ANEXOS – MODELOS COM TIPO DO PAPEL E DIMENSÕES

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
1	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

SUS Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins laborais que o(a) paciente _____

_____

apresenta sintomas de Síndrome Gripal CID10: J11 e conforme recomendação do Ministério da Saúde, visto a pandemia de Coronavírus (COVID-19), possui indicação médica para afastamento das atividades laborais entre os dias____/____/_____ e____/____/_____ assim como todos os seus contatos domiciliares para isolamento em domicílio durante esse período.

Autorizo a divulgação do CID e diagnóstico nesse atestado:

_____

____/____/_____ Data

_____ Assinatura e Carimbo do Médico

Rua Alexandre Correia dos Santos S/N - Carira/SE
E-mail: saudecarira@gmail.com - Tel.: (79) 3445-2086

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
2	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

30 Blocos

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____ **NÚMERO DE FAMÍLIAS:** _____

MÊS: _____ **ANO:** _____ **NÚMERO DE PESSOAS:** _____

NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICO	
AGENDADO/CONTINUADO	
DEMANDA ESPONTÂNEA	

NÚMERO DE ATENDIMENTO ENFERMEIRO	
AGENDADO/CONTINUADO	
DEMANDA ESPONTÂNEA	

Nº DE GESTANTES	
COM CONSULTA NO MÊS	
REALIZARAM TESTE RÁPIDO	
INICIADO NO 1º TRIMESTRE	
PUÉRPERAS	
COM VISITA PUERPERAL	

EXAME CITOPATOLÓGICO	
MAMOGRAFIAS	

ACAMADOS	
VISITAS	
DOMICILIADOS	
SAD	

VISITAS	
MÉDICO	
ENFERMEIRO	
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	

CRIANÇAS DE 0 a 6 MESES	
CRIANÇAS ABAIXO DE 5 ANOS	
COM BAIXO PESO	
CONSULTA PUERICULTURA	
HIPERTENSOS	
DIABÉTICOS	
INSULINO DEPENDENTES	
IDOSOS	
SAÚDE MENTAL	

ÓBITOS	
MULHERES EM IDADE FÉRTIL	
CRIANÇAS MENORES DE 1 ANOS	
TOTAL DE ÓBITOS	
ABORTAMENTO	
GESTANTES	
CAUSAS INDETERMINADAS	

NASCIDOS VIVOS	
BAIXO PESO	
PREMATUROS	

TUBERCULOSE	
BACILOSCOPIA	
HANSENÍASE	
EXAME DERMATONEUROLÓGICOS	

CÂNCER	
HEMODIÁLISE	
DEFICIENTES	

VERSO

TESTES RÁPIDOS

REALIZADOS / POSITIVOS

HIV		
SÍFILIS		
HEPATITE B		
HEPATITE C		

BOLSA FAMÍLIA	
HOSPITALIZAÇÕES	
OBESIDADE	
TABAGISMO	
ETILISMO	

ODONTOLOGIA

INDICADORES	PRODUÇÃO
ATENDIMENTO	
ATEND. DOMICILIAR	
PROCEDIMENTOS	
TRATAMENTO CONCLUÍDO	
GESTANTES	
PALESTRAS	
ESCOVAÇÃO	
EXTRAÇÃO	
RESTAURAÇÃO	

ATIVIDADES COLETIVAS

SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA

REUNIÃO	MOTIVO

PROCEDIMENTOS

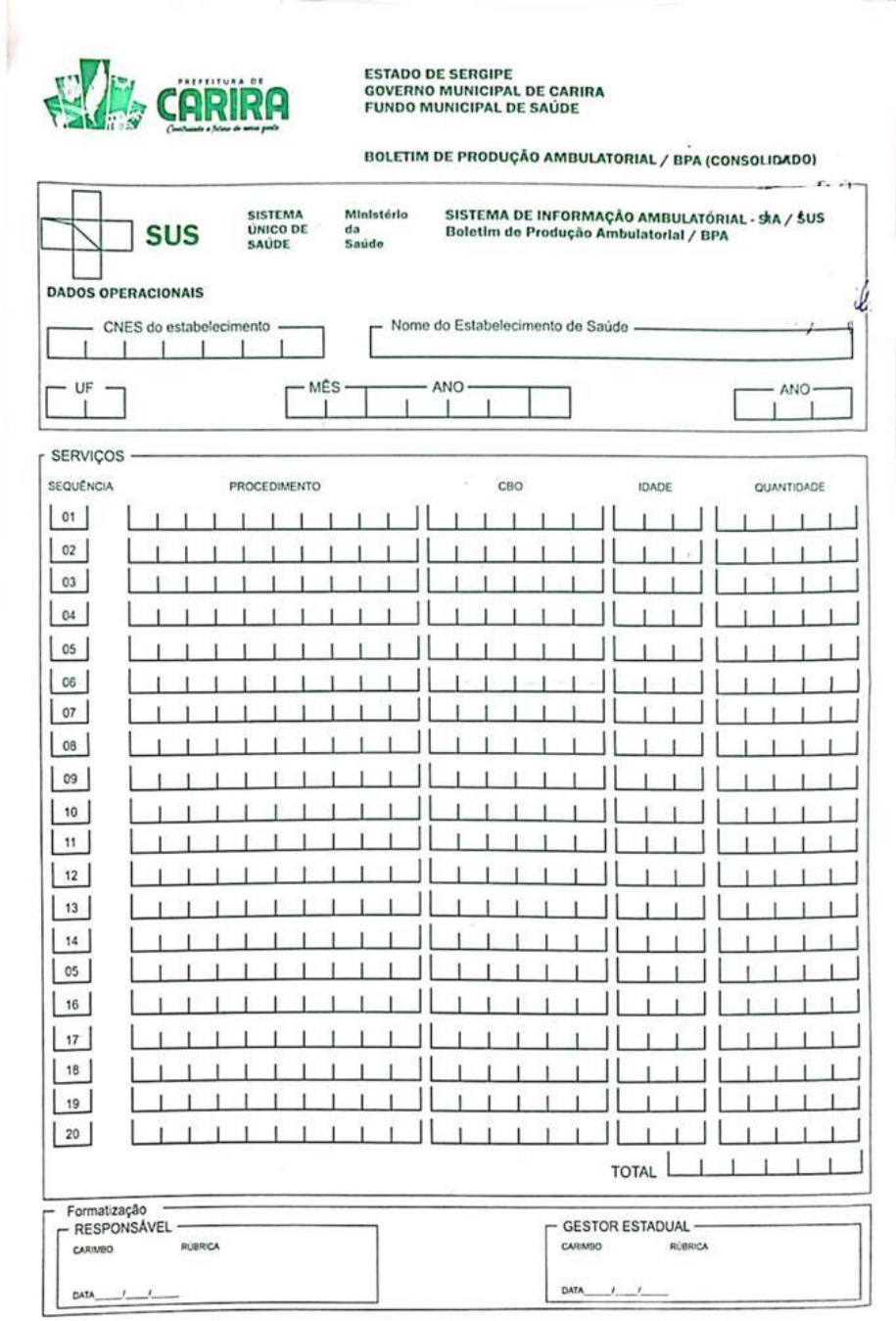
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	CURATIVOS	TESTE DO PEZINHO	PPG	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	TEMPERATURA	GLICEMIA	RETIRADA DE PONTOS	VACINAS

_____ DATA: _____

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

ASSINATURA DO COORDENADOR DE AB: _____

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
3	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM



PREFEITURA DE CARIRA

ESTADO DE SERGIPE
GOVERNO MUNICIPAL DE CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL / BPA (CONSOLIDADO)

SUS — SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — Ministério da Saúde — SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATÓRIAL - SIA / SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA

DADOS OPERACIONAIS

CNES do estabelecimento | Nome do Estabelecimento de Saúde

UF | MÊS | ANO | ANO

SERVIÇOS

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
05				
16				
17				
18				
19				
20				
			TOTAL	

Formatização

RESPONSÁVEL — CARIMBO — RÚBRICA — DATA ___/___/___

GESTOR ESTADUAL — CARIMBO — RÚBRICA — DATA ___/___/___

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
4	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

PREFEITURA DE CARIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ministério da Saúde — SUS

BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PROFISSIONAL
CBO | MÊS/ANO / | EQUIPE | FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO Masc ☐ Fem ☐ | DATA DE NASCIMENTO / / | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
CÓD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO / / | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO Masc ☐ Fem ☐ | DATA DE NASCIMENTO / / | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
CÓD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO / / | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE
SEXO Masc ☐ Fem ☐ | DATA DE NASCIMENTO / / | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
CÓD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO
BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO / / | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE | CNPJ
SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO | Nº DA AUTORIZAÇÃO

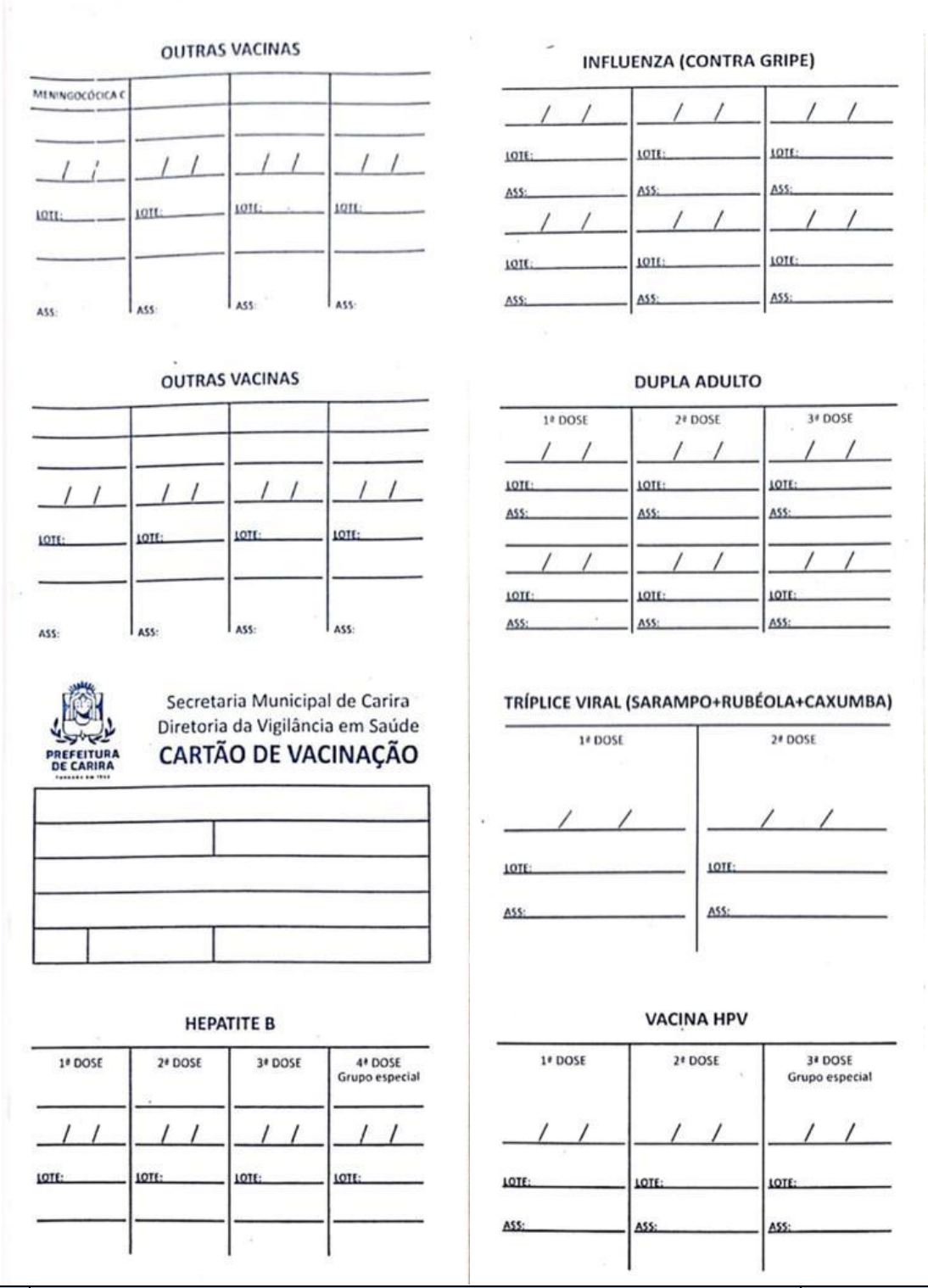
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE — CARIMBO — RUBRICA — DATA / /

GESTOR MUNICIPAL / ESTADUAL — CARIMBO — RUBRICA — DATA / /

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES

5	PAPEL CARTÃO BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	8,5X24 CM

FRENTE X VERSO



ITEM	PAPEL	DIMENSÕES

6	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

Carira

ESTADO DE SERGIPE
GOVERNO MUNICIPAL DE CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSOLIDADO DO TESTE DO PEZINHO

RN DE (NOME DA MÃE)	ENDEREÇO	DATA DO NASCIMENTO	DATA DA COLETA

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
7	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CARIRA

PACIENTE: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devido fins, que o paciente supracitada compararecu nesta unidade, na data descrita abaixo no período da manhã para realização de consulta _____.

DATA: ___/___/_____ _____

ASSINATURA

Prefeitura Municipal de Carira – Avenida Aroaldo Chagas – Centro, Carira-se
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 – CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
8	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

SAÚDE e SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	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														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento* Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento* 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	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)														
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														
Testagem rápida — De gravidez														
Testagem rápida — Dosagem de proteinúria														
Testagem rápida — Para HIV														
Testagem rápida — Para hepatite C														
Testagem rápida — Para sífilis														
Administração de medicamentos — Oral														
Administração de medicamentos — Intramuscular														
Administração de medicamentos — Endovenosa														
Administração de medicamentos — Inalação/Nebulização														
Administração de medicamentos — Tópica														
Administração de medicamentos — Penicilina para tratamento de sífilis														
Administração de medicamentos — Subcutânea (SC)														

1/2

VERSO

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)														
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)														

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	☐☐☐	

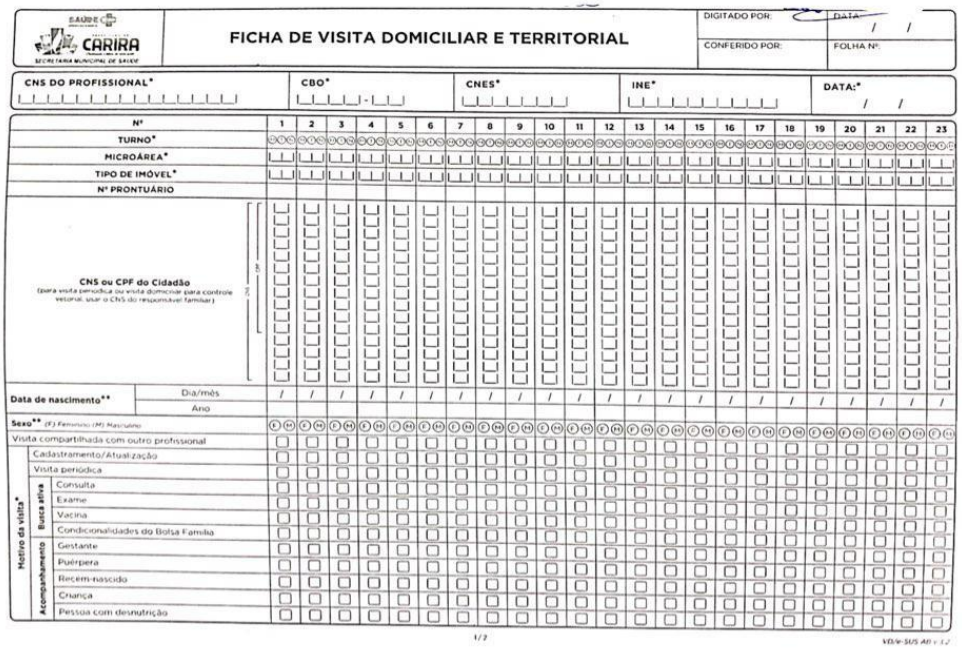
Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

***Campo obrigatório**

2/2

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
9	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE



SAÚDE — CARIRA — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

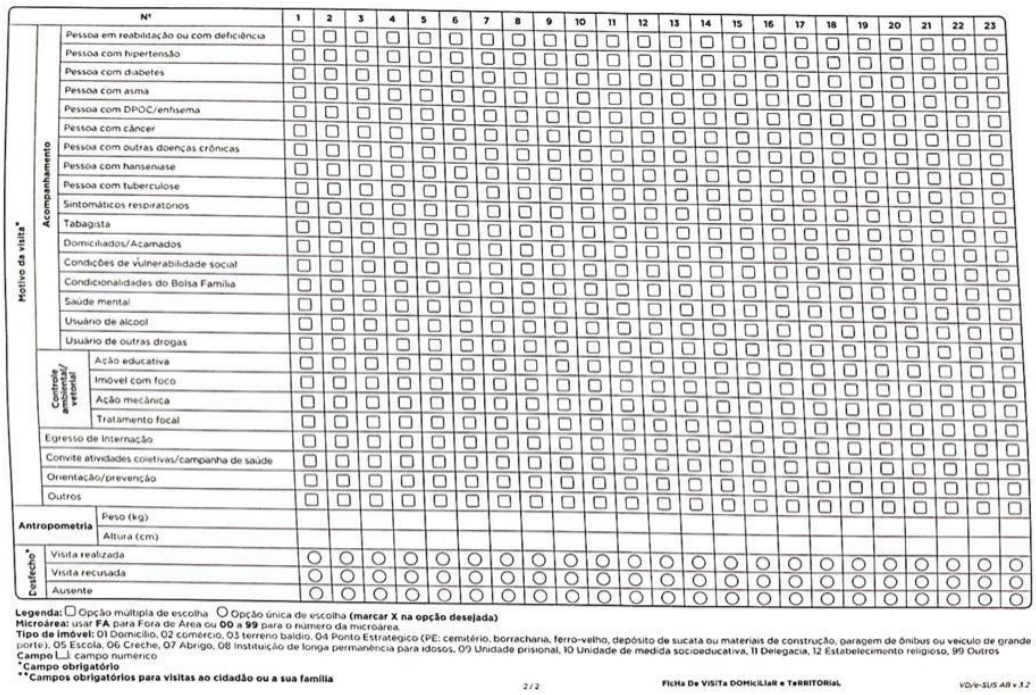
DIGITADO POR: DATA: / /
CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

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

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*																							
MICROÁREA*																							
TIPO DE IMÓVEL*																							
Nº PRONTUÁRIO																							
CNS ou CPF do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																							
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	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* — Acompanhamento — Cadastramento/Atualização																							
Visita periódica																							
Busca ativa — Consulta																							
Exame																							
Vacina																							
Condicionalidades do Bolsa Família																							
Acompanhamento — Gestante																							
Puérpera																							
Recém-nascido																							
Criança																							
Pessoa com desnutrição																							

1/2 VD/e-SUS AB v 3.2

VERSO



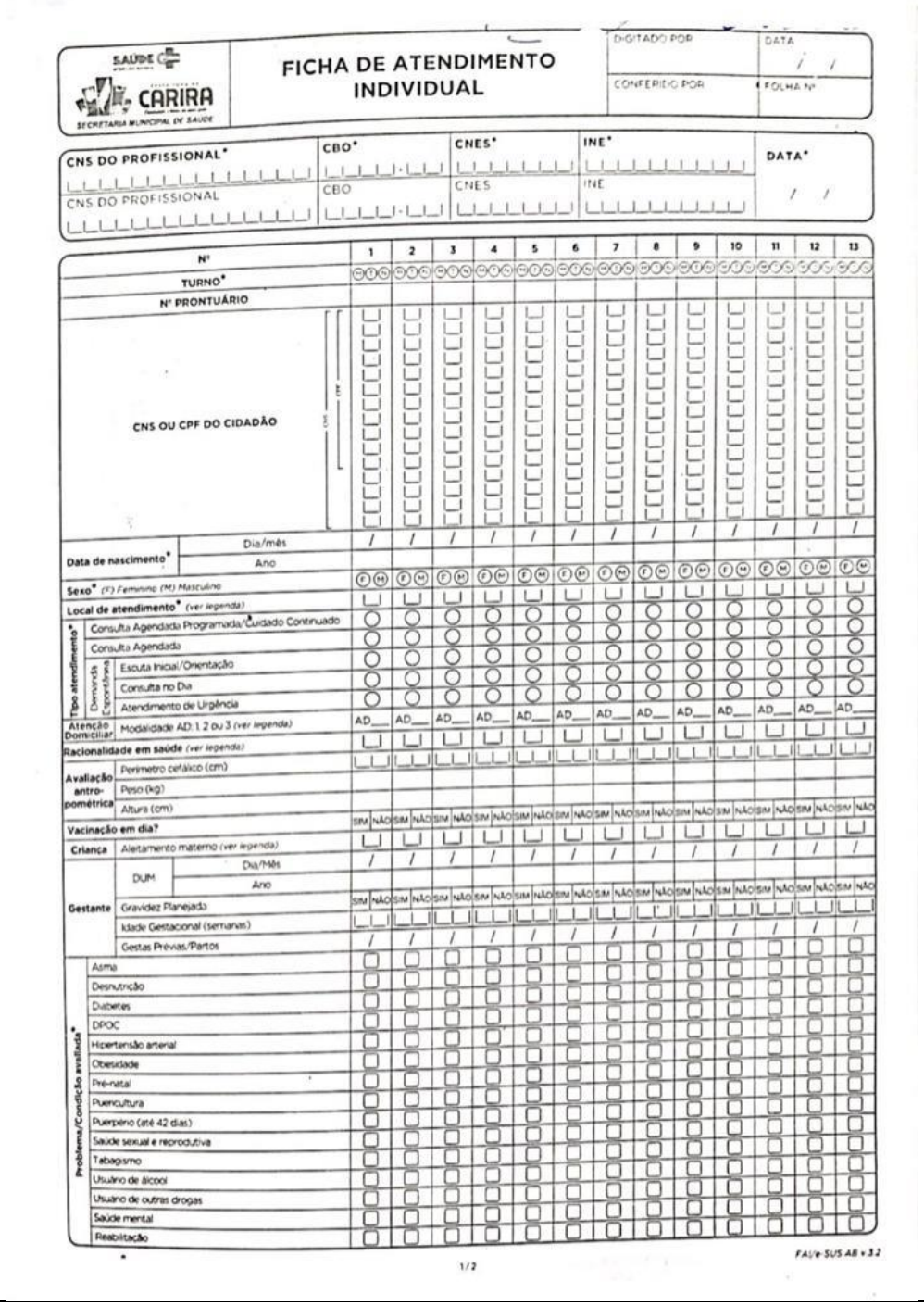
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita* — Acompanhamento — Pessoa em reabilitação ou com deficiência																							
Pessoa com hipertensão																							
Pessoa com diabetes																							
Pessoa com asma																							
Pessoa com 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																							
Controle ambiental/vetorial — Ação educativa																							
Imóvel com foco																							
Ação mecânica																							
Tratamento focal																							
Egresso de Internação																							
Convite atividades coletivas/campanha de saúde																							
Orientação/prevenção																							
Outros																							
Antropometria — Peso (kg)																							
Altura (cm)																							
Desfecho* — Visita realizada																							
Visita recusada																							
Ausente																							

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **FA** para Fora de Área ou **00 a 99** para o número da microárea.
Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
Campo L_L campo numérico
***Campo obrigatório**
****Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família**

2/2 FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL VD/e-SUS AB v 3.2

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
10	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE



SAÚDE CARIRA — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR | DATA / / | CONFERIDO POR | FOLHA Nº

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 (CPF / CNS)													
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)													
Tipo atendimento* — Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
Consulta Agendada													
Demanda Espontânea — Escuta Inicial/Orientação													
Consulta no Dia													
Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar — Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Racionalidade em saúde (ver legenda)													
Avaliação antro-pométrica — Perímetro cefálico (cm)													
Peso (kg)													
Altura (cm)													
Vacinação em dia?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança — Aleitamento materno (ver legenda)													
Gestante — DUM Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano													
Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Idade Gestacional (semanas)													
Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada* — Asma													
Desnutrição													
Diabetes													
DPOC													
Hipertensão arterial													
Obesidade													
Pré-natal													
Puericultura													
Puerpério (até 42 dias)													
Saúde sexual e reprodutiva													
Tabagismo													
Usuário de álcool													
Usuário de outras drogas													
Saúde mental													
Reabilitação													

FAA-SUS AB v.3.2

1/2

VERSO

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	CIAP-2													
		CIAP-2													
		CID-10													
		CID-10													
Exames solicitados (S) e avaliados (A)		Colesterol total	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Creatinina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		EAS/EQU	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Eletrocardiograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Eletroforese de hemoglobina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Espirometria	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Exame de escarro	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Glicemia	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		HDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Hemoglobina glicada	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Hemograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		LDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia de sífilis (VDRL)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia para dengue	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Sorologia para HIV	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste de gravidez	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Ultrassonografia obstétrica	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Urocultura	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem Neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do olhinho (TRV)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		Teste do pezinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP)	_____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		_____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		_____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
		_____	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
Ficou em Observação?			SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Nasf/Polo		Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta/Desfecho*		Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia/Convencional, deixar este campo em branco)
Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.
***Campo obrigatório**

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL 2/2 FAI/e-SUS AB v 3.2

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
11	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
CARIRA-SE

NOME:
MÃE:
DATA DE NASCIMENTO:
MICRO ÁREA:
CARTÃO SUS:

LISTA DE PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS

HIPERTENSÃO		TABAGISMO	
DIABETES		ETILISMO	
DISLIPIDEMIA		SAÚDE MENTAL	

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

DIAGNÓSTICO E DURAÇÃO	TRATAMENTO

MEDICAMENTOS EM USO:

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES:

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
12	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE AVALIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO
NOME: IDADE:
DIAGNÓSTICO:
DATA DE NASCIMENTO: TELEFONE:
PROFISSÃO: DATA DE AVALIAÇÃO:

ANAMNESE

Q.P.:
H.D.A.:

H.P.P.:

EXAME FÍSICO
INSPEÇÃO

TEGUMENTO:
EDEMA:
DEFORMIDADE:
CICATRIZ:
PRÓTESE/PRÓTESE:
TROFISMO:
MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS:
MARCHA:

PALPAÇÃO

ESTALIDOS:
ALGIAS:
TÔNUS MUSCULAR:

MOVIMENTAÇÃO ATIVA:

SENSIBILIDADE:

TESTES ESPECIAIS:

VERSO

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

_____

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: _____

_____

TRATAMENTO

OBJETIVOS: _____

_____

_____

_____

_____

CONDUTA: _____

_____

_____

_____

_____

_____

EVOLUÇÃO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
13	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica – MODELO 25/08/202

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbio gustativos.
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolênc excessiva, irritabilidade e inapetência.
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presente

UF de notificação: |__|__| **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não | **Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de saúde** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de segurança** (Marcar |__| Sim |__|Não

CBO: | **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____ | **País de origem:**

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino | **Raça/COR:** (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena - Etnia:_____ |__|Ignorado | **Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|

CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

Estado de residência: |__|__| | **Município de Residência:** _____

Logradouro: | **Número:** | **Bairro:**

Complemento:

Telefone Celular: | **Telefone de contato:**

Data da Notificação: ___|___|____ | **Data do início dos sintomas:** ___|___|____

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sintomas: (Marcar X)
|__|Assintomático |__| Febre |__|Dor de Garganta |__|Dispneia |__| Tosse |__| Coriza
|__| Dor de Cabeça |__| Distúrbios gustatórios |__| Distúrbios olfativos |__|Outros_____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Imunossupressão
|__| Gestante
|__| Puérpera (até 45 dias do parto)
|__| Obesidac

Estado do Teste: (Marcar X) |__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Exame Não Solicitado

Data da Coleta do Teste: ____|____|____

Tipo de Teste: (Marcar X) |__|RT – PCR |__|Teste rápido – anticorpo |__|Teste rápido – antígeno |__|Enzimaimunoensaio-ELISA |__|Eletroquimioluminescência- ECLIA |__|Quimioluminescência- CLIA

Resultado do test (Marcar X) |__|Negativo |__|Positivo |__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Classificação final: (Marcar X)
|__|Descartado
|__|Confirmado Clínico-Epidemiológico
|__|Confirmado Laboratorial
|__|Síndrome Gripal Não Especificada
|__|Confirmado Clínico Imagem
|__|Confirmado Por Critério Clínico

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado
|__|Ignorado
|__|Em tratamento domiciliar
|__|Internado em UTI
|__|Internad
|__|Óbito
|__|Cura

Data de encerramento: ____|____|_____

Informações complementares e observações

e-SUS Notifica – MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 25/08/2020

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
14	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO

PREFEITURA DE CARIRA

Prontuário Nº: _____

SUS

Ficha de Registro do Vacinado

Estabelecimento de Saúde

Código CNS

*Nome

*Nome da Mãe

*Data de Nascimento *Sexo F ☐ M ☐ Raça *País *Uf res. *Município residência

Endereço: Nº CEP

Complemento Bairro Telefone (com DDD)

E-mail Zona de residência Rural ☐ Urbana ☐ *Grupo de Atendimento ☐ Gestante ☐ Comunicante hanseníase ☐

***RA	*Data de Aplicação	*Estratégia	*Imunobiológico	*Laboratório	*Dose	*Lote	*Motivo de Indicação	Especialidade (solicitante)	Aprazamento	*Data Digitação
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /

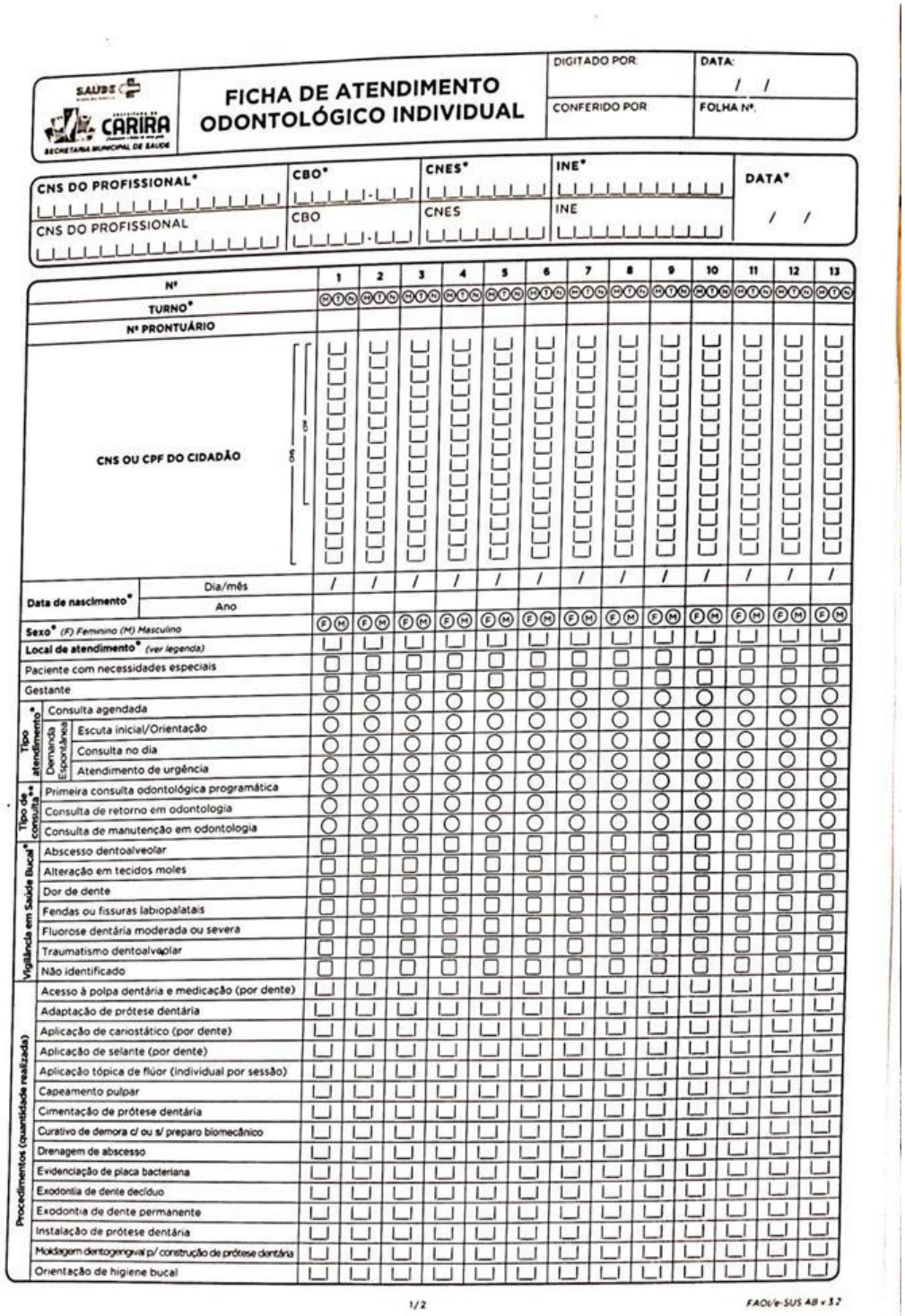
VERSO

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RESPONSÁVEL

Ficha de Registro do Vacinado

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
15	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE



SAÚDE — PREFEITURA DE CARIRA — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

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

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 (15 dígitos)													
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													
Tipo atendimento* — Demanda Espontânea — Escuta inicial/Orientação													
Tipo atendimento* — Demanda Espontânea — Consulta no dia													
Tipo atendimento* — Demanda Espontânea — Atendimento de urgência													
Tipo de consulta** — Primeira consulta odontológica programática													
Tipo de consulta** — Consulta de retorno em odontologia													
Tipo de consulta** — Consulta de manutenção em odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal* — Abscesso dentoalveolar													
Vigilância em Saúde Bucal* — Alteração em tecidos moles													
Vigilância em Saúde Bucal* — Dor de dente													
Vigilância em Saúde Bucal* — Fendas ou fissuras labiopalatais													
Vigilância em Saúde Bucal* — Fluorose dentária moderada ou severa													
Vigilância em Saúde Bucal* — Traumatismo dentoalvaolar													
Vigilância em Saúde Bucal* — 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													

1/2 — FAO/e-SUS AB v 3.2

VERSO

	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**

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

2/2

FAOI/e-SUS AB v 3.2

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
16	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE GPA

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

1/2

FAC4-SUS AB v.21

VERSO

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg) (Obrigatório somente para antropometria)	ALTURA (cm) (Obrigatório somente para antropometria)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: 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	☐			☐	☐

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**

2/2

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

FAÇA-SUS AB v.21

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
17	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

LISTA DE FREQUÊNCIA
FISIOTERAPIA

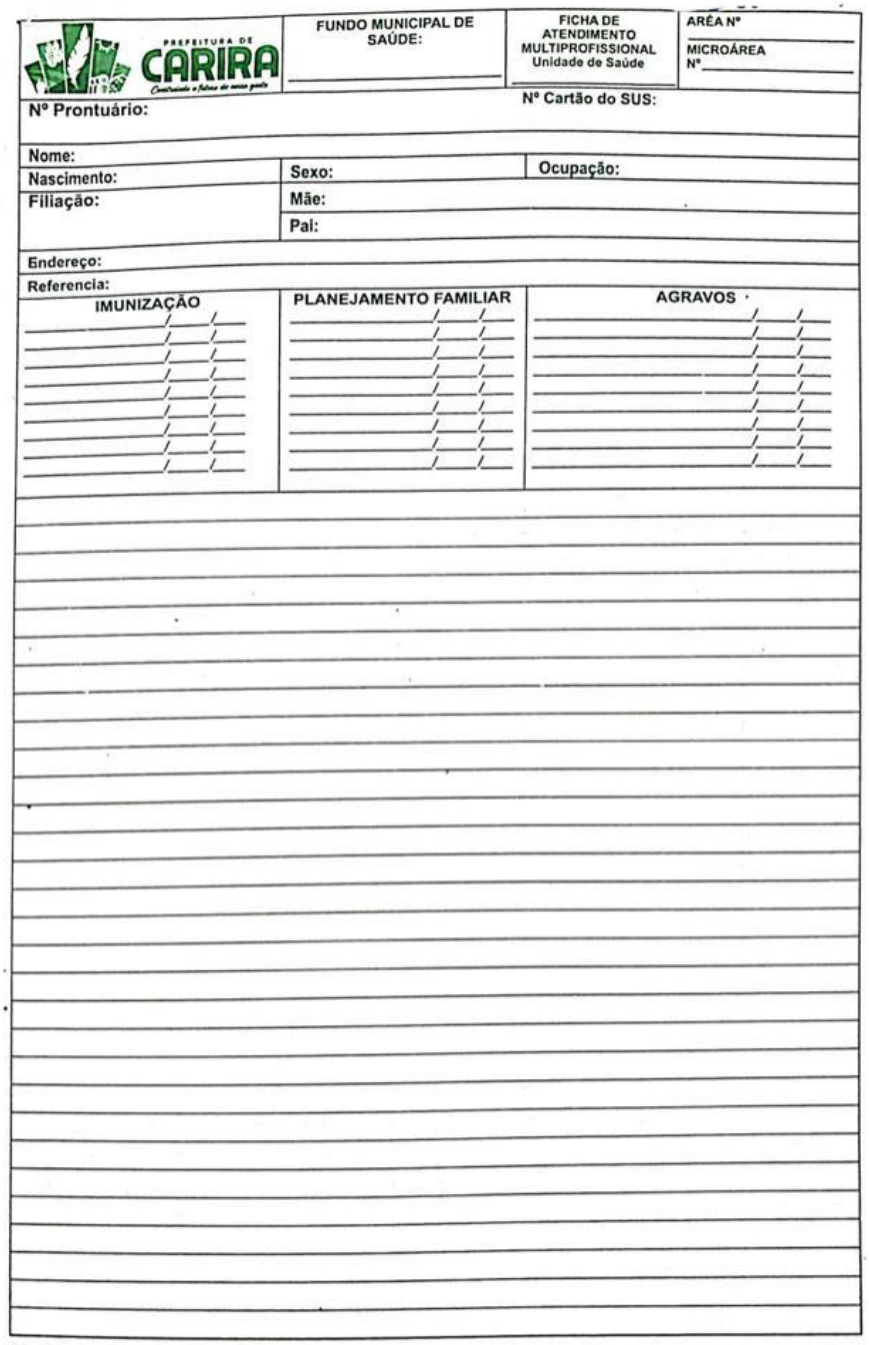
Paciente: _____ **CID:** _____

Cartão do SUS: _____ **Data de Nascimento:**_____

SESSÃO	DATA	DIA	SESSÃO	DATA	DIA
1ª	/ /		11ª	/ /	
2ª	/ /		12ª	/ /	
3ª	/ /		13ª	/ /	
4ª	/ /		14ª	/ /	
5ª	/ /		15ª	/ /	
6ª	/ /		16ª	/ /	
7ª	/ /		17ª	/ /	
8ª	/ /		18ª	/ /	
9ª	/ /		19ª	/ /	
10ª	/ /		20ª	/ /	

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
18	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE



PREFEITURA DE CARIRA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:

FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL
Unidade de Saúde

ARÉA Nº
MICROÁREA Nº

Nº Prontuário:

Nº Cartão do SUS:

Nome:

Nascimento:

Sexo:

Ocupação:

Filiação:

Mãe:

Pai:

Endereço:

Referencia:

IMUNIZAÇÃO	PLANEJAMENTO FAMILIAR	AGRAVOS
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

VERSO

DATA		ASSINATURA

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
19	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica – MODELO 25/08/202

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbi gustativos.
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolênc excessiva, irritabilidade e inapetência.
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presente

UF de notificação: |__|__| **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não | **Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de saúde** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **Profissional de segurança** (Marcar |__| Sim |__|Não

CBO: | **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____ | **País de origem:**

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino | **Raça/COR:** (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena - Etnia:_____ |__|Ignorado | **Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|

CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__

Estado de residência: |__|__| | **Município de Residência:** _____

Logradouro: | **Número:** | **Bairro:**

Complemento:

Telefone Celular: | **Telefone de contato:**

Data da Notificação: ___|___|____ | **Data do início dos sintomas:** ___|___|____

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sintomas: (Marcar X)
|__|Assintomático |__| Febre |__|Dor de Garganta |__|Dispneia |__| Tosse |__| Coriza
|__| Dor de Cabeça |__| Distúrbios gustatórios |__| Distúrbios olfativos |__|Outros_____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Imunossupressão
|__| Gestante
|__| Puérpera (até 45 dias do parto)
|__| Obesidac

Estado do Teste: (Marcar X)
|__|Solicitado
|__|Coletado
|__|Concluído
|__|Exame Não Solicitado

Data da Coleta do Teste: ____|____|____

Tipo de Teste: (Marcar X)
|__|RT – PCR
|__|Teste rápido – anticorpo
|__|Teste rápido – antígeno
|__|Enzimaimunoensaio-ELISA
|__|Eletroquimioluminescência- ECLIA
|__|Quimioluminescência- CLIA

Resultado do test (Marcar X)
|__|Negativo
|__|Positivo
|__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Classificação final: (Marcar X)
|__|Descartado
|__|Confirmado Clínico-Epidemiológico
|__|Confirmado Laboratorial
|__|Síndrome Gripal Não Especificada
|__|Confirmado Clínico Imagem
|__|Confirmado Por Critério Clínico

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado
|__|Ignorado
|__|Em tratamento domiciliar
|__|Internado em UTI
|__|Internad
|__|Óbito
|__|Cura

Data de encerramento: ____|____|_____

Informações complementares e observações

e-SUS Notifica – MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 25/08/2020

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
20	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARIRA/SE

MAPA EPIDEMIOLÓGICO

USF _____

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

TOTAL DE FAMÍLIAS: _____ **ANO:** _____

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS												
CRIANÇAS DE 2 A 5 ANOS												
GESTANTES												
IDOSOS												
HIPERTENSOS												
DIABÉTICOS												
INSULINODEPENDENTES												
ACAMADOS												
DOMICILIADOS												
HANSENÍASE												
TUBERCULOSE												
HIV/AIDS												
HEPATITE B												
HEPATITE C												
SÍFILIS												
SÍFILIS CONGÊNITA												
FUMANTES												
CÂNCER												
SAÚDE MENTAL												
HEMODIÁLISE												

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
21	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAPA DE REGISTRO IMEDIATO DE PROCEDIMENTO
MAIS VISITA DOMICILIAR

Unidade:_____ Área:_____ Localidade:_____

Profissional:_____ Microárea:_____ Mês:_____ Ano:_____

DADOS DA FAMÍLIA

Procedimento	Data	Nome	Nº Identidade (RG)	Idade	Endereço	Assinatura

VERSO

Procedimento	Data	Nome	Nº Identidade (RG)	Idade	Endereço	Assinatura

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
22	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Básica
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

PREFEITURA DE CARIRA

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:SE

Município:_____ Unidade de Saúde/local:_____ Data:___/___/___

Responsável:_____

Rotina: ☐ Campanha: ☐

100.000 UI
crianças de 6 a 11 meses*

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança só receberá 1 dose de 100.000 UI

Total - 100.000 UI:
Saldo - 100.000UI:

200.000 UI
crianças de 12 a 59 meses**

1ª dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

**2ª dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 6 meses)

Total - 200.000 UI: (1ª dose)
Saldo - 200.000UI:

Total - 200.000 UI: (2ª dose)

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo
(registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)

Números de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de frasco
100.000 UI	200.000 UI						

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
23	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISIVEIS – AREA TÉCNICA DE DST/AIDS
MAPA DE MOVIMENTO MENSAL DE TESTE RÁPIDO PARA HIV E SÍFILIS

Município: CARIRA
Instituição:

INSUMOS	LOTE	RECEBIDO			SAÍDA			SALDO ATUAL	PEDIDO
		SALDO ANTERIOR	SES	OUTROS	UTILIZADO	REMANEJADO	PERDAS		
TESTE RAPIDO HIV									
TESTE RAPIDO HIV (contra teste)									
TESTE RAPIDO SIFILIS									
TESTE RAPIDO HEPATITE B									
TESTE RAPIDO HEPATITE C									

POPULAÇÃO ATENDIDA	TB	GESTANTE	PARCEIRO DE PORTADOR HIV	PESSOAS COM SINAIS E SINTOMAS DE AIDS	CAMINHONEIROS	PROFISSIONAL DO SEXO	PESSOAS EM TRANSITO	OUTROS	TOTAL
Nº DE TESTES HIV									
Nº DE TESTES SÍFILIS									
Nº DE TESTES HEPATITE B									
Nº DE TESTES HEPATITE C									
TESTES POSITIVOS	**TB**	**GESTANTE**	**PARCEIRO DE PORTADOR HIV**	**PESSOAS COM SINAIS E SINTOMAS DE AIDS**	**CAMINHONEIROS**	**PROFISSIONAL DO SEXO**	**PESSOAS EM TRANSITO**	**OUTROS**	**TOTAL**
Nº DE TESTES HIV									
Nº DE TESTES SÍFILIS									
Nº DE TESTES HEPATITE B									
Nº DE TESTES HEPATITE C									

GESTANTE Nº DE TESTES REALIZADOS POR PERIODO DA GRAVIDEZ	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	CASOS HIV REAGENTE – GESTANTE (INICIAIS)	
Nº DE TESTES HIV					
Nº DE TESTES SÍFILIS					
TESTE RAPIDO DE GRAVIDEZ					

VALIDADE		OBSERVAÇÃO:
TESTE RAPID HIV		
TESTE RAPID HIV (contra teste)		
TESTE RAPID SIFILIS		
TESTE RAPIDO HEPATITE B		
TESTE RAPIDO HEPATITE C		

Responsável pelo preenchimento Função Telefone contato Data preenchimento

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
24	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

ESTADO DE SERGIPE
GOVERNO MUNICIPAL DE CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA Nº _____/_____

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL

NÃO HOUVE CASOS SUSPEITOS DE:

- ☐ SARAMPO
- ☐ RUBÉOLA
- ☐ PARALISIA AGUDA FLÁCIDA
- ☐ TÉTANO NEONATAL
- ☐ SURTOS DE DTA

RESPONSÁVEIS: VIGILÂNCIA EM SAÚDE / VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

ENVIAR POR PORTADOR OU, PREFERENCIALMENTE, VIA FAX
Telefax: (79) 3226-8308

VERSO

PREFEITURA DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA

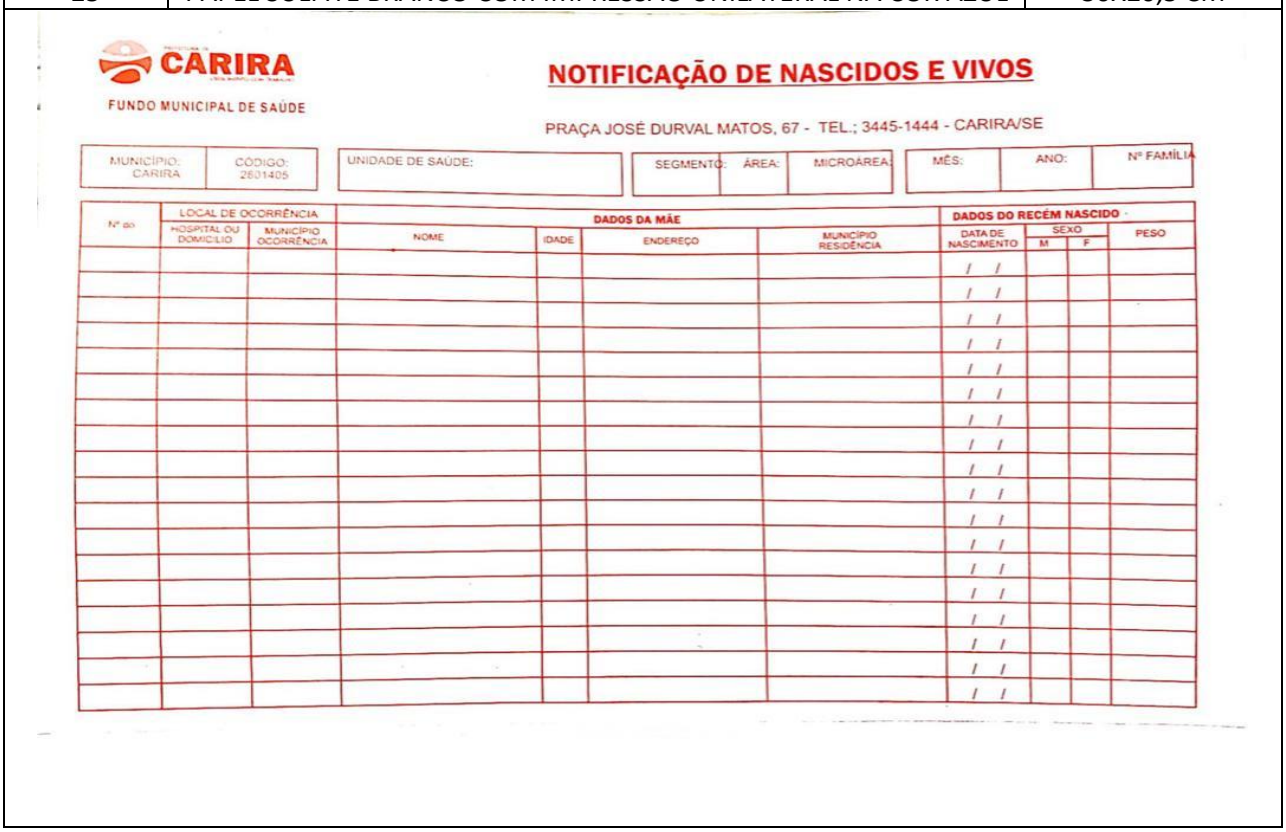
Unidade de Saúde:_____ Semana Epidemiológica:_____

Nº DE ORDEM	DATA DO ATENDIMENTO	NOME DO PACIENTE	FAIXA ETÁRIA *					PROCEDÊNCIA (RUA, BAIRRO, LOCALIDADE, SÍTIO FAZENDA, ETC)	ZONA **		DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	PLANOS DE ATENDIMENTO ***			
			<1	1 a 4	5 a 9	10+	IGN		URBANA	RURAL		A	B	C	IGN

* FAIXA ETÁRIA - Escrever a idade do paciente na faixa etária correspondente
** ZONA - Assinalar com um (x) (Urbana ou Rural)
*** PLANO DE TRATAMENTO - Assinar com um (x) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidado domiciliares) B (diarréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO) OU C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa)

RESPONSÁVEL:_____ ASSINATURA:_____

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
25	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM



CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE NASCIDOS E VIVOS

PRAÇA JOSÉ DURVAL MATOS, 67 - TEL.; 3445-1444 - CARIRA/SE

MUNICÍPIO: CARIRA	CÓDIGO: 2601405	UNIDADE DE SAÚDE:	SEGMENTO:	ÁREA:	MICROÁREA:	MÊS:	ANO:	Nº FAMÍLIA

Nº ao	LOCAL DE OCORRÊNCIA		DADOS DA MÃE				DADOS DO RECÉM NASCIDO			
	HOSPITAL OU DOMICÍLIO	MUNICÍPIO OCORRÊNCIA	NOME	IDADE	ENDEREÇO	MUNICÍPIO RESIDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO	SEXO M	SEXO F	PESO
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
26	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

PREFEITURA DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS

MUNICÍPIO:	CÓDIGO:	UNIDADE DE SAÚDE:	SEGMENTO:	ÁREA:	MICROÁREA:	MÊS:	ANO:	Nº FAMÍLIA

Nº do	LOCAL DE OCORRÊNCIA		DADOS DO ÓBITO							
	HOSPITAL OU DOMICÍLIO	MUNICÍPIO OCORRÊNCIA	NOME	IDADE	NOME DA MÃE	ENDEREÇO	DATA DE OCORRÊNCIA	SEXO M	SEXO F	CAUSA REFERIDA
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			
							/ /			

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
27	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA

PLANILHA DE EXAME DE LÂMINA

ZONA:---------- EQUIPE -------- DATA:-----/----/-----

Nº	NOME	RG	ENDEREÇO	SUBSEQ.	1ª VEZ	<25 ANOS	25 A 34 ANOS	34 A 49 ANOS	49 A 59 ANOS	>59 ANOS
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
28	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO SIMPLIFICADO

Número de Registro: _____
Equipe do PSF/ACS: _____
Cartão SUS: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
Gênero: ( ) Masc. ( ) Fem. Identidade: _____ Ocupação: _____
Nome da Mãe: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

ANAMNESE

QP/HD: _____

HISTÓRICO MÉDICO-ODONTOLÓGICO

01 - Apresenta algum agravo à saúde? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
02 - Está em uso de algum medicamento/droga? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
03 - Tem alergia a algum tipo de produto ou animal? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
04 - Faz uso de cigarro, charuto ou cachimbo? ☐ Sim ☐ Não
Quantos cigarros/dia?
05 - Faz uso de bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não
Qual frequência?
06 - Tem hemorragia longa quando se corta? ☐ Sim ☐ Não
07 - Tem problemas com o tempo de cicatrização? ☐ Sim ☐ Não
09 - Antecedentes familiares significativos? ☐ Sim ☐ Não
☐ Não sei
Qual (is)? _____
10 - Já teve algum problema com anestesia dental? ☐ Sim ☐ Não

PARA MULHERES

☐ Não se aplica
11 - Faz uso de anticoncepcional? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
12 - Está grávida (ou suspeita)? ☐ Sim ☐ Não
Quantos meses? _____
13 - Está amamentando? ☐ Sim ☐ Não

HÁBITOS

14 - Escova os dentes? ☐ Sim ☐ Não
Quantas vezes por dia? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+
Quando? ☐ Ao acordar ☐ Pós almoço ☐ Pré dormir ☐ O mesmo ☐ Pós desjejum ☐ Pós janta ☐ Pós lanches ☐ _____
Quem escova?
15 - Usa fio ou fita dental? ☐ Sim ☐ Não
Quantas vezes por dia? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+
16 - Quais refeições realiza ao longo do dia?
☐ Desjejum ☐ Colação ☐ Almoço
☐ Lanches ☐ Jantar ☐ Ceia
17 - Qual a frequência de ingestão de açucares simples/industrializados?

Frutas	Doces	Refrigerantes	Sucos
☐ Nunca	☐ Nunca	☐ Nunca	☐ Nunca
☐ Raramente	☐ Raramente	☐ Raramente	☐ Raramente
☐ 1-2x/semana	☐ 1-2x/semana	☐ 1-2x/semana	☐ 1-2x/semana
☐ 3-5x/semana	☐ 3-5x/semana	☐ 3-5x/semana	☐ 3-5x/semana
☐ Diariamente	☐ Diariamente	☐ Diariamente	☐ Diariamente

18 - Ingestão de açucares? ☐ Alta ☐ Média ☐ Baixa
19 - Apresenta algum hábito parafuncional? ☐ Sim ☐ Não
☐ Apertamento dental; ☐ Apreensão de objetos;
☐ Morder objetos; ☐ Onicofagia;
☐ Postura incorreta; ☐ Ranger os dentes;
☐ Respiração bucal; ☐ Sucção de chupeta;
☐ Sucção de língua; ☐ Sucção digital;
☐ Sucção labial; ☐ Outros;

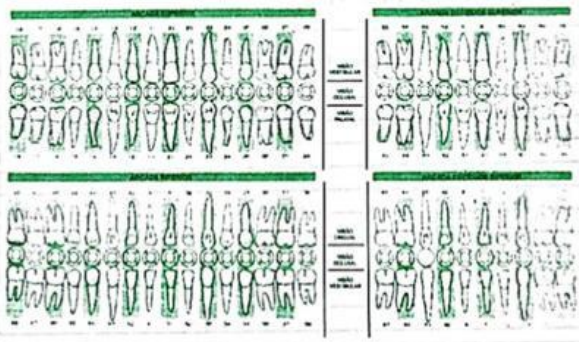
Observações: _____

EXAME FÍSICO-CLÍNICO

01 - Pressão Arterial? _____
02 - Frequência Cardíaca? _____
03 - Tipo sanguíneo/Fator RH? _____
04 - Peso atual? _____
05 - Altura? _____

Observações: _____

06 - Apresenta alteração em alguma estrutura extra-bucal? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
07 - Apresenta alteração em alguma estrutura intra-bucal? ☐ Sim ☐ Não
Qual (is)? _____
08 - Tipo de Dentadura?
☐ Decídua ☐ Mista ☐ Permanente



Página 1

VERSO

PREFEITURA DE CARIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

	PHP	PSR

Declaro que as informações prestadas, inclusive os dados cadastrais, são verdadeiras, e me responsabilizo por qualquer omissão. Comprometo-me, ainda, a informar alterações no meu quadro de saúde atual e autorizo a utilização dos dados clínicos constantes neste prontuário para fins didáticos e/ou científicos.

CLIENTE/RESPONSÁVEL

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO

PROGNÓSTICO

TRATAMENTO

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente.

Carira,____de_____de_____.

Assistente do Paciente/Responsável

Assistente do Cirurgião-Dentista

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

Data	Evolução e Intercorrências do Tratamento	Assinaturas	
		Cliente ou Responsável	Profissional

Página 2

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
29	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

PRONTUÁRIO

ODONTOLÓGICO_____

Cliente:_____**Número de registro:**_____

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

DATA	Evolução e Intercorrências do tratamento	Assinaturas	
		Cliente ou Responsável	Profissional

VERSO

DATA	Evolução e Intercorrências do tratamento	Assinaturas	
		Cliente ou Responsável	Profissional

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
30	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL E DEMAIS CORES PARA DEMARCAÇÃO	30X20,5 CM

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARIRA/SE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

USF: _____

MÊS: _____ **ANO:** _____

	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	MICRO 7	MICRO 8
Nº DE FAMÍLIAS								
Nº PESSOAS CADASTRADAS								
GESTANTES								
PUÉRPERAS								
IDOSOS								
HIPERTENSOS								
DIABÉTICOS								
OBESIDADE								
ACAMADOS								
DOMICILIADOS								
HANSENÍASE								
TUBERCULOSE								
HIV/AIDS								
SÍFILIS								
BOLSA FAMÍLIA								
ÓBITOS								
NASCIDOS VIVOS								
HOSPITALIZAÇÕES								
TABAGISMO								
MAMOGRAFIA								
PREVENTIVO								

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
31	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

SAÚDE CARIRA — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE VACINAÇÃO

DIGITADO POR | DATA / /
CONFERIDO POR | FOLHA Nº

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
TURNO		(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)	(M)(V)(N)
Nº PRONTUÁRIO									
Nº CARTÃO SUS									
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)
Local de Atendimento* (ver legenda)									
SITUAÇÃO/CONDIÇÃO	Gestante								
	Puérpera								
	Viajante								
IMUNOBIOLÓGICO*	BCG — Estratégia								
	BCG — Dose								
	BCG — Comun. Hansen.								
	BCG — Lote								
	BCG — Fabricante								
	Hepatite B — Estratégia								
	Hepatite B — Dose								
	Hepatite B — Lote								
	Hepatite B — Fabricante								
	Pentavalente — Estratégia								
	Pentavalente — Dose								
	Pentavalente — Lote								
	Pentavalente — Fabricante								
	VIP — Estratégia								
	VIP — Dose								
	VIP — Lote								
	VIP — Fabricante								
	Pneumocócica 10V (conjugada) — Estratégia								
	Pneumocócica 10V (conjugada) — Dose								
	Pneumocócica 10V (conjugada) — Lote								
	Pneumocócica 10V (conjugada) — Fabricante								
	Rotavírus humano — Estratégia								
	Rotavírus humano — Dose								
	Rotavírus humano — Lote								
	Rotavírus humano — Fabricante								
	Meningocócica C (conjugada) — Estratégia								
	Meningocócica C (conjugada) — Dose								
	Meningocócica C (conjugada) — Lote								
	Meningocócica C (conjugada) — Fabricante								
	Febre amarela — Estratégia								
	Febre amarela — Dose								
	Febre amarela — Lote								
	Febre amarela — Fabricante								

1/2 FVIe-SUS AB v.3.0

VERSO

	Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
IMUNOBIOLÓGICO*	Triplice viral	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	VOP	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	Hepatite A	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	Tetra viral	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	DTP	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	Pneumocócica 23V	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	HPV	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	Dupla adulto	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	dTpa (adulto)	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	Influenza	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
OUTROS IMUNOBIOLÓGICOS	_____	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	_____	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	_____	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	_____	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								
	_____	Estratégia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Lote								
		Fabricante								

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
Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação
Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional
Rev - revacinação RU - reforço único Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço
***Campo obrigatório**

FICHA DE VACINAÇÃO 2/2 FVA-SUS AB v.30

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
32	PAPEL SULFITE COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL VIA 1 EM PAPEL BRANCO E VIA 2 EM PAPEL AMARELO	14,7X21,4 CM

FRENTE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 11.402.080/0001-28
Praça José Durval Matos, S/Nº
Carira/SE

1ª via FARMÁCIA
2ª via PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA: ____/____/____ Ass.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF.: ____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

VERSO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 11.402.080/0001-28
Praça José Durval Matos, S/Nº
Carira/SE

1ª via FARMÁCIA
2ª via PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA: ____/____/____ Ass.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF.: ____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
33	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

PREFEITURA DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE: _____ MÊS/ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

RELATÓRIO MENSAL DE DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE ESTOQUE DE INSUMOS DE PREVENÇÃO

ESPECIFICAÇÃO DOS INSUMOS	1	2			3		4	5	
	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	CONTRAPARTIDA		SAÍDA		SALDO ATUAL	DEMANDA REPRIMIDA	OBSERVAÇÃO
		MS	ESTADO	MUNICIPIO	DISTRIBUIDO	AJUSTE (+) PERDA (-)	1+2=+/3		
PRESERVATIVO MASCULINO 52mm									
PRESERVATIVO MASCULINO 49 mm									
PRESERVATIVO FEMININO									
GEL LUBRIFICANTE									
OBSERVAÇÃO DA DEMANDA REPRIMIDA (JUSTIFICATIVA POPULAÇÃO MUNICIPIO QUANTIDADE)									

RELATORIO MENSAL DE DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE INSUMOS DE PREVENÇÃO POR POPULAÇÃO ALVO E ATIVIDADE

POPULAÇÃO ALVO E ATIVIDADE	ESPECIFICAR A INSTITUIÇÃO	PRESERVATIVO MASCULINO 52MM	PRESERVATIVO MASCULINO 49 mm	PRESERVATIVO FEMININO	GEL LUBRIFICANTE	KIT REDUÇÃO DE DANOS
		DISTRIBUIDO	DISTRIBUIDO	DISTRIBUIDO	DISTRIBUIDO	DISTRIBUIDO
EMPRESA						
ESCOLA						
PROSTIBULO						
GRUPOS DE MULHERES						
GRUPOS RELIGIOSOS						
GRUPOS DE IDOSOS						
CAMINHONEIROS						
USUARIOS DE DROGAS						
ONG						
POPULAÇÃO INDIGENA						
CAMPANHAS						
HOMOSSEXUAIS E OUTROS HSH						
PESSOAS ATENDIDAS NA REDE BASICA DE SAUDE – UBS						
PESSOAS ATENDIDAS NO SISTEMA PRISIONAL						
POP. EM ASSENTAMENTOS E ACAMPAMENTOPS URBANOS						
CRAS						
CTA						
OUTRAS CAMPANHAS						
TOTAL						

Rua Alexandre Correia dos Santos, S/N – Centro – CEP. 49.550-000
e-mail: saudecarira@gmail.com

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
34	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____

RESULTADO DE TESTE RÁPIDO

Venho por meio deste informar que o paciente citado acima realizou teste rápido para:

( ) HIV LAB. _____ Resultado: _____

( ) HIV LAB. _____ Resultado: _____

( ) SIFILIS LAB. _____ Resultado: _____

( ) HEPATITE B LAB. _____ Resultado: _____

( ) HEPATITE C LAB. _____ Resultado: _____

CARIRA/SE _____/_____/_____

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
35	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
36	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

RX: - Ácido Fólico 05mg (30cps).

Uso: V.O 01cp 1xdia após o almoço.

- Sulfato Ferroso 40mg (30cps).

Uso: V.O 01cp 1xdia após o almoço.

DATA: __/__/____

_____
Assinatura

Prefeitura Municipal de Carira - Avenida Aroaldo Chagas - Centro, Carira-SE
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 - CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
37	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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
Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
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

DADOS DA ANAMNESE

1. 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

nº 415

VERSO

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em: / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO 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
- ☐ Piócitos 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)

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
38	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE — **REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**

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

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
Orgão Emissor
UF
CNPF (CPF)
Data de Nascimento / /
Idade
Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
Nacionalidade

Dados Residenciais

Logradouro
Número
Complemento
Bairro
UF
Código Município
Município
CEP -
DDD
Telefone -
Ponto de Referência

Escoloridade
☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?
☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?
☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
☐ Não
☐ Não sabe

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

nº 332

VERSO

INDICAÇÃO CLÍNICA

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

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita
☐ Lesão papilar
Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica
Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda
☐ Lesão papilar
Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica
Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA
Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 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 neoadjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação __ / __ / ____ Examinador _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica	
5a - 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)
5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
5c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
5d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
6 - Mamografia de Rastreamento	Mamografia realizada nas 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*
UQint - *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*

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
39	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

	HEMOGRAMA COMPLETO
	PLAQUETAS
	VHS
	GRUPO SANGUINEO GH
	COAGULOGRAMA + TTPA
	GLICEMIA
	COLESTEROL TOTAL
	HDL
	LDL
	VLDL
	HEMOGLOBINA GLICOSILAD
	AC. ÚRICO
	TRIGLICERIDEOS
	URÉIA
	CREATININA
	TGO
	TGP
	BILIRRUBINA T E FRAÇÕES
	PROTEINAS T E FRAÇÕES
	CPK TOTAL
	ASLO
	PCR
	LÁTEX
	SÓDIO
	POTÁSSIO
	FERRO SÉRICO
	FOLFATASE ALCALINA
	VDRL

	GANA GT
	FOSFORO
	MAGNÉSIO
	CÁLCIO
	HIV
	T3
	T4
	T4 LIVRE
	TSH
	FSH
	LH
	TESTOTERONA
	FERRITINA
	ESTRADIOL
	PROLACTINA
	PROGESTERONA
	S. URINA
	UROCULTURA C/TSA
	PARAS. DE FEZES

OUTROS: _____

DATA_____/_____/_____

_____
ASSINATURA

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
40	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

SOLICITO: USG OBSTÉTRICA

.

DATA: ___/___/_____

_____
ASSINATURA

Prefeitura Municipal de Carira – Avenida Aroaldo Chagas– Centro, Carira-se
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 – CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
41	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

SOLICITO:

- HBSAG
- ANTI-HCV
- TOXOPLASMOSE (IGG e IGM)
- RUBÉOLA (IGG e IGM)
- CITOMEGALOVÍRUS (IGG e IGM)

DATA: ___/___/_____ _____

ASSINATURA

Prefeitura Municipal de Carira – Avenida Aroaldo Chagas– Centro, Carira-se
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 – CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
42	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
Construindo o futuro de nossa gente

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PACIENTE: _____

Solicito:

( ) Reforço de DT.

( ) Iniciar esquema de DT.

( ) Iniciar esquema de Hepatite B.

( ) DTPa.

( ) Influenza.

DATA: ___/___/_____

_____
Assinatura

Prefeitura Municipal de Carira - Avenida Aroaldo Chagas - Centro, Carira-SE
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 - CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
43	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CARIRA

PACIENTE: _____

Solicito:

( ) Ultrassonografia Abdominal Total

( ) Ecocardiograma

( ) Eletrocardiograma

( ) Teste ergométrico

( ) MAPA

( ) Endoscopia Digestiva Alta

( ) Radiografia de tórax (PA e Perfil)

( ) Ultrassonografia de tireóide

( )Ultrassonografia Transvaginal

TOTAL DE EXAMES SOLICITADOS: _____

DATA: ___/___/____ _____

ASSINATURA

Prefeitura Municipal de Carira – Avenida Aroaldo Chagas – Centro, Carira-se
Fone (79) 3445-1888 CEP 49550-000 – CNPJ 13.099.882/0001-36

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
44	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	14,7X21,4 CM

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SOLICITAÇÃO DE VACINAS

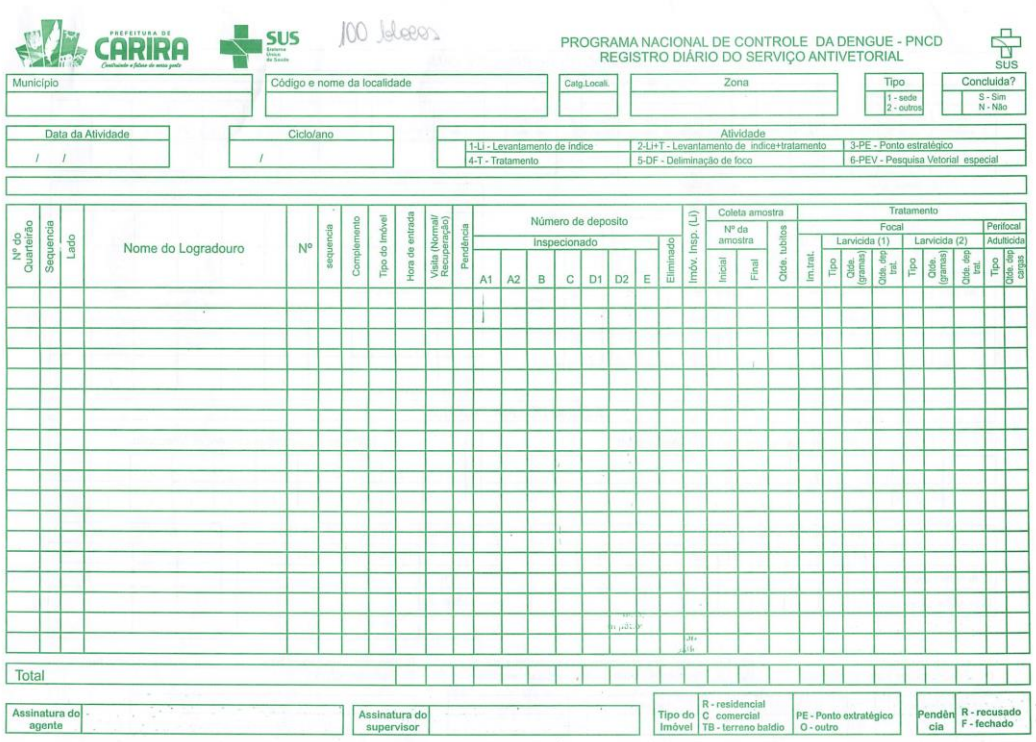
EQUIPE: _____ DATA: ____/____/____

VACINAS/ DOSE	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE DEVOLVIDA
Hepatite B (5-10 doses)		
Rotavírus (dose única)		
Pólio (25 doses)		
Tetravalente (10 doses)		
Tríplice Viral (única)		
DTP (Tríplice Bacteriana) – 10 doses		
H1N1 com adjuvante (10 doses)		
H1N1 sem adjuvante (10 doses)		
Influenza (10 doses)		
Pneumococos (única)		
Rubéola (10 doses)		
Pneumocócica 10 (única)		

Assinatura: _____

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
45	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO FRENTE E VERSO NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE


PREFEITURA DE CARIRA — SUS — 100 folhas

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

Município | Código e nome da localidade | Catg.Locali. | Zona | Tipo (1 - sede, 2 - outros) | Concluída? (S - Sim, N - Não)

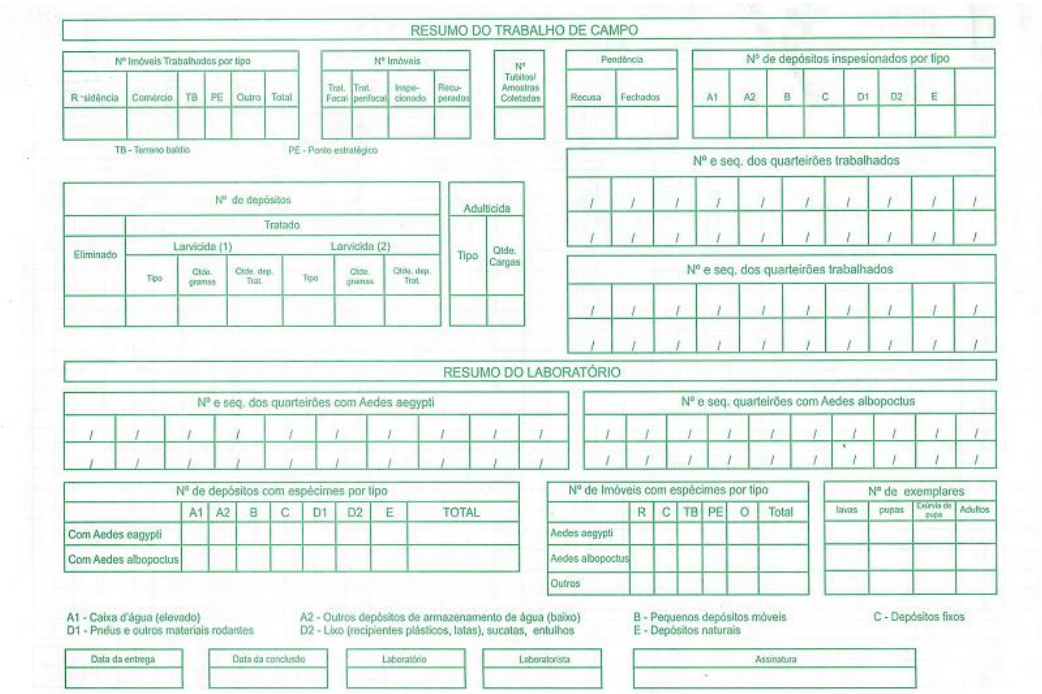
Data da Atividade (/ /) | Ciclo/ano (/)

Atividade: 1-Li - Levantamento de índice; 2-Li+T - Levantamento de índice+tratamento; 3-PE - Ponto estratégico; 4-T - Tratamento; 5-DF - Deliminação de foco; 6-PEV - Pesquisa Vetorial especial

Nº do Quarteirão	Sequencia	Lado	Nome do Logradouro	Nº	sequencia	Complemento	Tipo do Imóvel	Hora de entrada	Visita (Normal/ Recuperação)	Pendência	Número de deposito – Inspecionado: A1	A2	B	C	D1	D2	E	Eliminado	Imóv. Insp. (LI)	Coleta amostra – Nº da amostra: Inicial	Final	Qtde. tubitos	Tratamento – Focal: Im.trat.	Larvicida (1): Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. trat.	Larvicida (2): Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. dep. trat.	Perifocal: Tipo	Adulticida: Qtde. dep. cargas
Total																															

Assinatura do agente | Assinatura do supervisor | Tipo do Imóvel: R - residencial, C - comercial, TB - terreno baldio, PE - Ponto extratégico, O - outro | Pendência: R - recusado, F - fechado

VERSO


RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis Trabalhados por tipo: R sidência | Comércio | TB | PE | Outro | Total
TB - Terreno baldio | PE - Ponto estratégico

Nº Imóveis: Trat. Focal | Trat. perifocal | Inspecionado | Recuperados

Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Pendência: Recusa | Fechados

Nº de depósitos inspecionados por tipo: A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados

Nº de depósitos: Eliminado | Tratado – Larvicida (1): Tipo, Qtde. gramas, Qtde. dep. Trat. – Larvicida (2): Tipo, Qtde. gramas, Qtde. dep. Trat.

Adulticida: Tipo | Qtde. Cargas

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti

Nº e seq. quarteirões com Aedes albopoctus

Nº de depósitos com espécimes por tipo: A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E | TOTAL – Com Aedes eagypti; Com Aedes albopoctus

Nº de Imóveis com espécimes por tipo: R | C | TB | PE | O | Total – Aedes aegypti; Aedes albopoctus; Outros

Nº de exemplares: lavas | pupas | Exuvia de pupa | Adultos

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

Data da entrega | Data da conclusão | Laboratório | Laboratorista | Assinatura

ITEM	PAPEL	DIMENSÕES
46	PAPEL SULFITE BRANCO COM IMPRESSÃO UNILATERAL NA COR AZUL	30X20,5 CM

FRENTE

PREFEITURA DE CARIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA
FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

Boletim de Campo e de Laboratório do Levantamento Rápido de índice - LIRAa

Município/UF: _____/____ Nº de Quarteirões: _____ Nº de Imóveis: _____ Estrato: _____

Localidade (s): _____ Folha: ____/____

PREENCHIMENTO NO CAMPO														LABORATÓRIO											
Nº do Quart.	ENDEREÇO		Nº DE RECIPIENTES COM FOCO									IDENTIFICAÇÃO		NÚMERO DE TUBITOS			NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVOS								
	LOGRADOURO (Rua, Av., Praça, etc.)	Nº /	Imóveis		TIPO DE RECIPIENTE							Nº das amostras colet.	Qtd tubitos	Examinados	aegypti	albopictus	Aedes aegypti								A. albopictus
			T B	Outros (R,C,O)	A1	A2	B	C	D1	D2	E						A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
TOTAL																									

Grupo A - Armazenamento de água p/ consumo humano
A1 - Caixa d'água ligada à rede (depósitos elevados)
A2 - Depósito ao nível do solo: consumo doméstico (barril, tina, tonel. tambor, depósito de barro, tanque, poço, cisterna, cacimba)

Grupo B - Depósitos móveis
Vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recipiente degelo, bebedouros em geral, peq. fontes ornamentais, mat. dep. construção, objetos religiosos/rituais.

Nº de Imóveis positivos p/ Aedes aegypti: _____ p/ Aedes albopictus _____
Nº de terrenos baldios positivos p/ Ae. aegypti: _____ p/ Ae. albopictus _____

GRUPO C - Depósitos fixos
Tanques/depósitos em obras, borracharias e hortas, calhas e lajes em desnivels, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornamentais, floreiras em cemitérios, cacos em muros, toldos, peças arquitet. (caixas de inspeção/passagem)

Grupo D - Passíveis de remoção/proteção
D1- Pneus e outros materiais rodantes (manchões/câmaras)
D2 - Lixo (recip. Plásticos, garrafas, latas) sucatas em pátios, ferros velhos e recicladoras, entulhos

Grupo E - Naturais
Axilas de folhas (bromélias, etc.) buracos em árvores e em rochas, cascas, restos de animais (cascos, carapaças)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Visto do Supervisor

Exame de Laboratório
Data: ____/____/____

Responsável pela identificação