

1

**Receita da Gestante**

- 1) Ácido Fólico \_\_\_\_\_ 30 cps.
- 2) Sulfato Ferroso \_\_\_\_\_ 30 cps.

Uso Oral: Tomar 01 por dia, 30 minutos antes do almoço, com água ou, de preferência, suco natural de laranja ou limão. Não pode ser tomado com leite, chá ou café.

*FAZER Bloco 1/2 A4*

**SAÚDE DE FERRO**

Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Porque o Ferro e o Ácido Fólico são tão importantes?

- Reduz o nascimento de crianças prematuras e de baixo peso;
- Reduz o risco de morte materna no parto e no pós-parto;
- Melhora a capacidade de aprendizagem da criança;
- Melhora a resistência a infecções.

OBS.: Portadores de qualquer tipo de ANEMIA precisam da orientação do médico para tomar o medicamento.

2

**RECEITA DA MAMÃE**  
**DEPOIS DO PARTO**

1- Sulfato Ferroso \_\_\_\_\_ 30 cp \_\_\_\_\_ Até o bebê  
Fazer 03 meses.

*FAZER Bloco 1/2 A4*

Tomar uum comprimido por dia, 30 minutos antes  
do almoço, com água, ou de preferência suco  
natural de laranja ou limão (não pode ser com  
leite, chá ou café).

**SAÚDE DE FERRO**  
**PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO**

Por que o Ferro e o Ácido Fólico são tão importantes?

- Reduz o nascimento de crianças prematuras e de baixo peso
- Reduz o risco de morte materna no parto e pós-parto;
- Melhora a capacidade de aprendizagem da criança;
- Melhora a resistência às infecções.

**OBS:** Portadores de qualquer tipo de ANEMIA precisam  
da orientação do médico para tomarem o medicamento.

3

Secretaria Municipal de Saúde  
Ministério da Saúde  
"XÔ Dengue"  
Vigilância Sanitária Igaratinga  
2017 a 2020-Trabalhando por você

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

Casa nº..... Quant..... Localidade.....

Município..... Distrito.....

Data	Prog	Hora	Executado Por	Visto	Data	Prog.	Hora	Executado Por	Visto

4



Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

**ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE**

Atesto que.....

.....portadora da  
Carteira Profissional Nº.....Série.....

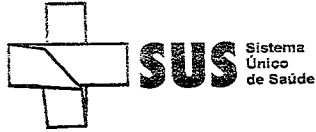
deverá afastar-se do trabalho no período de.....dias, a partir  
de....., conforme o que dispõe o inciso XVIII,  
art. 72, capítulo II, título II, da Constituição Federal de 05/10/88.

.....  
Unidade

.....  
Assinatura e Carimbo

..... de ..... de .....  
Local e Data

5



Sistema Único de Saúde de Minas Gerais  
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO, PARA FINS DE .....

QUE .....

IDENTIDADE ....., NÃO APRESENTA, AO EXAME CLÍNICO, SINAIS DE DOENÇAS QUE IMPEÇAM O EXERCÍCIO REGULAR DE SUAS ATIVIDADES.

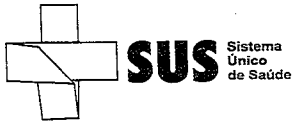
.....  
Unidade

.....  
Assinatura e Carimbo

..... de ..... de .....  
Local e Data

PREFEITURA DE  
**IGARATINGA**  
QUADRO DE SAÚDE PÚBLICA - 1000

6



**Sistema Único de Saúde de Minas Gerais**

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

**LICENÇA MÉDICA**

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a).....

portador da carteira profissional nº..... série.....

necessita de..... (.....) dias de afastamento do

trabalho, a partir de..... por motivo de doença.

CID .....

Unidade

Local e Data

Ass. do Médico / Odontológico

( Carimbo contendo nome completo e registro CRM / CRO )

**NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no artigo 27 de CLPS, aprovada pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM 190/84 e será expedido para justificar de 01 a 15 dias de afastamento de trabalho.**

IGARATINGA

**7**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAME LABORATORIAL**



**NOME:**

**IDADE :**

**SEXO:** M  F

**DATA NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS:**

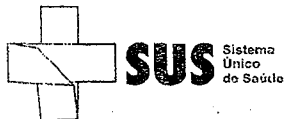
**MATERIAL A EXAMINAR:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**DATA**

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

8



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Declaro que o segurado .....

portador da carteira profissional nº ..... série .....

permaneceu nesta unidade no dia ..... de ..... às .....

horas para o fim de:

.....  
Ass. Secretária Municipal Saúde

..... / ..... / .....  
Localidade e Data

.....  
Ass. e N. do Servidor



9



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
EXAMES PRÉ-NATAL



PACIENTE: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COOMBS                   | <input type="checkbox"/> HIV            |
| <input type="checkbox"/> FATOR RH ABO             | <input type="checkbox"/> HBSAG          |
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA                | <input type="checkbox"/> ANT-HCV        |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA JEJUM           | <input type="checkbox"/> ANT-HBS        |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA PÓS DEXTROSOL   | <input type="checkbox"/> VDRL           |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICADA      | <input type="checkbox"/> TGO            |
| <input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMA             | <input type="checkbox"/> CMV IGG E IGM  |
| <input type="checkbox"/> CULTURA P/STREPTOCOCOS.B | <input type="checkbox"/> TOXO IGG E IGM |

\_\_\_\_\_  
CARIMBO DO PROFISSIONAL

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

**10**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE**  
**IGARATINGA**



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

**11**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICO**



NOME:

IDADE:

SEXO: M  F

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

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

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

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

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

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Cartão SUS\* \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mulher\* \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe\* \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Apelido da Mulher \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

Raça/cor \_\_\_\_\_

Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia \_\_\_\_\_

Dados Residenciais

Logradouro \_\_\_\_\_

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

Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Código do Município \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

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

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame\*  
 Rastreamento  
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)  
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

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

Sim. Quando fez o último exame? ano \_\_\_\_\_

Não  Não sabe

3. Usa DIU?\*

Sim  Não  Não sabe

4. Está grávida?\*

Sim  Não  Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?\*

Sim  Não  Não sabe

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

Sim  Não  Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?\*

Sim  Não  Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:\*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Não sabe / Não lembra

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

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim  Não / Não sabe / Não lembra

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

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

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

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo\*  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizada

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  Não

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

Data da coleta\* \_\_\_\_\_ Responsável\* \_\_\_\_\_

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

**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*

12

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

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA**

**AMOSTRA REJEITADA POR:**

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

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: \***

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL \***

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

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

**DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?**

- Sim       Não

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

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

**MIROBIOLOGIA**

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

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

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

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

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

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

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

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

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

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico: \_\_\_\_\_

Responsável\* \_\_\_\_\_

Data do Resultado\* \_\_\_\_\_

UF  CNES da Unidade de Saúde  Nº Protocolo  (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município  Município  Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*  Sexo  Masculino  Feminino

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

Nome Completo da Mãe\*

CPF  Nacionalidade  #

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

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

Escolaridade

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

- Sim, mama direita  Sim, mama esquerda  Não

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

- Sim  Não  Não sabe

\* Risco elevado são:

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

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

- Sim  Nunca foram examinadas anteriormente  Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

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

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

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

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

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

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

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar      Descarga papilar       Cristalina  
 Hemorrágica

Nódulo:  
 Localização  
 QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup    UQmed    UQinf    RRA    PA

Espessamento:  
 Localização  
 QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup    UQmed    UQinf    RRA    PA

Linfonodo palpável     Axilar     Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar      Descarga papilar       Cristalina  
 Hemorrágica

Nódulo:  
 Localização  
 QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup    UQmed    UQinf    RRA    PA

Espessamento:  
 Localização  
 QSL     QIL     QSM     QIM     UQlat  
 UQsup    UQmed    UQinf    RRA    PA

Linfonodo palpável     Axilar     Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>

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

Mama direita	nódulo	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

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<sup>+</sup>)

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

Controle do Profissional:

[Empty box for professional control]

Unidade:

[Empty box for unit]

Código:

[Empty box for code]

Especialidade:

[Empty box for specialty]

CBO:

[Empty box for CBO]

Nº NOME ID SEXO PROCEDIMENTO ASSINATURA PACIENTE

01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

DATA: / /

SOMA:

[Empty box for sum]

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Controle Médico Individual



15

Nome  Data Nascimento  SIGAB  Inscrição

Data	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	Sintomas	Exames Complem.	Diagnóstico	Tratamento e/ou Atividade	Evolução





DATA

TIPO DE ATENDIMENTO

16

BEG

Hipocorado \_\_\_ / 4+ Desidratado \_\_\_ / 4+ Ictérico \_\_\_ / 4+ Prostrado

AR: MVF S/ RA

FR: \_\_\_ irpm

Tax: \_\_\_ °C

Febril

Dispneico

ACV: BNRNF ~~2t~~ s/ s

PA: \_\_\_ x \_\_\_ mmhg FC: \_\_\_ bpm

Hipertenso  Taquicárdico

AD: \_\_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_

VD  Ambulatório **PRONTUÁRIO CRIANÇA****17**Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

HF/HS Nome Mãe \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Profissão Mãe \_\_\_\_\_ Alfabetizada 3º  2º  1º  Ass Analf  Criança Recebe Pensão 

Profissão Pai/Padrasto \_\_\_\_\_ Arrimo \_\_\_\_\_ Cond. Sócio/Econ. \_\_\_\_\_

Com Quem Reside \_\_\_\_\_ Idade/sexo Irmãos \_\_\_\_\_

HP Mãe G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ PN \_\_\_ PC \_\_\_ Filhos Vivos: \_\_\_ Pré-natal: Completo  Incompleto  Não Fez  Exames NDN  HIV V.D.R.L.  Toxoplasmose  DST  NR  Vacinas da Mãe: DA  RUBÉOLA  ABO: Mãe \_\_\_ RN \_\_\_ Gravidez: Simples Múltipla  Parto Normal  Cesárea  OBS: \_\_\_\_\_

Puerpério PA \_\_\_ x \_\_\_ mmHg FC \_\_\_ bpm FR \_\_\_ irpm T \_\_\_ °C Mamas/Episio/Sutura \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Nascimento: Idade Gestacional \_\_\_\_\_ semanas AIG  PIG  GIG  <2500g  >4kg 

Peso: \_\_\_\_\_ g Altura: \_\_\_\_\_ cm Apgar: \_\_\_/\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ cm PT: \_\_\_\_\_ cm PA: \_\_\_\_\_ cm

QP/HMA: \_\_\_\_\_

HP: Internações: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Vacinação: Completa com cartão  Completa(CIC)  Incompleta  Doenças \_\_\_\_\_Teste do Pezinho: \_\_\_ dia NDN  Fenilcetonúria  Anemia  Falciforme  Hipotiroidismo  Fibrose Cística 

Medicações Utilizadas: \_\_\_\_\_

Alimentação: Amam. Exclusiva  Mista  Pega: \_\_\_\_\_ Posição: \_\_\_\_\_ Mamad  Outra: \_\_\_\_\_Exame Físico: BEG  Corado  Hidratado  Anictérico  / Hipocorado \_\_\_ Desidratado \_\_\_ Ictérico \_\_\_/(4+)

Criança Reativa \_\_\_ Reflexos: Procura \_\_\_ Sucção \_\_\_ Marcha \_\_\_ Plantar(Babinsk) \_\_\_ Preensão \_\_\_ (↓=diminuído Ø=nuco)

Peso \_\_\_\_\_ g Alt \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm PT \_\_\_\_\_ cm PA \_\_\_\_\_ cm FC \_\_\_\_\_ bpm FR \_\_\_\_\_ irpm T \_\_\_\_\_ °C

COONG: \_\_\_\_\_

AR: MVF S/ RA  OBS \_\_\_\_\_ACV: BNRNF 2t s/s  OBS \_\_\_\_\_AD: Sem Viceromegalias  Indolor à Palpação  Sem Nódulos/Massas Palpáveis  Peristalse: +  Aumentada 

Diurese \_\_\_\_\_ Hábito Intestinal \_\_\_\_\_ Genitais \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Membros \_\_\_\_\_

Exames Complementares: \_\_\_\_\_

HD: \_\_\_\_\_

CD: \_\_\_\_\_



**18****SUS** Sistema Único de Saúde**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA**  
**Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio****ATENDENTE**

1 - Município de Origem		2 - Origem		3 - Nº	
Paciente	4 - Nome			5 - Identidade	
	6 - Residência		Tel.:	CEP	
	7 - Profissão			8 - Data de Nascimento	
Acompanhante	9 - Nome			10 - Identidade	
	11 - Residência			12 - Relação com o Paciente	

**MÉDICO**

13 - Histórico da Doença Atual	
14 - Exame Físico	
15 - Diagnóstico	CID
16 - Exame(s) Complementar(es) Realizado(s) - Anexar Cópias	
17 - Tratamento(s) Realizado(s)	
18 - Tratamento / Exame indicado	
19 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do Tratamento / Exame na Localidade	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. 1

Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



# 20

**LAUDO MÉDICO  
DE ALTO CUSTO**

Nº DO LAUDO

**SUS**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE**

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONTUÁRIO	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

**02 - DADOS DO PACIENTE**

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
NOME DA MÃE DO PACIENTE		TELEFONE	
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICÍPIO		
CEP	U.F.	Nº CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR

**03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID.	
CLÍNICA SOLICITANTE	CÓDIG.	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO	
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	CPF MÉDICO

**04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS**

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	MOTIVO		
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	

## ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO AO SUS - B.H.

- I - OS EXAMES DE ALTO CUSTO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO O SUS.
- II - O "LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO" DEVERÁ SER EMITIDO EM APENAS 1 VIA.
- III - DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM LETRA LEGÍVEL.

### SEÇÃO 1 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE/MUNICÍPIO SOLICITANTE.

**Nº DO LAUDO**  
PREENCHIDO NO PAM PADRE EUSTÁQUIO.

**ORIGEM/CÓDIGO/SIA/MUNICÍPIO**  
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE CREDENCIADA DO SUS ONDE FOI REALIZADA A CONSULTA.

**Nº PRONT.**  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA UNIDADE.

**CHEFIA IMEDIATA (CARIMBO / ASSINATURA)**  
PARA UNIDADES BH; DIRETORES / GERENTES OU PROFISSIONAIS CREDENCIADOS JUNTO AO ALTO CUSTO.  
INTERIOR: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE JUNTO AO ALTO CUSTO.  
OBS.: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO.

### SEÇÃO 2 - DADOS DO PACIENTE - PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ÍTEMS.

#### SEÇÃO 3 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**JUSTIFICATIVA CLÍNICA**  
- JUSTIFICATIVAS CLÍNICAS CONSTANDO:  
- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA, EXAME CLÍNICO, TRATAMENTO JÁ REALIZADO, COM REFERÊNCIA CRONOLÓGICAS.  
- EXAMES DE RELEVÂNCIA REALIZADOS ANTERIORMENTE/ANEXAR.  
- OBJETIVO DO EXAME SOLICITADO.

**DIAGNÓSTICO INICIAL**  
SUSPEITA DIAGNÓSTICA.

**CID**  
NÚMERO CORRESPONDENTE AO DIAGNÓSTICO INICIAL.

**CLÍNICA SOLICITANTE/CÓDIGO**  
ESPECIALIDADE MÉDICA SOLICITANTE DO EXAME/EX.: CARDIO. 09

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
NAS ÁREAS DE: MEDICINA NUCLEAR, CARDIOLOGIA, TOMOGRAFIA E ARTERIOGRAFIA.

**CÓDIGO**  
Nº DE CÓDIGO DO EXAME NA TABELA SUS./ EX. TC CRÂNIO = 450.2

**MÉDICO SOLICIT. (DATA / CARIMBO / ASSIN / CRM / CPF DO MÉDICO)**  
IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO MÉDICO SOLICITANTE - DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

### SEÇÃO 4 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

O PREENCHIMENTO DESTA SEÇÃO ESTÁ A CARGO EXCLUSIVO DO PAM PADRE EUSTÁQUIO - COMISSÃO DE ALTO CUSTO.

- IV - O LAUDO SERÁ AVALIADO APÓS A ENTREGA DO PAM PADRE EUSTÁQUIO EM 48 HS.
- V - DE POSSE DO MESMO, O PACIENTE DEVERÁ MARCAR IMEDIATAMENTE O EXAME, VISTO QUE O LAUDO SÓ TERÁ VALIDADE DE 30 DIAS, APÓS A LIBERAÇÃO DO EXAME.
- VI - O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EXAME SERÁ INDICADO POR ESTE PAM, DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE VAGAS.

05 - REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO			
SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO  <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO  <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	MOTIVO		
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	



**RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO**

Nº Imóveis trabalhados por tipo				Nº Imóveis				Pendência		Nº depósitos inspecionados por tipo							
Résidência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Periódico	Inspecionados	Resu- perados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

TB- Terreno baldio

PE- Ponto Estratégico

Atividade	
Tipo	Qtde (Cargas)

Eliminado	Depósitos Trabalhados			
	Larvicida (1)	Larvicida (2)	Qtde (Gramas)	Qt. Dep. Trat.

Nº e seq. dos quartéis trabalhados					Nº e seq. dos quartéis concluídos					
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**RESUMO DO LABORATORIO**

Nº de seq. dos QUARTEIROS com Aedes aegypti				
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quartéis com Aedes albopictus				
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

	Nº DEPOSITOS com espécimes por tipo						Total
	A1	A2	B	C	D1	D2	
Com Aedes aegypti							
Com Aedes albopictus							

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

	Nº de EXEMPLARES		
	Larvas	Pupas	Exúvia de pupa

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

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

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

Data de entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

DIÁRIO DE COPROSCÓPIA E TRATAMENTO

05 MUNICÍPIO
1 - LIT 2 - AVR N.
3 - VIGILANCIA

06 DATA COPROSCÓPIA

08 Nº E NOME DA LOCALIDADE

09 CONTROLE

10 DATA TRATAMENTO

02 UF

11 COPROSCÓPIA
1 - Inq. casatição
3 - Búsc. passiva

03 DISTRITO

12 COPROSCÓPIA
2 - Inq. por amostragem

07 CATEGORIA

14 TRATAMENTO

04 FOLHA

15 LOCALIDADE CONCLUÍDA
1 - total da população
2 - positivos / convalescentes
3 - negativos / convalescentes

PCE

Main table with columns for patient identification, dates, coproscopy results, and treatment details. Columns include: 15-18 (Address/Residence), 19 (Date of Birth), 20-21 (Sample Number), 22 (Sample Type), 23-28 (Exam Results), 29 (Weight), 30 (Treatment), 31 (Medication), 32 (Quantity Consumed), 33-34 (Indication).

37 Matricula / Nome Ag. Saúde (Distrito/Unidade/Colônia de residentes)

37 Matricula / Nome Laboratório

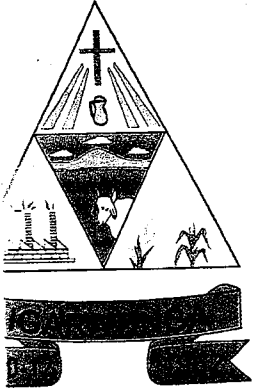
39 Matricula / Nome Ag. Saúde que efetuou o tratamento

20 Matricula / Nome do supervisor

41 SITUAÇÃO DA CASAR. 1-NOVA 2-DEMOLIDA 3-DESABITADA 4-FECHADA 5-NOVA DESABITADA 6-NOVA FECHADA 7-RECURSA
MEDICAMENTO 1- MANSIL CAPSULA 2- MANSIL XAROPE 3- PRAZIQUANTEL TABLETE/COMPRIMIDO 4- PRAZIQUANTEL XAROPE

30,0 cm





# PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

## ESTADO DE MINAS GERAIS

ESF \_\_\_\_\_

MICROÁREA Nº.: \_\_\_\_\_

FAMÍLIA Nº.: \_\_\_\_\_

*FAMÍLIA Nº.: \_\_\_\_\_*

*FAMÍLIA Nº.: \_\_\_\_\_*

*FAMÍLIA Nº.: \_\_\_\_\_*





# Cartão de Vacina Covid-19



Nome completo:
Data de nascimento:
CNS/CPF:

COVID-19 SARS/COV-2		COVID-19 SARS/COV-2	
1ª DOSE	Data:	2ª DOSE	Data:
	Lote:		Lote:
	Lab:		Lab:
	Val:		Val:
	Ass:		Ass: