

01

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

02



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
TRANSFORMANDO IDEAL EM REALIDADE

03



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

04

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



NOME:

IDADE :

SEXO: M F

DATA NASCIMENTO: ___/___/___

DADOS CLÍNICOS:

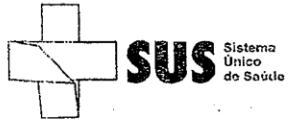
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

___/___/___
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

05



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

06



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
IGARATINGA



RECEITUÁRIO MÉDICO

07

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

08

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

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 _____

Branco Preto 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:*

08

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: _____

MICROBIOLOGIA

- 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* _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARATINGA

Controle do Profissional:

Unidade:

Código:

Especialidade:

CBO:

NOME

ID

SEXO

PROCEDIMENTO

ASSINATURA PACIENTE

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:

Assinatura/Carimbo do Responsável

DATA

TIPO DE ATENDIMENTO

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: _____

12

VD Ambulatório

13

PRONTUÁRIO CRIANÇA

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: _____

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

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

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 () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16

**LAUDO MÉDICO
DE ALTO CUSTO**

Nº DO LAUDO

SUSSISTEMA 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 ÍTENS.

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									
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recusados	Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

TB- Terreno baldio

PE- Ponto Estratégico

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

Atividade	
Tipo	Qtde (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados					
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões concluídos					
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATORIO

Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com Aedes aegypti					
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/

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

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

	Nº de IMÓVEIS com espécies, por tipo					Nº de EXEMPLARES			
	Res. Com	TB	BE	Out	Total	Larvas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos
Com Aedes aegypti									
Com Aedes albopictus									
Outras espécies									

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 entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

Número de Controle:

19

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

UF:

Município:

Ano:

Localidade:

Categoria:

Zona:

Atividade:

Microárea:

Ciclo/Ano:

Semana Epidemiológica:

Agente Comunitário de Saúde:

DADOS GERAIS

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Total quart. Concluídos	Nº de Imóveis Trabalhados por Tipo						Nº Imóveis			Amostras Coletadas	Pendências		
	Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspeccionados		Recusa	Fechados	Recuperados

Nº de Depósitos Inspeccionados por Tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Depósitos Eliminados

Depósitos Tratados com Larvicida			Adufcida Residual		Total de agentes nas semana	Total de dias trab. na semana
Tipo	Qtde. (ml ou g) Larvicida	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Quantidade (ml ou g)		

Nº de depósitos com espécimes, por tipo									
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
Com Aedes aegypti									
Com Aedes albopictus									

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

Nº de imóveis com espécimes, por tipo							Nº de exemplares			
	Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos
Com Aedes aegypti										
Com Aedes albopictus										
Outros										

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus							

RESUMO DO LABORATÓRIO



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:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* Cód. CNES UNIDADE* Cód. EQUIPAMENTO* MICROÁREA DATA:*

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO: NOME DO LOGRADOURO:* Nº:*

COMPLEMENTO: BAIRRO:*

MUNICÍPIO:* UF:* CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: () TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA* LOCALIZAÇÃO*

Próprio Financiada Alugada Arrendada Cedida Ocupação Situação de Rua Outra Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

Casa Apartamento Cômodo Outro Proprietário Parceiro(a) / Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)

Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: Nº de Cômodos:

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro Alvenaria/Tijolo: Taipa: Outros:

Com Revestimento Sem Revestimento Com Revestimento Sem Revestimento Madeira Aparelhada Palha

Material Aproveitado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

Rede Encanada até o Domicílio Poço / Nascente no Domicílio Cisterna Carro Pipa Outro

Filtração Fervura Cloração Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO DESTINO DO LIXO

Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim Não

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

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
			¼ ½ 1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			¼ ½ 1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			¼ ½ 1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			¼ ½ 1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura _____

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

23



CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

 Sim Não

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:* / /

SEXO:* F MRAÇA/COR:* Branca Preta Parda Amarela Indígena

Etnia:**

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

 Desconhecido
NACIONALIDADE:* Brasileira Naturalizado Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**

DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?

 Sim Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?

 Sim NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

 Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

- Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da D.O.: | | | | | | | | - | |

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

23

<input type="radio"/> <input type="radio"/> ESTÁ GESTANTE? Sim Não		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?		
Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/>		
		Asma DPOC/Enfisema Outra		
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	ESTÁ COM HANSENÍASE?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	TEM OU TEVE CÂNCER?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
TEVE AVC/DERRAME?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
TEVE INFARTO?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sim Não	ESTÁ ACAMADO?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?		Sim Não	ESTÁ DOMICILIADO?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**			USA PLANTAS MEDICINAIS?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe			SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?		Sim Não	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**				
Insuficiência Renal Outro Não Sabe				
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE				
1 - QUAL? <input type="text"/>		2 - QUAL? <input type="text"/>		3 - QUAL? <input type="text"/>

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA POR DIA?		<input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? <input type="text"/>	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA POR DIA?		<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?		<input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**	
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		<input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras			

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