



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO TFD (TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO)



01 MUNICÍPIO DE ORIGEM		02 DRS	
04 NOME		03 NÚMERO	
05 RESIDÊNCIA		05 IDENTIDADE	
06 RESIDÊNCIA		07 TELEFONE	
08 PROFISSÃO		09 CEP	
11 NOME		10 DATA DE NASCIMENTO	
13 RESIDÊNCIA		12 IDENTIDADE	
14 TELEFONE		15 CEP	
16 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		16 RELAÇÃO COM O PACIENTE	
18 EXAME FÍSICO		20 CID	
19 DIAGNÓSTICO		20 CID	
21 TRATAMENTO/EXAME INDICADO		20 CID	
22 OUTRAS ANOTAÇÕES		20 CID	
23 LOCAL E DATA		MÉDICO ASSISTENTE	
23 O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER À UNIDADE ASSISTENCIAL		EM _____ / _____ / _____ AS _____ HORAS	
ENDEREÇO: _____		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO _____	



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO TFD (TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO)



01 MUNICÍPIO DE ORIGEM		02 DRS	
04 NOME		03 NÚMERO	
06 RESIDÊNCIA		05 IDENTIDADE	
07 TELEFONE		08 CEP	
09 PROFISSÃO		10 DATA DE NASCIMENTO	
11 NOME		12 IDENTIDADE	
13 RESIDÊNCIA		14 TELEFONE	
15 CEP		16 RELAÇÃO COM O PACIENTE	
17 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL			
18 EXAME FÍSICO			
19 DIAGNÓSTICO			
20 CID			
21 TRATAMENTO/EXAME INDICADO			
22 OUTRAS ANOTAÇÕES			
LOCAL E DATA			
23 O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER À UNIDADE ASSISTENCIAL			
EM _____ / _____ / _____ ÀS _____ HORAS			
ENDEREÇO: _____			
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO _____			



MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO

ESTADO DE MINAS GERAIS
CENTRO DE SAÚDE



Saúde, seu direito e nosso compromisso.



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Saúde, seu direito e nosso compromisso.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor.: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

DATA _____/_____/_____



420

Saúde, seu direito e nosso compromisso.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

1 micron

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

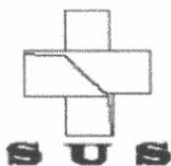
DATA / /

Modelo para Prefeitura Municipal de Azevedo do Sul

										Prefeitura Municipal do Rio Grande							
Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue																	
Ficha de Visita																	
UF					Município					Categ.		Quart.		Nº Imóvel			
Distrito					Localidade												
Data	Hora	Ativ.	Nº Equipe	Nome Legível					Data	Hora	Ativ.	Nº Equipe	Nome Legível				

16 cm
L

* campo da data maior.
* retirar o campo hora e nº de equipe



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

01 Controle Digitação

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

05	Categ. localid.	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1-sede 2-outros		/		/ /		/ /		S-sim N-não		/

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

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl.	Nº imóveis trabalhados por tipo							Nº imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	24		25	26	
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat Focal	Trat Perifocal	Inspecionados	Amostra Coletada	Recusa	Fechados	Recuperados	

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo										35					
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1		32	D2	33	E	34

Depósito Eliminado

Depósitos Tratados											
Larvicida (1)			Larvicida (2)								
36	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38	Qt dep.trat.	39	Tipo	40	Qtde. (Gramas)	41	Qt dep.trat.

Adulcida	
42	43
Tipo	Qt.de (Cargas)

44 Total de Agentes na semana

45 total Dias Trabalhados na semana

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
com Aedes aegypti																
com Aedes albopictus																

A1 - caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis

C - Depósitos fixos

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

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

E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo									Nº de exemplares											
	54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupa	63	Adultos
com Aedes aegypti																				
com Aedes albopictus																				
outros																				

64 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				65 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				66 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus					
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

67	Visto do Supervisor	68	Data do visto
----	---------------------	----	---------------



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Data Nasc.: ____/____/____ PSF / Microárea: _____

Endereço: _____ Mãe: _____

Bairro: _____

VACINAS			BCG	Hepatite B	Meningite Grupo C	Pneumo 10 Valente	Rotavírus	Poliomielite
1ª Dose	LOTE DATA ASSINAT.							
2ª Dose	LOTE DATA ASSINAT.							
3ª Dose	LOTE DATA ASSINAT.							
1º Reforço	LOTE DATA ASSINAT.							
2º Reforço	LOTE DATA ASSINAT.							
			Situações Especiais			Situações Especiais		

"ESTE CARTÃO DEVE SER MANTIDO NO ARQUIVO DESSA UNIDADE E ESTAR ATUALIZADO"



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Sistema
Único de
Saúde

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos: _____ meses: _____ dias

Endereço: _____ N° _____ Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____

Data do Atendimento: _____ / _____ / 20 _____

Hora: _____

Assinatura do Paciente ou do Responsável Legal

TIPO DO ATENDIMENTO E CÓDIGO

- P.A-0301100039: _____ X _____ mmHg Retirada de ponto - 0301100152 mmHg
- Glicemia capilar - 0214010015: _____ mg / dl Injeção - 030110020: _____
- Curativo - 0401010023 Coleta de sangue para triagem neonatal - 0201020050
- ECG - 0211020036 Colpocitopatológico - 0201020033
- Nebulização - 0301100101: SFO.9% _____ ml Atrovent _____ gts Berotec _____ gts

Outros: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Município: _____ Cód. Loc.: _____ Nome da localidade: _____
Data da atividade: ____/____/____ Ciclo/ano: ____/____
Tipo: _____ Nº e Nome da Zona (desmembramento): _____
1 - sede 2 - outros
S - sim N - não Zona Concluída?

Atividade: _____ 3 - PE - Ponto Estratégico
1 - LI - Levantamento de índice 2 - LI+T - Levantamento de índice + Tratamento 6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial
4 - T - Tratamento 5 - DF - Delimitação de Foco

Nº do quarteirão	Sequência	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Sequência	Complemento	Tipo do imóvel	Hora da visita	Visita (M-Normal / R-Recup)	Pendência (F-Fechado / R-Recusa)	Nº de Depósitos Inspeccionados								Inspeccionados (L)		Coleta amostra		Tratamento		Perifocal Adulterada		Depósitos Eliminados	Imóveis Tratados	Imóveis	Tipo (L1)	Qtd. (carga)	Qtd. dep. trat	Tipo				
											Água pl. Contâmetro CLEMAUD	A2	Água pl. Reserv. SUDO	A1	Depósitos Móveis	B	Depósitos Fixos	C	Pneus, Materiais rodantes...	D1	Lixo, Entulho, SUCATA...	D2	E	Dip. NATUREAS	Inicial	Final								Eliminados	Focal Lavada	Qtd. dep. trat	Tipo

Assinatura do Agente	Assinatura do Supervisor
----------------------	--------------------------

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº DEPÓSITOS INSPECIONADOS, por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Nº Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

Nº Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	Terreno Baldio	Ponto Estratégico	Outros imóveis	Total

Nº e seq. dos Quarteirões TRABALHADOS								

Nº e seq. dos Quarteirões CONCLUÍDOS								

Tipo	Adulcência (Tto em Ponto Estratégico com Bomba Costal Manual)	
	Qtde. (Carga*)	

Nº DEPÓSITOS TRATADOS			
Eliminados (Trat. Mecânico)	Tratados com Larvicida (Abate)	Qtde*(Gramas)	Qt. Dep. Trat.
L1			

*converter para GRAMAS

Adulcência - *01 Carga = 50ml Alfacypermetrina + 9.950ml de água totalizando 10 litros de calda.

(diluir os 50ml de alfacypermetrina em 2 litros de água antes de colocar na bomba e completar o volume (10litros)) **Atenção: USAR EPIII**

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com <i>Aedes aegypti</i>						
/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0
/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0

Nº e seqüência dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i>						
/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0
/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0

Nº DEPÓSITOS com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Com <i>Aedes aegypti</i>								
Com <i>Aedes albopictus</i>								

Nº de IMÓVEIS com espécies, por tipo						
	Res.	Com	TB	PE	Out.	Total
Com <i>Aedes aegypti</i>						
Com <i>Aedes albopictus</i>						
Outras espécies						

Res - Residência Com - Comércio TB - terreno baldio PE - Ponto estratégico Out - Outros imóveis

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais
C - Depósitos fixos

A1 - Caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (receptíveis plásticos, latas) sucatas, entulhos

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

98462-0650

Alhai

COMPUTER CENTER FOR RESEARCH

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aferição de Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Curativo Simples	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Coleta de material para Exame Laboratorial	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Glicemia Capilar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medição de altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medição de Peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA

CONTROLE

Armadilha
1 - Oureca
2 - Lenteira

Semana epid. /

Zona

Categ. localid.

Código e nome da localidade

Município

Endereço	No. quart.	Tipo Imov.	No. mov.	Identif. Armad.	Campo			Localização	Tubitos / Palhetas		Ocorrencia	Laboratório					
					Data		Chave		No.	Espécie		Quantidade					
					Inst.	Col.							Ovos	Larvas	arg.	alb.	outras

Total de quartirões	Total de armadilhas instaladas	Total de tubitos/palhetas	Total de larvas	Total de alb.
Total de imóveis	Total de armadilhas positivas	Total de ovos	Total de arg.	Total de outras

Assinatura do Agente
Assinatura do Supervisor
Assinatura do Superfior

- Ocorrência
- 1 - Casa fechada
 - 2 - Intervalo entre instalação e coleta maior que 7 dias
 - 3 - Armadilha ou palheta desaparecida/quebrada/interromtida
 - 4 - Armadilha seca



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Paciente: _____ PSF: Urbano Rural Zona: _____

RECEITUÁRIO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS

ENTREGAR SOMENTE OS ASSINALADOS COM (X), NÚMERO DE MEDICAMENTOS ASSINALADOS ()

MEDICAMENTO	DOSE	NÚMERO DE COMPRIMIDOS		
		MANHÃ	TARDE	NOITE
AAS	100 mg			
ÁCIDO FÓLICO	5 mg			
ALENDRONATO DE SÓDIO	70 mg			
ALOPURINOL	<input type="radio"/> 100 mg <input type="radio"/> 300 mg			
AMINOFILINA	100 mg			
AMIODARONA	200 mg			
ANLODIPINO	5 mg			
APRESOLINA	25 mg			
ATENOLOL	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
CAPTOPRIL	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
CARBONATO DE CÁLCIO	1250 mg			
CARVEDILOL	<input type="radio"/> 3,125 mg <input type="radio"/> 12,5 mg			
CINARIZINA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 75 mg			
CLOPROPRAMIDA	250 mg			
COMBIRON	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
COMPLEXO B	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
DIGOXINA	0,25 mg			
ENALAPRIL	<input type="radio"/> 10 mg <input type="radio"/> 20 mg			
ESPIRONOLACTONA	25 mg			
FENOFIBRATO	100 mg			
FUROSEMIDA	40 mg			
GLIBENCLAMIDA	5 mg			
GLICAZIDA	30 mg			
HIDROCLOROTIAZIDA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
LEVOTIROXINA DE SÓDIO	<input type="radio"/> 25 mcg <input type="radio"/> 50 mcg <input type="radio"/> 100 mcg			
LOSARTANA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
METFORMINA	<input type="radio"/> 500 mg <input type="radio"/> 850 mg			
METILDOPA	<input type="radio"/> 250 mg <input type="radio"/> 500 mg			
METOPROLOL SUCCINATO	50 mg			
METOPROLOL TARTARATO	100 mg			
NIFEDIPINA	20 mg			
NIMODIPINA	30 mg			
OMEPRAZOL	20 mg			
POLIVITAMÍNICO	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
PROPRANOLOL	40 mg			
PROVIT	GOTAS			
RANITIDINA	150 mg			
SINVASTATINA	<input type="radio"/> 10 mg <input type="radio"/> 20 mg			
VARFARINA SÓDICA	5 mg			
VERAPAMIL	80 mg			

RENOVAÇÃO: _____ / _____ /20 _____ VENCIMENTO: _____ / _____ /20 _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Paciente: _____

RECEITARIO DE MEDICACOES CONTINUAS

ENTREGAR SOMENTE OS ASSINALADOS COM O NÚMERO DE MEDICAMENTOS ASSINALADOS ()

NÚMERO DE COMPRIMIDOS		DOSE		MEDICAMENTO
MANHÃ	TARDE / NOITE			
		100 mg		AS
		1 mg		ACIDO FOLICO
		10 mg		ALENDRONATO DE SODIO
		100 mg		ALP JURINOL
		10 mg		AMINOGLUCONA
		10 mg		AMOT PROPI
		10 mg		ANILININA
		10 mg		PRESTINA
		10 mg		ATENOLOL
		10 mg		CALCIPORE
		10 mg		CARBONATO DE CALCIO
		10 mg		CARVEDILOL
		10 mg		CINARIZINA
		10 mg		CLORPROPAMIDA
		10 mg		COMBIRON
		10 mg		COMPLIX B
		10 mg		DIGOXINA
		10 mg		EMULABRI
		10 mg		ESPRONOLACTONA
		10 mg		FENOTEROL
		10 mg		FUROSEMIDA
		10 mg		GUBERONAMIDA
		10 mg		GLICAZIDA
		10 mg		HIDROCLOROTIAZIDA
		10 mg		LEVOTIROXINA DE SODIO
		10 mg		LOSARTANA
		10 mg		METFORMINA
		10 mg		METILDOPA
		10 mg		METOPROLOL SUCINATO
		10 mg		METOPROLOL TARTRATO
		10 mg		NITROGLICERINA
		10 mg		NITROGLICERINA
		10 mg		OMEBRANOLOL
		10 mg		POVITAMINA
		10 mg		PROPRANOLOL
		10 mg		PROTINOL
		10 mg		RANITIDINA
		10 mg		SIVASTATINA
		10 mg		VALPARATO SODICO
		10 mg		VITAMINA

122

VENCIAMENTO

120

RENOW

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

13



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
Sistema Único de Saúde

Paciente: _____ PSF: Urbano Rural Zona: _____

RECEITUÁRIO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS

ENTREGAR SOMENTE OS ASSINALADOS COM (X), NÚMERO DE MEDICAMENTOS ASSINALADOS ()

MEDICAMENTO	DOSE	NÚMERO DE COMPRIMIDOS		
		MANHÃ	TARDE	NOITE
AAS	100 mg			
ÁCIDO FÓLICO	5 mg			
ALENDRONATO DE SÓDIO	70 mg			
ALOPURINOL	<input type="radio"/> 100 mg <input type="radio"/> 300 mg			
AMINOFILINA	100 mg			
AMIODARONA	200 mg			
ANLÓDIPINO	5 mg			
APRESOLINA	25 mg			
ATENÓLÓL	<input type="radio"/> 25 mg <input checked="" type="radio"/> 50 mg			
CAPTÓPRIL	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
CARBONATO DE CÁLCIO	1250 mg			
CARVEDILOL	<input type="radio"/> 3,125 mg <input type="radio"/> 12,5 mg			
CINARIZINA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 75 mg			
CLORPROPAMIDA	250 mg			
COMBIRON	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
COMPLEXO B	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
DIGOXINA	0,25 mg			
ENALAPRIL	<input type="radio"/> 10 mg <input type="radio"/> 20 mg			
ESPIRONOLACTONA	25 mg			
FENOFIBRATO	100 mg			
FUROSEMIDA	40 mg			
GLIBENCLAMIDA	5 mg			
GLICAZIDA	30 mg			
HIDROCLOROTIAZIDA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
LEVOTIROXINA DE SÓDIO	<input type="radio"/> 25 mcg <input type="radio"/> 50 mcg <input type="radio"/> 100 mcg			
LOSARTANA	<input type="radio"/> 25 mg <input type="radio"/> 50 mg			
METFORMINA	<input type="radio"/> 500 mg <input type="radio"/> 850 mg			
METILDOPA	<input type="radio"/> 250 mg <input type="radio"/> 500 mg			
METÓPROLÓL SUCCINATO	50 mg			
METÓPROLÓL TARTARATO	100 mg			
NIFEDIPINA	20 mg			
NIMÓDIPINA	30 mg			
OMEPRAZÓL	20 mg			
POLIVITAMÍNICO	<input type="radio"/> Gotas <input type="radio"/> Comprimido			
PROPRANOLOL	40 mg			
PROTOVIT	GOTAS			
RANITIDINA	150 mg			
SINVASTATINA	<input type="radio"/> 10 mg <input type="radio"/> 20 mg			
VARFARINA SÓDICA	5 mg			
VERAPAMIL	80 mg			

RENOVAÇÃO: _____ / _____ /20 VENCIMENTO: _____ / _____ /20

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



MUNICÍPIO DE DORES DO TURVO

ESTADO DE MINAS GERAIS

Departamento Municipal de Saúde

CONTROLE DIÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DATA	NOME	IDADE	1ª CONSULTA	CONSULTA SUBSEQ.	URG/EME		CONSULTA		URGÊNCIA EMERG. CONS. OU PROCED.	PEQUENAS CIRURGIAS	DIAGNÓSTICO
					C. REFER. OUTRA UNIDADE	P/I	C. REFER. OUTRA UNIDADE	P/I			
TOTAL											



PREFEITURA MUNICIPAL DE DORES DO TURVO
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS Sistema Único de Saúde

Paciente: _____ PSF: Urbano Rural Zona: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Material: Sangue Urina Líquido Secreção Traqueal Secreção Incisional Outros: _____

Medicações em uso: Anti-agregante Antibiótico Anticoagulante Corticosteróide Citostático Outras: _____

BIOQUÍMICA	HEMATOLOGIA	IMUNOLOGIA	MICROBIOLOGIA
<input type="radio"/> Ácido Úrico	<input type="radio"/> Agregação plaquetária	<input type="radio"/> Alfa 1- Glicoproteína Ácida	<input type="radio"/> Antibiograma
<input type="radio"/> Albumina	<input type="radio"/> Antitrombina III	<input type="radio"/> Anti-estreptolisina "O" (ASO)	<input type="radio"/> Bacterioscopia
<input type="radio"/> Amilase	<input type="radio"/> Bilirrubinas Totais e Frações	<input type="radio"/> Anti-HAV IgG	<input type="radio"/> Cultura Aeróbios
<input type="radio"/> Cálcio	<input type="radio"/> Dímero D (DDI)	<input type="radio"/> Anti-HAV IgM	<input type="radio"/> Cultura Anaeróbios
<input type="radio"/> Cálcio Iônico	<input type="radio"/> Eritograma	<input type="radio"/> Anti-HBc IgM	<input type="radio"/> Cultura para Bk
<input type="radio"/> CK Total	<input type="radio"/> Fator Rh	<input type="radio"/> Anti-HBc Total	<input type="radio"/> Cultura para Fungos
<input type="radio"/> CKMB Enzimático	<input type="radio"/> Falcização	<input type="radio"/> Anti-HBe	<input type="radio"/> Pesquisa de BK
<input type="radio"/> CKMB Massa	<input type="radio"/> Fibrinogênio	<input type="radio"/> Anti-HBs	<input type="radio"/> Pesquisa de Fungos
<input type="radio"/> Cloro	<input type="radio"/> Gama G.T	<input type="radio"/> Anti-HCV	FEZES
<input type="radio"/> Colesterol Total	<input type="radio"/> Grupo Sanguíneo	<input type="radio"/> Anti-HIV	<input type="radio"/> Coprológico Funcional
<input type="radio"/> Creatinina	<input type="radio"/> Hematócrito (Ht)	<input type="radio"/> Anti-peroxidase (Anti-TPO)	<input type="radio"/> Kato - Katz
<input type="radio"/> Desidrogenase Lática (DHL)	<input type="radio"/> Hemoglobina (Hb)	<input type="radio"/> Anti-tireoglobulina	<input type="radio"/> Pesquisa de Leucócitos
<input type="radio"/> Eletroforese de Proteínas	<input type="radio"/> Hemograma completo	<input type="radio"/> C3	<input type="radio"/> Sangue Oculto
<input type="radio"/> Ferritina	<input type="radio"/> Leucograma	<input type="radio"/> C4	URIANÁLISE
<input type="radio"/> Ferro	<input type="radio"/> Plaquetas	<input type="radio"/> Chagas (IFI + HMA)	<input type="radio"/> Dismorfismo Eritrocitário
<input type="radio"/> Fosfatase Ácida Prostática	<input type="radio"/> Prova do laço	<input type="radio"/> Citomegalovírus IgG	<input type="radio"/> EAS / Urina Tipo I
<input type="radio"/> Fosfatase Ácida Total	<input type="radio"/> Reticulócitos	<input type="radio"/> Citomegalovírus IgM	<input type="radio"/> Proteína de Bence Jones
<input type="radio"/> Fosfatase Alcalina	<input type="radio"/> RNI	<input type="radio"/> Coombs Direto	MARCADORES TUMORAIS
<input type="radio"/> Fósforo	<input type="radio"/> T. de coag. Ativado (TCA)	<input type="radio"/> Coombs Indireto	<input type="radio"/> CA 125
<input type="radio"/> Gasometria Arterial	<input type="radio"/> T. de coagulação (TC)	<input type="radio"/> Fator Antinuclear (FAN)	<input type="radio"/> CA 15-3
<input type="radio"/> Gasometria Venosa	<input type="radio"/> T. de protrombina (TP)	<input type="radio"/> Fator Reumatóide (FR)	<input type="radio"/> CA 19-9
<input type="radio"/> Glicose	<input type="radio"/> T. de sangramento (TS)	<input type="radio"/> FTA - Abs	<input type="radio"/> CA 72-4
<input type="radio"/> HDL	<input type="radio"/> T. de trombina (TT)	<input type="radio"/> HBe Ag.	<input type="radio"/> CEA
<input type="radio"/> Hemogl. Glicosil. (HBA 1c)	<input type="radio"/> T. de tromboplastina (TTPa)	<input type="radio"/> HBs Ag	<input type="radio"/> CYFRA 21
<input type="radio"/> LDL	<input type="radio"/> VHS	<input type="radio"/> IgA Total	<input type="radio"/> hCG
<input type="radio"/> Magnésio	HORMÔNIOS	<input type="radio"/> IgE Total	<input type="radio"/> PSA Livre
<input type="radio"/> Mioglobina	<input type="radio"/> Estrógeno	<input type="radio"/> IgG Total	<input type="radio"/> PSA Livre/Total
<input type="radio"/> Potássio	<input type="radio"/> FSH	<input type="radio"/> IgM Total	<input type="radio"/> PSA Total
<input type="radio"/> Proteínas Totais e Frações	<input type="radio"/> LH	<input type="radio"/> LINF. CD 4 +	OUTROS
<input type="radio"/> Sódio	<input type="radio"/> Progesterona	<input type="radio"/> LINF. CD 8 +	
<input type="radio"/> T.O.T.G	<input type="radio"/> Prolactina	<input type="radio"/> Paul Bunnell	
<input type="radio"/> TGO (AST)	<input type="radio"/> T3	<input type="radio"/> Prot. C Reat. (PCR)	
<input type="radio"/> TGP (ALT)	<input type="radio"/> T3 livre	<input type="radio"/> Rubéola IgG	
<input type="radio"/> Triglicérides	<input type="radio"/> T4	<input type="radio"/> Rubéola IgM	
<input type="radio"/> Troponina	<input type="radio"/> T4 Livre	<input type="radio"/> Toxoplasmose IgG	
<input type="radio"/> Uréia	<input type="radio"/> Testosterona	<input type="radio"/> Toxoplasmose IgM	
<input type="radio"/> VLDL	<input type="radio"/> Testosterona livre	<input type="radio"/> TPHA	
	<input type="radio"/> TSH ultrasensível	<input type="radio"/> VDRL	
	<input type="radio"/> β-hCG	<input type="radio"/> Western Blot (HIV)	

Data da requisição: ____ / ____ / 20 ____ Realização do exame: ____ / ____ / 20 ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

 7a. Achados no exame clínico**Mama direita** Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

 QSL QIL QSM QIM UQlat UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

 QSL QIL QSM QIM UQlat UQsup UQmed UQinf RRA PALinfonodo palpável Axilar Supraclavicular**Mama esquerda** Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

 QSL QIL QSM QIM UQlat UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

 QSL QIL QSM QIM UQlat UQsup UQmed UQinf RRA PALinfonodo palpável Axilar Supraclavicular 7b. Controle radiológico Categoria 3**Mama direita****Mama esquerda** nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar 7c. Lesão com diagnóstico de câncer**Mama direita****Mama esquerda** nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante Mama direita
 Mama esquerda 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição**Mama direita****Mama esquerda** Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno**Mama direita****Mama esquerda** nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

8 - Mamografia de rastreamento

 8a. População alvo 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

 / /

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

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

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

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

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

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
----------------------------------	------	-------	------	--------

TURNO:* (M)(T)(N) LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____ Nº DE PARTICIPANTES* _____ Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____	CNS DO PROFISSIONAL _____ _____ _____	CBO*** _____ _____ _____
--	---	--

ATIVIDADE (opção única)*	TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***
<input type="checkbox"/> 01 Reunião de equipe <input type="checkbox"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde <input type="checkbox"/> 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento <input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho <input type="checkbox"/> 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território <input type="checkbox"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe <input type="checkbox"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> 06 Educação Permanente <input type="checkbox"/> 07 Outros
ATIVIDADE (opção única)* <input type="checkbox"/> 04 Educação em saúde <input type="checkbox"/> 05 Atendimento em grupo <input type="checkbox"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo <input type="checkbox"/> 07 Mobilização social	

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)
<input type="checkbox"/> 01 Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01 Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01 Antropometria
<input type="checkbox"/> 02 Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02 Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02 Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03 Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03 Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03 Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04 Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04 Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05 Adolescente	<input type="checkbox"/> 05 Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05 Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06 Mulher	<input type="checkbox"/> 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06 PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07 Gestante	<input type="checkbox"/> 07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07 PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08 Homem	<input type="checkbox"/> 08 Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08 PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09 Familiares	<input type="checkbox"/> 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10 Idoso	<input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13 Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13 Outras
<input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15 Semana saúde na escola	
<input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16 Outros	
<input type="checkbox"/> 17 Outros		

Obrigatório somente para antropometria

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

Legenda: 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

