___	
	Medição de Peso	___	

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

*** Campo Obrigatório**

07 Bhace

Item 49

27

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

RELATÓRIO DE VISITAS

MUNICÍPIO: **Nº FAMÍLIA:** **MCR:** **ACS:**

DATA	SITUAÇÃO ENCONTRADA E ORIENTAÇÕES EFETUADAS		ASS. RESPONSÁVEL FAMÍLIA

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 50

35

II: SOROCABA
PIO: APIAÍ
E: CSI APIAÍ

PLANILHA P/ REGISTRO DO CÓDIGO 038.8 TABELA SIA-SUDS

CÓDIGO UNIDADE - 08541

TRABALHO DE GRUPO

DATA: _____/_____/_____

M	N.º PRONTUÁRIO	NOME / ENDEREÇO	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	ASSINATURA

RESPONSÁVEL

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APIAÍ

ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde - SETOR: ALMOXARIFADO
CNPJ: 46.634.242/0001-38
Rua Monsenhor Cassese,06 - Apiaí - São Paulo

Item 51

Recebido por: **NOTA DE TRANSFERÊNCIA** Data: ___/___/___

MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL

DATA DA EMISSÃO: ___/___/___ 000110

Origem: _____

Destino: _____

Medicamento	Fabricante	Lote	Quantidade

GRÁFICA PRINT ART (18) 99789.0623

Emitido por: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ
Secretaria Municipal de Saúde - SETOR: ALMOXARIFADO
CNPJ: 46.634.242/0001-38
Rua Monsenhor Cassese,06 - Apiaí - SP

Recebido por: _____ Data: ___/___/___

Formulário 16

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº: Item 52

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:* / / Item 52
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|.|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO																							
Nº CARTÃO SUS																							
Data de nascimento* Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento* Ano																							
Sexo*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Visita compartilhada com outro profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* — Cadastramento / Atualização	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da Visita* — Visita Periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca Ativa — Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca Ativa — Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca Ativa — Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca Ativa — Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Pessoa com Desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Pessoa com Hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento — Pessoa com Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da Visita*	Acompanhamento	Pessoa com Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com DPOC/Enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com Câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sintomáticos Respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Domiciliados / Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condições de Vulnerabilidade Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Saúde Mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Egresso de Internação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Controle de Ambientes / Vetores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Orientação / Prevenção	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Desfecho*		Visita Realizada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Visita Recusada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Ausente	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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

*** Campo Obrigatório**

Item 52
VERSO

Item 53

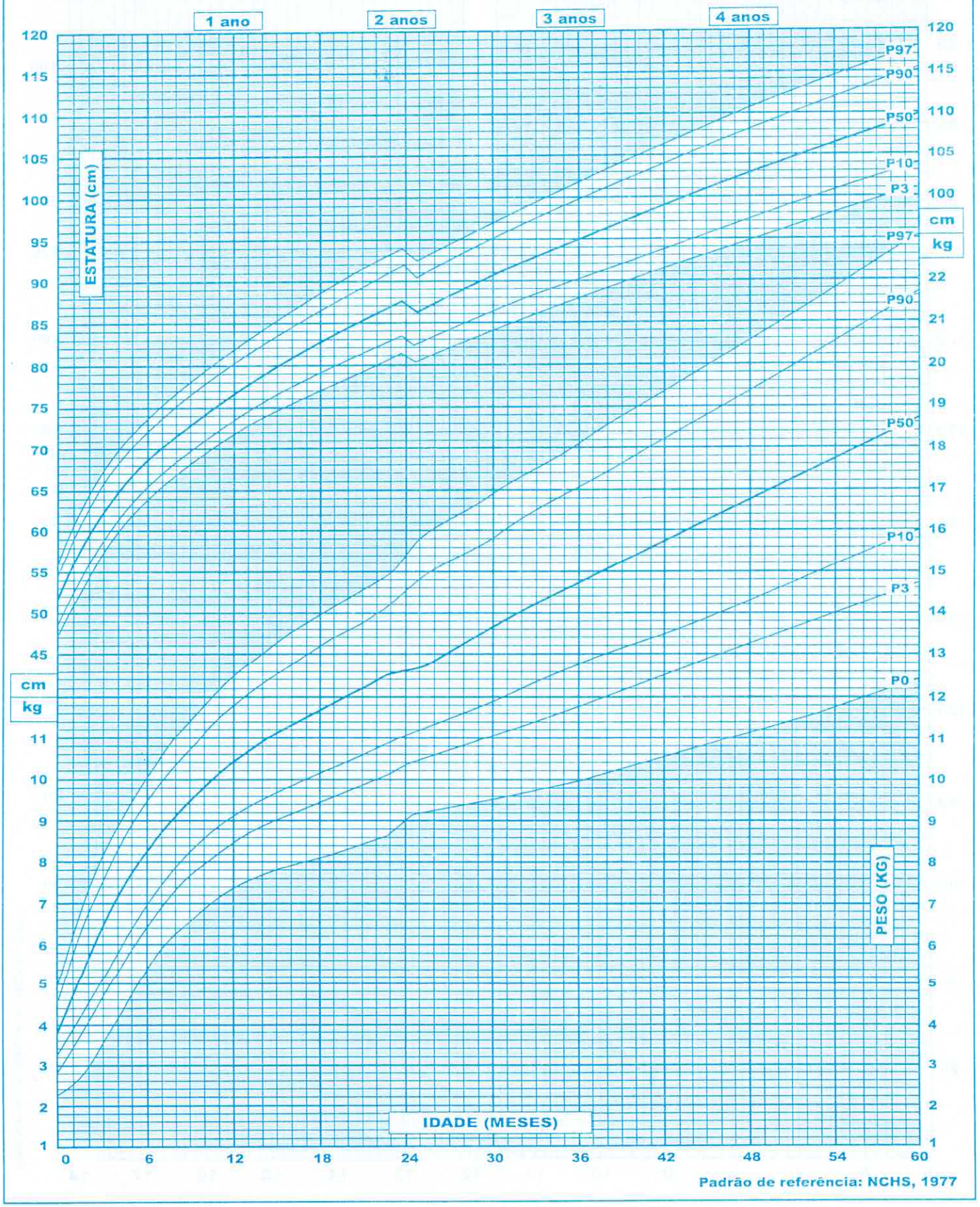
GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO
SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

NOME:

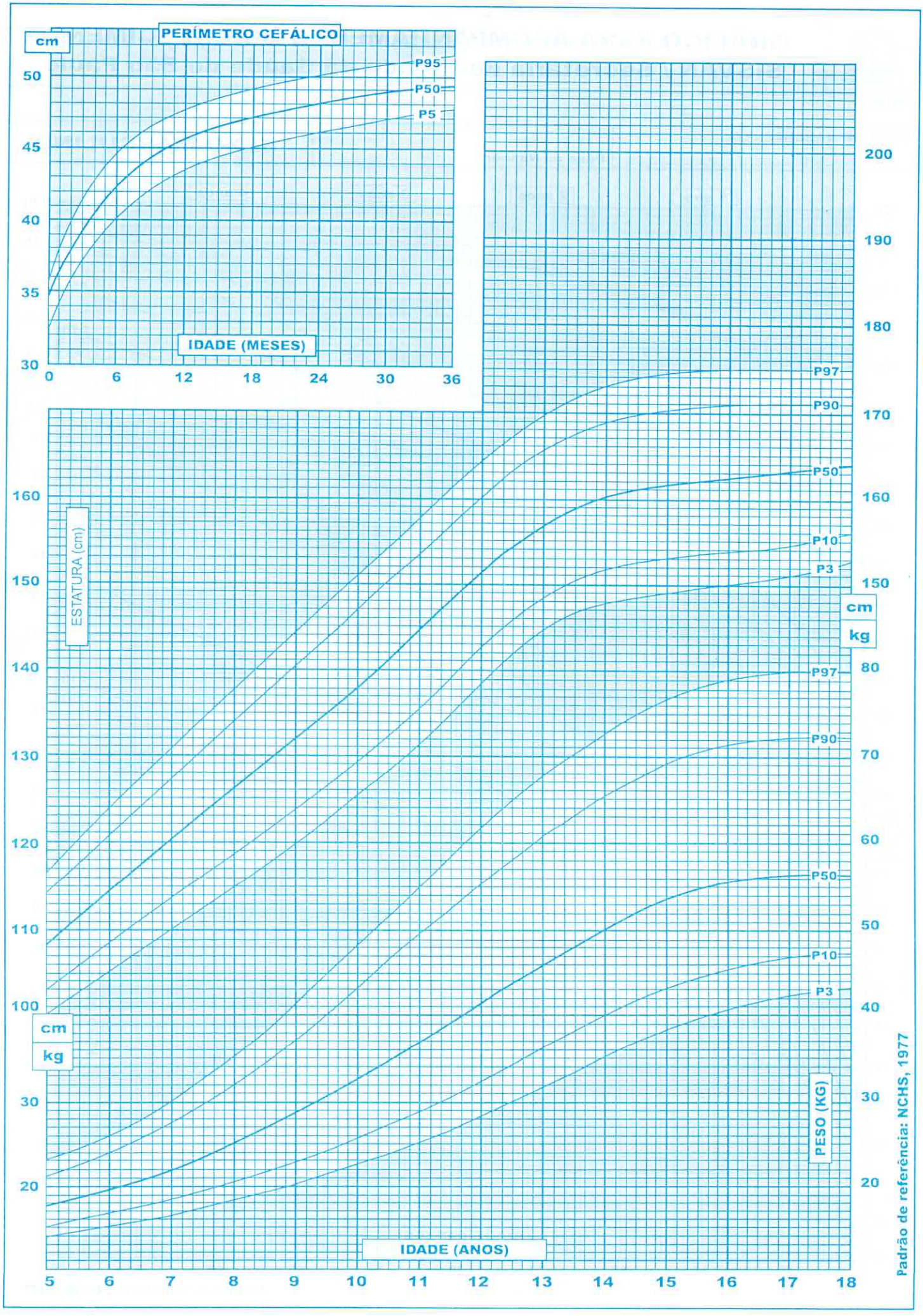
DATA DE NASCIMENTO: / /

Peso ao Nascer:

SEXO MASCULINO



Padrão de referência: NCHS, 1977


PERÍMETRO CEFÁLICO
cm
50
45
40
35
30
P95
P50
P5
IDADE (MESES)
0
6
12
18
24
30
36
ESTATURA (cm)
160
150
140
130
120
110
100
cm
kg
P97
P90
P50
P10
P3
200
190
180
170
160
150
cm
kg
80
70
60
50
40
30
20
PESO (KG)
IDADE (ANOS)
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
Padrão de referência: NCHS, 1977

Item 54

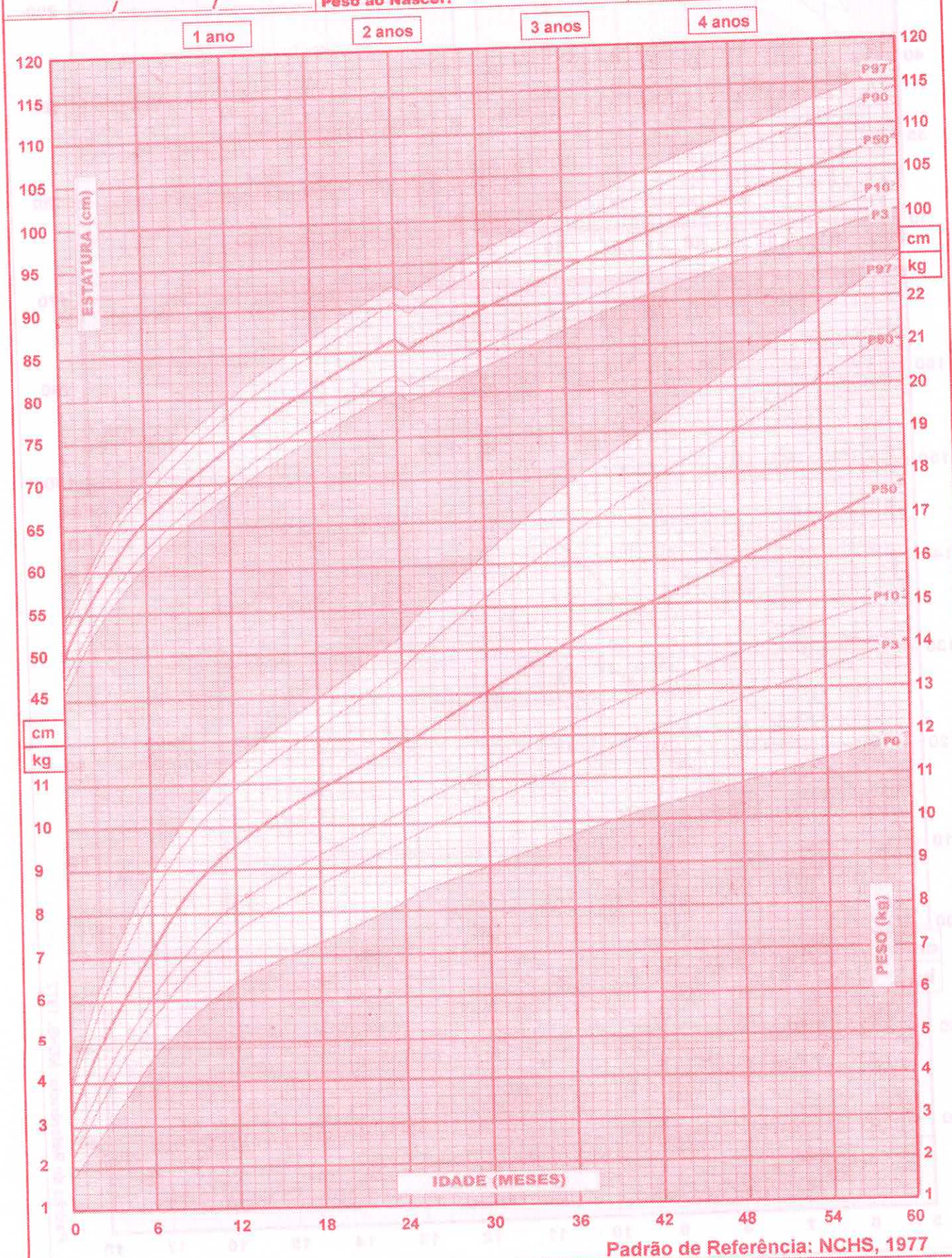
GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO
SISVAN / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

NOME:

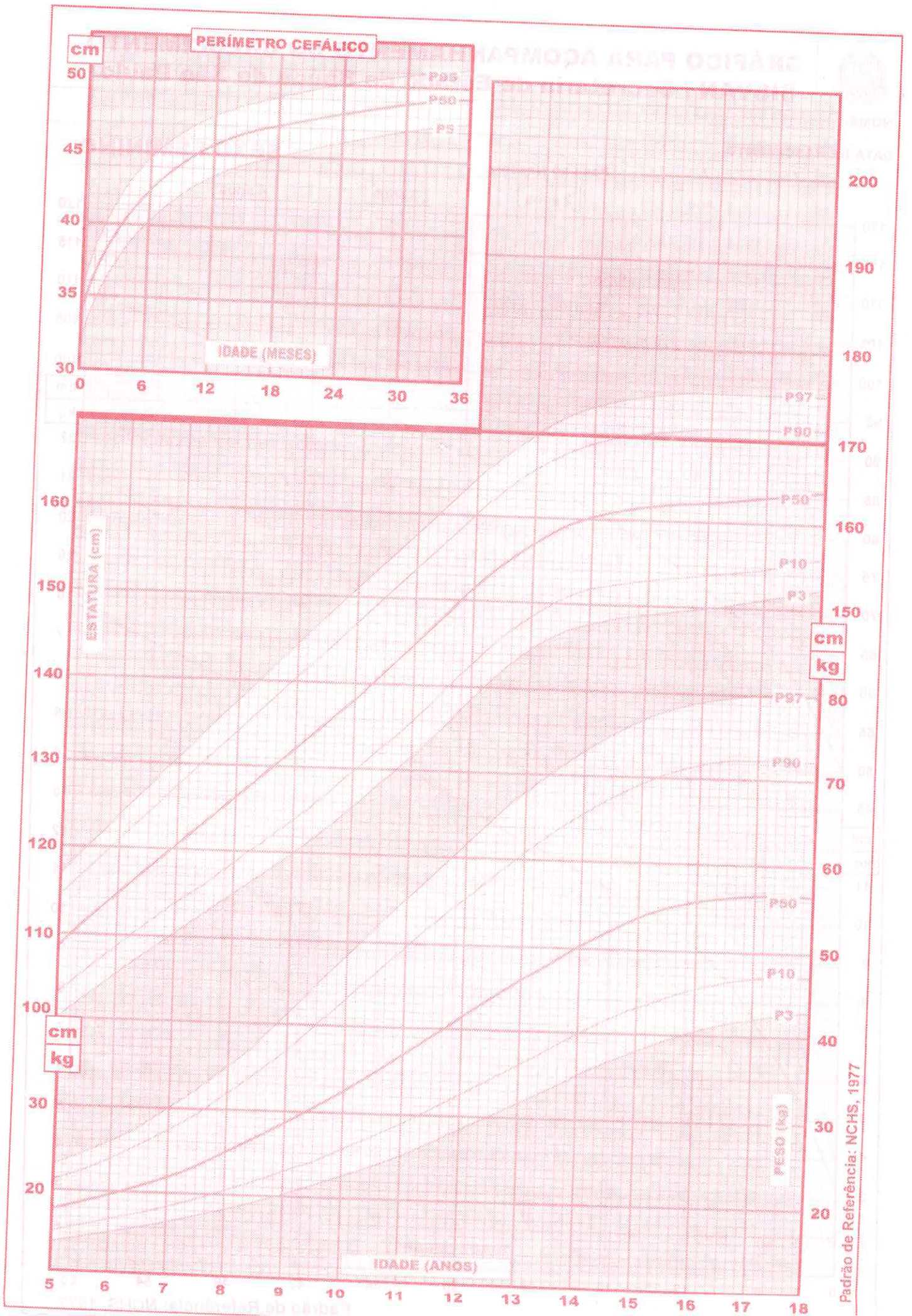
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

Peso ao Nascer:

SEXO FEMININO



Padrão de Referência: NCHS, 1977


PERÍMETRO CEFÁLICO
cm
50
45
40
35
30
P85
P50
P5
IDADE (MESES)
0
6
12
18
24
30
36
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
P97
P90
P50
P10
P3
ESTATURA (cm)
cm
kg
80
70
60
50
40
30
20
P97
P90
P50
P10
P3
PESO (kg)
IDADE (ANOS)
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
Padrão de Referência: NCHS, 1977

APAC 78 Item 55 33

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO / /

7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐

8-RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16- UF

17- CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 -CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19-NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20-QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

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

36-DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID 10 PRINCIPAL

38-CID 10 SECUNDÁRIO

39-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40-OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO / /

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO LOCAL - APIAÍ

RUA 1º DE MAIO, 994 - FONE (15) 3552-1625 - RAMAL 27 - APIAÍ - SÃO PAULO

Item 56.

Nº Seção

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: Idade:

Nº Matrícula: Sexo: Est. de Origem:

Médico Responsável

Suspeita Clínica:

Esquistossomose: ☐ Diagnóstico ☐ Método de Sedimentação

Outras Parasitoses: ☐ Controle

☐ _____

Entrada de Material

_____/_____/_____

Nº Geral

RESULTADO - PARASITOLÓGICO DE FEZES

PROTOZOÁRIOS

	TROF.	CISTOS
Entamoeba coli	☐	☐
E. histolytica	☐	☐
Giardia lambia	☐	☐
Chilomastix mesnili	☐	☐
Iodamoeba butschili	☐	☐
Endolimax nana	☐	☐
Trichomonas hominis	☐	
Embadomonas intest.	☐	
Balantidium coli	☐	☐
Isospora hominis		
Isospora belli		

HELMINTOS

Ascaris lumbricóides	☐
Trichocephalus trichiurus	☐
Ancylostomidae	☐
Schistosoma mansoni	☐
Hymenolepis nana	☐
Enterobius vermicularis	☐
Taenia sp.	☐
Strongyloides stercoralis	☐
Trichostrongylidae	☐
Hymenolepis diminuta	☐

LOCAL, DATA

_____, _____/_____/20_____ _____

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO LOCAL - APIAÍ

RUA 1º DE MAIO, 994 - FONE (15) 3552-1625 - RAMAL 27 - APIAÍ - SÃO PAULO

Item 57

Nº Seção

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: Idade:

Nº Matrícula: Sexo: Est. de Origem:

Médico Responsável

Suspeita Clínica:

Material Enviado: URINA

Entrada de Material

_____/_____/_____

Gestante: ☐ SIM ☐ NÃO Técnica Manual

Nº Geral

URINA I	
Aspecto	Cetonas
Cor	Glicose
Densidade	Proteínas
pH	Pig. Biliares
Hemoglobina	
SEDIMENTOSCOPIA	
Células	Até 10.000 ml.
Leucócitos	Até 10.000 ml.
Eritrócitos	Até 5.000 ml.
Cristais	Ausentes
Cilindros	Ausentes
Muco	Ausentes
Bactérias	Ausentes
Parasitas	Ausentes

Observações: _____

LOCAL, DATA

_____, ____/____/_____ _____ _____

TÉCNICO RESPONSÁVEL

EM BRANCO
Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

papeleta de laboratório em branco 16/3/00

Item 58

9

PREFEITURA MUNICIPAL DE APIAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO LOCAL - APIAÍ

RUA 1º DE MAIO, 994 - FONE (15) 3552-1625 - RAMAL 27 - APIAÍ - SÃO PAULO

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: Idade:

Nº Matrícula: Sexo: Est. de Origem:

SUSPEITA CLÍNICA:

EXAME PEDIDO:

MATERIAL ENVIADO:

GESTANTE: SIM ☐ NÃO ☐

Nº Seção

Médico Responsável

Entrada de Material

_____/_____/_____

Nº Geral

RESULTADO

Local, Data

_____, __/__/__

Técnico

Responsável

GRÁFICA PRINT ART - FONE - 3552-2597 - CÓD. 65 - PMA

Prefeitura do Municipio de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 59

FICHA D Complementar	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	CBO PROFISSIONAL	MÊS
					-	

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

	DIAS ⇨																	TOTAL
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada																	
	Demanda Imediata																	
	Cuidado Continuado																	
	Urgência com Observação																	
Tipos de Atendimento do Médico e do Enfermeiro	Usuário de Álcool																	
	Usuário de Drogas																	
	Saúde Mental																	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática																	
	Escovação Dental Supervisionada																	
	Tratamento Concluído																	
	Urgência																	
	Atendimento a Gestantes																	
	Instalações de Próteses Dentárias																	
Encaminhamento da Saúde Bucal																		
Atenção Secundária em Saúde Bucal																		
Marcador de Saúde Bucal																		
Diagnóstico de Alteração de Mucosa																		

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 60. 40

Relatório SSA 2

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

MÊS: ANO:

MUNICÍPIO: APIAÍ

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 3 5 0 2 7 0 5

SEGMENTO: UNIDADE: ÁREA:

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA

	MICROÁREA ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	TOTAL
CRIANÇAS	**Nascidos vivos no mês**											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
	Aleitamento misto											
	De 0 a 11 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	De 12 a 23 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	Menores de 2 anos											
	Que tiveram diarréia											
	Que tiveram diarréia e usaram TRO											
	Que tiveram infecção respiratória aguda											
	Menores de 5 anos											
	Que tiveram pneumonia											
GEST.	Cadastradas											
	< 20 anos cadastradas											
	Acompanhadas											
	Com vacina em dia											
	Faz consulta de pré-natal no mês											
	Com pré-natal iniciado no 1º TRI											

13 folhas

		MICROÁREA ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	TOTAL
	Diabéticos	Cadastrados											
		Acompanhados											
	Hipertensos	Cadastrados											
		Acompanhados											
	Pessoas com Tuberculose	Cadastrados											
		Acompanhados											
	Pessoas com Hanseníase	Cadastrados											
		Acompanhados											
HOSPIT.	Menores de 5 anos por pneumonia												
	Menores de 5 anos por desidratação												
	Por abuso de álcool												
	Por complicações do Diabetes												
	Por outras causas												
	Total												
	Internações em hospital psiquiátrico												
ÓBITOS	**De Menores de 28 dias**												
	Por diarréia												
	Por infecção respiratória aguda												
	Por outras causas												
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias												
	Por diarréia												
	Por infecção respiratória												
	Por outras causas												
	De menores de 1 ano												
	Por diarréia												
	Por infecção respiratória												
	Por outras causas												
	De mulheres de 10 a 49 anos												
	De 10 a 14 anos												
	De 15 a 49 anos												
	Outros óbitos												
	Total de óbitos												
	De adolescentes (10-19 anos) por violência												
Total de famílias cadastradas													
Visita domiciliar - ACS													

15 de fevereiro

Item 61

45

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APIAÍ
REQUISIÇÃO ESPECÍFICA PARA FISIOTERAPIA - SADT

UNIDADE PRESTADORA:

Nome :_____ Código SUS / SP ☐☐☐☐☐☐☐☐

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome :_____ Código SUS / SP ☐☐☐☐☐☐☐☐

Gestor:_____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Cartão SUS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ DN.:___/___/___ Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc.

Nome: _____ COR:

Endereço: _____

Município Residência:_____ Cód. Mun. Resid. ☐☐☐☐☐☐☐ UF ☐☐

~~IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO~~:

Data de Solicitação: ___/___/___ ~~CID~~: _____

CID

Descrição do Procedimento:	Código SIA / SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	___/___/___	_____

Identificação do Solicitante: Médico

Carimbo_____

Identificação do Responsável pelo SADT: Fisioterapeuta

Assinatura e Carimbo_____ Cartão SUS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

OBS: Formato menor (igual de SADT Terapia)

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP
EM BRANCO

Item 66

SAMU 192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - REGIONAL ITAPEVA

SUS

RELATÓRIO DE SERVIÇOS DIÁRIOS

VIATURA:	DATA:	
EQUIPE		PLANTONISTAS
CONDUTOR	DIURNO:	NOTURNO:
TECNICO DE ENFERMAGEM	DIURNO:	NOTURNO:
ENFERMEIRO	DIURNO:	NOTURNO:
MÉDICO REGULADOR	DIURNO:	NOTURNO:

KM DE ENTRADA: KM DE SAÍDA: TOTAL RODADO:

ABASTECIMENTO: KM: LITROS:

ABASTECIMENTO: KM: LITROS:

SISTEMA CILINDROS DE OXIGÊNIO E ASPIRAÇÃO:

EXTINTORES:

INSTRUÇÕES E TREINAMENTOS:

Nº TOTAL DE OCORRÊNCIAS: TRAUMAS: CLÍNICOS:

ALTURA: PRODUTOS PERIGOSOS: MULTIPLAS VÍTIMAS:

Nº QRU:	VÍTIMAS:	LOCAL:	REMOÇÃO: PS / PA
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		
Nº QRU:	VÍTIMAS:		

ANOTAÇÕES GERAIS:

Prefeitura do Município de
APIAÍ SP

EM BRANCO