







PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



Nome: \_\_\_\_\_

186

ÓCULOS

	ESF	CIL	EIXO
OD			
OE			
ADIÇÃO			

OBS.: DISTANCIA NASOPUPILAR NA PUPILÔMETRO.

LENTE: \_\_\_\_\_

MATERIAL: \_\_\_\_\_

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

OBS: Traga esta receita na sua próxima consulta.

Para manter uma ótima saúde oftalmológica compareça uma vez ao ano ao seu oftalmologista.







**RESUMO DIÁRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

Nº de Imóveis Trabalhados por tipo					
Residência	C	TB	PE	O	Total
R- Residência					
C- Comércio					
TB- Terreno Baldo					

Nº de Imóveis	
Trat. Focal	Inspecionad

Fechado	Pendência	
	Recusado	Recuperado

Nº de depósitos por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Eliminados	Depósitos	
	Tratados	Larvicida
	Clide. (Gramas)	Clide. dep. Tratados

Total de Amostras Coletadas ( Tubitos )

Nº e seq dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nº e seq dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**RESUMO DO LABORATÓRIO**

Nº e seq dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

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

Depósitos com	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
	Aedes aegypti							
Aedes albopictus								
Outros								

Imóveis com	R	C	TB	PE	O	TOTAL
	Aedes aegypti					
Aedes albopictus						
Outros						

Larvas	Pupas	Exuvia de Pupa	Adultos

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

Data da Entrada

Data da Conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



DATA DE ADMISSÃO:

Prontuário Usuário: \_\_\_\_\_  
Prontuário Familiar: \_\_\_\_\_



**188**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Como gosta de ser chamado? \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Filiação: MÃE \_\_\_\_\_  
 PAI \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) União Estável  
 Cor da pele: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda Quantos filhos: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
 UBS: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_  
 Há quanto tempo reside no município? \_\_\_\_\_  
 Como se desloca para o serviço? \_\_\_\_\_  
 Queixa/Razão para a procura? \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Semi-analfabeto ( ) Fundamental Completo  
 ( ) Médio Completo ( ) Fundamental Incompleto ( ) Médio Incompleto  
 ( ) Superior Completo ( ) Superior Incompleto  
 Orientação religiosa: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação atual: \_\_\_\_\_  
 Carteira Assinada: ( ) Sim ( ) Não Tempo de contribuição: \_\_\_\_\_  
 Renda Mensal: ( ) Sem renda ( ) até 1 SM ( ) até 2 SM ( ) até 3 SM ( ) mais de 3 SM  
 ( ) Autônomo.  
 Benefícios: ( ) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_  
 Situação da moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Número de cômodos: \_\_\_\_\_ Número de moradores: \_\_\_\_\_

Moradores	Parentesco	Idade	Ocupação





PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
HORIZONTE



SECRETARIA  
DA SAÚDE



2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Como tornou conhecimento do serviço? \_\_\_\_\_

Procedência: ( ) Demanda Espontânea ( ) PSF ( ) Hospital Psiquiátrico  
( ) Caps Geral ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_

Quando iniciou o uso? (idade)

( ) Infância \_\_\_\_\_ ( ) Adolescência \_\_\_\_\_ ( ) Fase Adulta \_\_\_\_\_  
(até 10 anos) (11 - 17 anos) (a partir de 18 anos)

Por que iniciou o uso?

( ) Curiosidade ( ) Influência de amigos ( ) Timidez ( ) Insegurança  
( ) Ansiedade ( ) Nervosismo ( ) Diversão ( ) Propaganda  
( ) Outros \_\_\_\_\_

Outras observações relevantes: \_\_\_\_\_

3. HISTÓRIA PESSOAL

(Fale sobre você)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ANTECEDENTES PSICOSSOCIAIS

O que você faz no seu dia a dia? \_\_\_\_\_

Hábitos de sono: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

Hábitos alimentares: \_\_\_\_\_

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Abuso de álcool: \_\_\_\_\_

Outras drogas: \_\_\_\_\_

Familiar com transtorno mental: \_\_\_\_\_





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



HISTÓRIA PREGRESSA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tipos de substância psicoativa e frequência de uso:

TIPOS DE SUBSTÂNCIAS	USOU	EXPERIMENTOU	USA	FREQUÊNCIA
Alcool (tipo)				
Crack				
Tabaco				
Maconha				
Comprimidos (tipos)				
Cocaína				
Mesclado				
Outros:				



Padrão de consumo de drogas

(Quando usa? Onde? Com quem? Qual a quantidade? Uso associado? Usa ininterruptamente por alguns dias sem dormir e sem comer? Falta ao trabalho? )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quando você usa, o que sente?

- ( ) Excitação ( ) Depressão ( ) Diminuição da ansiedade ( ) Falta de apetite ( ) Amnésia ( ) Confusão Mental ( ) Desorientação ( ) Agressividade ( ) Alucinação ( ) Outros \_\_\_\_\_

Quando para de usar, o que sente?

- ( ) Excitação ( ) Alteração do humor ( ) Desorientação ( ) Vômitos ( ) Insônia ( ) Ansiedade ( ) Falta de apetite ( ) Febre ( ) Amnésia ( ) Alucinações ( ) Agitação ( ) Tremores ( ) Disartria ( ) Delírios ( ) Sudorese ( ) Taquicardia ( ) Outros \_\_\_\_\_

Problemas relacionados a drogas:

FÍSICOS - embriaguez, amnésia, colapso, vômitos, úlcera, hepatite, cirrose P, convulsões, acidentes, feridas, tosse, queimadura nos dedos e nos lábios, pneumonia, hepatite B ou C.

PSICOLÓGICOS - depressão, agressividade, ansiedade, delírio tremens, mentiras, psicose, tentativa e/ou ideação de suicídio \_\_\_\_\_

SOCIAIS -- problemas com a(o) esposa(o), a família, os amigos, a polícia, no trabalho, financeiros, justiça.

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

7. HISTÓRIA DE ATENDIMENTO PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALCÓOL OU OUTRAS DROGAS

Já tentou parar? ( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



Quanto tempo ficou sem usar?  
Já fez algum tratamento? ( ) SIM ( ) NÃO

Internação psiquiátrica ( ) SIM ( ) NÃO

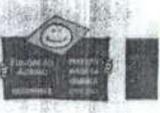
Alterações Clínicas / Psiquiátricas

- ( ) Hipertensão ( ) Problemas Respiratórios ( ) Epilepsia ( ) Tuberculose ( ) Hanseníase
- ( ) Alterações do Sist. Digestivo ( ) HIV ( ) Depressão ( ) Transtorno
- ( ) Outros

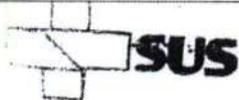
Medicação em uso? Há quanto tempo?

Plano Terapêutico

Impressões e Observações do Entrevistador







Ordens Operacionais



CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MES ANO

190

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CSO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA DATA



REQUISIÇÃO



191

PACIENTE

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

SINAN

AMOSTRA / EXAME

DADOS COMPLEMENTARES

1) N° Requisição: \_\_\_\_\_ 2) Unidade de Saúde (ou outra fonte):\* \_\_\_\_\_ 3) CNES:\*

4) Município de Atendimento: \_\_\_\_\_ 5) Código IBGE\* \_\_\_\_\_ 6) UF: \_\_\_\_\_

7) Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:° \_\_\_\_\_ 8) Nome do Profissional de Saúde\*\* \_\_\_\_\_ 9) Número do Conselho/Matricula\* \_\_\_\_\_ 10) Rubrica \_\_\_\_\_

11) Data de Solicitação:\* \_\_\_\_\_ 12) Finalidade:\*  
1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação  
4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado  
13) Descrição da Finalidade: \_\_\_\_\_

14) Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:° \_\_\_\_\_ 15) Nome do Paciente:\*\* \_\_\_\_\_

16) Data de Nascimento:\*\* \_\_\_\_\_ 17) Idade:\*\*  
Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(es) 4 - Ano(s)  
18) Sexo:\*\* M - Masculino 1 - Ignorado F - Feminino  
19) Nacionalidade:° \_\_\_\_\_

20) Raça/Cor:° 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação  
21) Etnia:° \_\_\_\_\_ 22) Nome da Mãe:° \_\_\_\_\_

23) Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número: \_\_\_\_\_  
24) Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número: \_\_\_\_\_

25) Logradouro: (Rua, Avenida...) \_\_\_\_\_ 26) Número: \_\_\_\_\_

27) Complemento do Logradouro: \_\_\_\_\_ 28) Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ 29) Bairro: \_\_\_\_\_

30) Município de Residência:\*\* \_\_\_\_\_ 31) Código IBGE\*\* \_\_\_\_\_ 32) UF\*\* \_\_\_\_\_

33) CEP: \_\_\_\_\_ 34) DDD / Telefone: \_\_\_\_\_ 35) Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada  
36) País (Se reside fora do Brasil):\*\* \_\_\_\_\_

37) Agravo/Doença:\* \_\_\_\_\_ 38) Data dos Primeiros Sintomas:\* \_\_\_\_\_ 39) Idade Gestacional:  
1 - 1º Trm. 2 - 2º Trm. 3 - 3º Trm. 4 - Ignorado 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

40) Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito  
6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado  
41) Tratamento: Quantidade: \_\_\_\_\_ 42) Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado

43) Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
44) Vacina? \_\_\_\_\_ 45) Data de Última Dose: \_\_\_\_\_

46) Notificado ao SINAN: **Preencher com as informações para rastreamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.** 1 - Sim  
47) CID 10\* \_\_\_\_\_ 48) N° Notificação do SINAN\* \_\_\_\_\_ 49) Data de Notificação\* \_\_\_\_\_

50) Unidade de Saúde Notificante: \_\_\_\_\_ 51) CNES\* \_\_\_\_\_

52) Município de Notificação: \_\_\_\_\_ 53) Código IBGE\* \_\_\_\_\_ 54) UF: \_\_\_\_\_

55) Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s) *	56) Material Biológico*	57) Localização:	58) Amostra (1ª, 2ª, 3ª, Única)	59) Mat. Clínico: 1 - IV 2 - BI 3 - LM 4 - MIV 5 - MIV 6 - FF 7 - FA 8 - TO 9 - BF 10 - PF	60) Data da coleta:*	61) Hora da coleta:	62) Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 63) Especifique: _____ 64) Data início do uso: _____

65) Observações Gerais: \_\_\_\_\_

\*Campo de preenchimento obrigatório \*\*Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)



Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde: nome da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. (OBRIGATÓRIO).
04	Município de atendimento: Município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação do (s) exame(s) do paciente.
05	Código do IBGE: correspondente ao Município de atendimento (OBRIGATÓRIO) do paciente.
06	UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. (AUTO-PREENCHIMENTO).
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
09	Número do Conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) . Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação do exame (s) no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
12 e 13	Finalidade da requisição de exame: 1 - Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 - Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligada à doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar a finalidade da requisição de exame a nível: Nacional ou Estadual. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense... Descrição: descrição da finalidade.
14	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente - CNS (AUTO-PREENCHIMENTO).
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
16	Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (AUTO-PREENCHIMENTO).
17	Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 - Hora(s); 2 - Dia(s); 3 - Mês(s) e 4 - Anos. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
18	Sexo do paciente. F - Feminino; M - Masculino e I - Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Parda; 4 - Amarela; 5 - Indígena e 99 - Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO).
21	Etnia: Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO).
22	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
23 e 24	Documento do paciente 01 e 02 : Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. Ex: CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55. 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CPF - Cadastro de Pessoa Física; 3 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 4 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 5 - CNASC - Certidão de Nascimento; 6 - PRONT - Prontuário e 7 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias. Número do documento.
25	Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida...
26	Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa...
27	Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente.
28	Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	Bairro onde reside o paciente.
30	Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
31	Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e (AUTO-PREENCHIMENTO).).
32	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
33	CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800.
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone). Ex: 61-33213-8000.
35	Zona: classificação do logradouro do paciente. 1 - Urbana; 2 - Periurbana; 3 - Rural; 4 - Silvestre e 9 - Ignorado.
36	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
37	Informações Clínicas do Agravo/Doença: informar o(s) exame(s) laboratorial (s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
38	Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
39	Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
40	Caso classificação: 1 - Suspeita (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 - Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 - Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 - Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 - Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 - Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 - Diagnóstica (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 - Ignorado.
41	Tratamento : informar o tempo de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Ex: 10 dias = >deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
42	Etapa de tratamento: etapa de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pré-tratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais com resistência ao medicamento) e 9 - Ignorado.
43	O paciente tomou vacina? - O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado.
44	Vacina: Especificar a vacina relacionada ao agravo/doença.
45	Data da última dose da vacina relacionada ao agravo/doença no formato dd/mm/aaaa.
46	Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
47	CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 36 (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
48	Número de Notificação do SINAN (07 dígitos): especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
49	Data da notificação: de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
50	Unidade de Saúde que realizou a notificação do SINAN.
51	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
52	Município da unidade de saúde que realizou a notificação do SINAN.
53	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
54	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde, que realizou a notificação no SINAN.
55	Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s): conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) Amostra (s) que foi coletada (s).
56	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (s) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO).
57	Localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex. Abdômen, raspado ...
58	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª - 1ª amostra; 2ª - 2ª amostra; ... ; U - Única (OBRIGATÓRIO).
59	Material Clínico: modo como a amostra foi enviada: 1 - IN - Amostra in Natura; 2 - IB - Isolado Bacteriano; 3 - LM - Lâmina; 4 - MTB - Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV - Meio Transporte Viral; 6 - FF - Fixado em Formol; 7 - FA - Fixado em Álcool; 8 - FO - Fixado em Outras; 9 - BP - Bloco de Parafina e 10 - PF - Em Papel de Filtro.
60	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
61	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
62,63, 64	Uso medicamentoso na data da coleta: 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e inserir a data de início do uso do medicamento.
65	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.







# Hospital e Internidade Venâncio Raimundo de Sousa

Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE  
CEP 62882-020 Fone: (85) 3336 6048

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - CENTRO OBSTÉTRICO

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

DATA: \_\_\_\_\_ D.I.H. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	SINAIS VITAIS					
			HORA	PA	TEMP	PULSO	RESP	ASS
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS 1. ( ) VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTES RELACIONADO A: INGESTÃO ALTERADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PERDA SANGÜÍNEA	CONTROLAR FLUXO DE INFUSÕES VENOSAS REAJUSTANDO GOTEJAMENTO (CPM) MEDIR DIURESE OFERECER LÍQUIDOS CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA (COM)							
	MONITORAR PULSO E PA, COMUNICARE SE HIPOTENSAO, PULSO FILIFORME OU TAQUICARDIA REDUZIR ILUMINAÇÃO DO AMBIENTE REDUZIR RUIDOS DO AMBIENTE ESTIMULAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA DURANTE AS METROSSÍSTOLES							
2. ( ) FADIGA RELACIONADO A: GRAVIDEZ, ESFORÇO FÍSICO AUMENTADO, PRIVAÇÃO DO SONO, ESTRESSE, CONDIÇÃO FÍSICA DEBILITADA, SONO	ORIENTAR BANHOS DE ASPERSÃO FREQUENTES VERIFICAR EXAMES LABORATORIAIS (Hb E Ht) TROCAR ABSORVENTES, OBSERVANDO VOLUME E ASPECTO DO STV VERIFICAR TÔNUS UTERINO							
3. ( ) RISCO DE SANGRAMENTO: CIDV, PP, DPP, ATONIA UTERINA, PLACENTA RETIDA, SANGRAMENTO DO 1º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ	OBSERVAR COLORAÇÃO DE PELE E MUCOSAS REALIZAR BALANÇO HÍDRICO ADMINISTRAR HEMODERIVADOS COM PREPARAR MATERIAIS PARA CATEETERIZAÇÃO VENOSA, VESICAL E OXIGENOTERAPIA CONFORME NECESSIDADES AJUDAR AS MÃES A INICIAR O ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª MEIA HORA APÓS O NASCIMENTO ENCORAJAR O ALEITAMENTO SOB LIVRE DEMANDA INFORMAR SOBRE OS BENEFÍCIOS E O MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO VERIFICAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS EM LOCAL DE PUNÇÃO VENOSA TROCAR PUNÇÃO VENOSA A CADA 72h OBSERVAR CARACTERÍSTICAS DAS PERDAS VAGINAIS MONITORAR TEMPO DE BOLSA ROTA REALIZAR TEMPO DE BOLSA ROTA REALIZAR/REORIENTAR LIMPEZA DO PERÍNEO APLICAR COMPRESSAS FRIAS PARA REDUZIR EDEMA							
4. ( ) AMAMENTAÇÃO EFICAZ/INEFICAZ/INTERROMPIDA RELACIONADA A: CONTRAINDICAÇÕES À AMAMENTAÇÃO, DOENÇA DA CRIANÇA/MÃE, PREMATURIDADE, REFLEXO DE SUÇÃO INSATISFATÓRIO DO BEBÊ, DÉFICIT DE CONHECIMENTO, ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS DA MAMMA								
5. ( ) RISCO DE INFECÇÃO: *PROCEDIMENTOS INVASIVOS (EPISIORRAFIA), DOENÇAS CRÔNICAS, IMUNOSSUPRESSÃO, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS								



Handwritten initials



**Hospital e Atenidade Venâncio Raimundo da Sousa**

Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE  
 CEP 52382-020 Fone: (85) 3336-6048

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - CENTRO OBSTÉTRICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
6. ( ) RISCO DE LESÃO (FETAL): *HIPOXIA, MACROSSOMIA, INFECÇÃO MATERNA, USO DE DROGAS, TRABALHO DE PARTO PROLONGADO	VERIFICAR SSVV MONITORAR BCF E DC ESTIMULAR POSTURAS VERTICALIZADAS ORIENTAR DLE UTILIZAR BIX PARA ADMINISTRAÇÃO DE UTEROTÔNICO (OCITOCINA) OPM ORIENTAR SOBRE A CAUSA DA DOR E O PROCESSO DE PARTO ESTIMULAR O ACOMPANHANTE NA REALIZAÇÃO DE MASSAGEM DE CONFORTO ENCORAJAR A PARTURIENTE NO USO DE TÉCNICAS COMO RESPIRAÇÃO PROFUNDA, BALANÇO PÉLVICO, BANHO DE ASPERSÃO, DEAMBULAÇÃO SOLICITAR PRESENÇA DE DOULA E/OU ACOMPANHANTE ESTIMULAR MICOÇÃO FREQUENTE		
7. ( ) DOR AGUDA RELACIONADA A: AO AUMENTO DA FREQUÊNCIA E DA INTENSIDADE DAS CONTRAÇÕES UTERINAS	ESTIMULAR A EXPRESSÃO DOS SENTIMENTOS/ PREOCUPAÇÃO ESTIMULAR PRESENÇA DO ACOMPANHANTE APRESENTAR A UNIDADE DE INTERNAÇÃO MANTER A MULHER E O ACOMPANHANTE INFORMADOS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO MANTER PAIS INFORMADOS SOBRE O RN ENVOLVER OS PAIS NO CUIDADO DO RN QUANDO POSSÍVEL INFORMAR AOS PAIS SOBRE AS ROTINAS HOSPITALARES (HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTES, HORÁRIO DE VISITA, REGISTRO EM CARTÓRIO, ENTRE OUTROS)		
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
8. ( ) ANSIEDADE RELACIONADA A: ESTRESSE, AMEAÇA DE MORTE/AMEAÇA AO ESTADO DE SAÚDE, MUDANÇA NA FUNÇÃO DE PAPEL, NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS, CONDIÇÃO DE SAÚDE DO RN, ABANDONO, ISOLAMENTO			
9. ( ) RISCO DE VINCULO PREJUDICADO: RN PREMATURO, RN DOENTE, ÓBITO FETAL			
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
10. ( ) RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL RELACIONADO A: MUDANÇA NO MEIO AMBIENTE, MUDANÇA NA VIDA, BAIXA AUTOESTIMA, MUDANÇA NAS PRÁTICAS RELIGIOSAS	PROMOVER SUPORTE EMOCIONAL, ESCUTA, APOIO, ACONSELHAMENTO)		

LEGENDAS: (A) - AUSENTE, (P) - PRESENTE, (M) - MANTIDO, (R) - RISCO





DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Risco de infecção relacionado a</li> <li><input type="checkbox"/> Desidratação</li> <li><input type="checkbox"/> Cateteres</li> <li><input type="checkbox"/> Procedimento invasivo</li> <li><input type="checkbox"/> Deleza primária inadequada</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorar e registrar sinais vitais</li> <li>2. Monitorar sinais vitais (cor, calor, tórax e edematosa) em 15 minutos e dos dispositivos (acesso venoso periférico e central) e diurese</li> <li>3. Realizar troca de dispositivos de infusão venosa (fixação, equivo extensor, local de acesso)</li> </ol>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada relacionada a</li> <li><input type="checkbox"/> Infecção do Trato Urinário</li> <li><input type="checkbox"/> Obstrução Anômica</li> <li><input type="checkbox"/> Obstrução Física (SVD)</li> <li><input type="checkbox"/> Dano senso-motor</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar sondagem vesical conforme prescrição médica</li> <li>2. Registrar eliminações urinárias (quantidade, coloração)</li> <li>3. Orientar a higiene íntima</li> <li>4. Monitorar sinais/sintomas de infecção</li> </ol>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada relacionado a</li> <li><input type="checkbox"/> Imobilização física/extremo de idade</li> <li><input type="checkbox"/> Proeminência ósseas</li> <li><input type="checkbox"/> Doença atual/preexistentes</li> <li><input type="checkbox"/> Circulação Prejudicada</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar mudança de decúbito rigoroso a cada 2 horas</li> <li>2. Minimizar risco de proeminências ósseas</li> <li>3. Manter pele hidratada, livre de umidade e secreções</li> <li>4. Realizar curativos conforme necessário</li> </ol>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Risco de Sanguinamento relacionado a</li> <li><input type="checkbox"/> Coagulopatias</li> <li><input type="checkbox"/> Plaquetopenia</li> <li><input type="checkbox"/> Cirurgias</li> <li><input type="checkbox"/> Doença atual/preexistentes</li> <li><input type="checkbox"/> Efeitos secundários relacionados ao uso de anticoagulantes</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prestar assistência no auto cuidado</li> <li>2. Checar e comunicar alterações nos exames</li> <li>3. Orientar repouso absoluto</li> <li>4. Monitorizar e registrar presença de sangramentos (enterrorragias, melena e outros)</li> </ol>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada (menos que as necessidades)</li> <li><input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de ingerir alimentos</li> <li><input type="checkbox"/> Doença atual/preexistentes</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos</li> <li><input type="checkbox"/> Ingestão excessiva em relação as necessidades metabólicas, apetite diminuído</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discutir hábitos alimentares, preferências e aversões</li> <li>2. Auxiliar/controlar a ingestão de líquidos</li> <li>3. Registrar aceitação da dieta oferecida</li> <li>4. Mensurar resíduo gástrico, se SNG/SNE presente</li> <li>5. Identificar fatores psicológicos</li> </ol>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Desequilíbrio hidroeletrólítico relacionado a</li> <li><input type="checkbox"/> Efeitos secundários ao tratamento</li> <li><input type="checkbox"/> Distúrbio renal (DRC/IRA)</li> <li><input type="checkbox"/> Diarreia</li> <li><input type="checkbox"/> Vômitos</li> <li><input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores prejudicados</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registrar a presença de edemas ou sinais de desidratação</li> <li>2. Auxiliar/controlar a ingestão de líquidos</li> <li>3. Realizar balanço hídrico rigoroso</li> <li>4. Controlar fluxo de infusão venosa de acordo com a prescrição médica</li> <li>5. Realizar troca de decúbito a cada 2 horas</li> </ol>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA  
Rua Luiza Noronha, 45 - Zumbi - Horizonte - CE  
CEP. 62.880-000  
Fone: (85) 3336.6060 / Fax (85) 3336.6043



**SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO-SAEP**

195

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

ADMISSÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ HORAS LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUARIO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENFERMEIRO(a): \_\_\_\_\_

**PREPARO:**

HIGIENIZAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( )  
 JEJUM: SIM ( ) DESDE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ NÃO ( )  
 TRICOTOMIA: SIM ( ) NÃO ( )  
 RETIROU PROTESES SIM ( ) NÃO ( )  
 RETIROU ADORNOS SIM ( ) NÃO ( )  
 PREPARO DE COLON: SIM ( ) NÃO ( ) SATISFATORIO: SIM ( ) NÃO ( )  
 AUTORIZAÇÃO P/ CIRURGIA: SIM ( ) NÃO ( )  
 RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUANTIDADE \_\_\_\_\_

**EXAMES:**

SANGUE SIM ( ) NÃO ( ) ECG SIM ( ) NÃO ( )  
 RAO X SIM ( ) NÃO ( ) U.S. SIM ( ) NÃO ( )

**ANTECEDENTES**

HAS SIM ( ) NÃO ( ) CARDIOPATIA SIM ( ) NÃO ( )  
 DIABETES SIM ( ) NÃO ( ) BRONQUITE / ASMA SIM ( ) NÃO ( )  
 OBESIDADE SIM ( ) NÃO ( ) DROGAS SIM ( ) QUAIS \_\_\_\_\_ NÃO ( )  
 ALERGIAS, A QUE? \_\_\_\_\_ CIRURGIAS ANTERIORES QUAIS? \_\_\_\_\_

**ALTERAÇÕES**

ESTADO EMOCIONAL: ( ) MEDO ( ) ANSIEDADE ( ) INDIFERENÇA ( ) COOPERATIVA ( ) TRANQUILA

HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RÚBRICA / COREN

**INTRA-OPERATÓRIO**

ADMISSÃO NO C.C. ÀS \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A) \_\_\_\_\_ AUX. DE ENF.: \_\_\_\_\_  
 PA: \_\_\_\_\_ mmhg FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ irpm T: \_\_\_\_\_ °C  
 INÍCIO DA CIRURGIA ÀS \_\_\_\_\_ TÉRMINO ÀS \_\_\_\_\_ TEMPO DE CIRURGIA \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RÚBRICA / COREN

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

ANATOMO-PATOLÓGICO SIM ( ) NÃO ( ) Sonda Vesical SIM ( ) NÃO ( ) ENTUBAÇÃO SIM ( ) NÃO ( )  
 CULTURA SIM ( ) NÃO ( ) Sonda Nasogátrica SIM ( ) NÃO ( ) DRENOS SIM ( ) NÃO ( )





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA  
Rua Lulza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000- Zumbi - Horizonte - Ce  
Fone: (0\*\*85) 3336.6060 / Fax: (0\*\*85) 3336.6043  
hospital@horizonte.ce.gov.br



## Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

### SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crânio _____          | <input type="checkbox"/> Sacrococcígea _____ | <input type="checkbox"/> Bacia _____     | <input type="checkbox"/> Pé _____            |
| <input type="checkbox"/> Waters _____          | <input type="checkbox"/> Ombro _____         | <input type="checkbox"/> Quadril _____   | <input type="checkbox"/> Clavícula _____     |
| <input type="checkbox"/> Tórax _____           | <input type="checkbox"/> Braço _____         | <input type="checkbox"/> Coxa _____      | <input type="checkbox"/> Arcos Cortais _____ |
| <input type="checkbox"/> Abdome _____          | <input type="checkbox"/> Antebraço _____     | <input type="checkbox"/> Joelho _____    | <input type="checkbox"/> _____               |
| <input type="checkbox"/> Coluna cervical _____ | <input type="checkbox"/> Cotovelo _____      | <input type="checkbox"/> Perna _____     |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna torácica _____ | <input type="checkbox"/> Punho _____         | <input type="checkbox"/> Tornozelo _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna Lombar _____   | <input type="checkbox"/> Mão _____           | <input type="checkbox"/> Calcâneo _____  |  |



196

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

ASSINTURA \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA  
Rua Lulza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000- Zumbi - Horizonte - Ce  
Fone: (0\*\*85) 3336.6060 / Fax: (0\*\*85) 3336.6043  
hospital@horizonte.ce.gov.br



## Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

### SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crânio _____          | <input type="checkbox"/> Sacrococcígea _____ | <input type="checkbox"/> Bacia _____     | <input type="checkbox"/> Pé _____            |
| <input type="checkbox"/> Waters _____          | <input type="checkbox"/> Ombro _____         | <input type="checkbox"/> Quadril _____   | <input type="checkbox"/> Clavícula _____     |
| <input type="checkbox"/> Tórax _____           | <input type="checkbox"/> Braço _____         | <input type="checkbox"/> Coxa _____      | <input type="checkbox"/> Arcos Cortais _____ |
| <input type="checkbox"/> Abdome _____          | <input type="checkbox"/> Antebraço _____     | <input type="checkbox"/> Joelho _____    | <input type="checkbox"/> _____               |
| <input type="checkbox"/> Coluna cervical _____ | <input type="checkbox"/> Cotovelo _____      | <input type="checkbox"/> Perna _____     |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna torácica _____ | <input type="checkbox"/> Punho _____         | <input type="checkbox"/> Tornozelo _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna Lombar _____   | <input type="checkbox"/> Mão _____           | <input type="checkbox"/> Calcâneo _____  |  |

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

ASSINTURA \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA  
Rua Lulza Noronha, 45 - CEP: 62.880-000- Zumbi - Horizonte - Ce  
Fone: (0\*\*85) 3336.6060 / Fax: (0\*\*85) 3336.6043  
hospital@horizonte.ce.gov.br



## Solicitação de Exame Radiográfico

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

### SOLICITO A REALIZAÇÃO DO(S) SEGUINTE(S) EXAME(S) RADIOGRÁFICO(S)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crânio _____          | <input type="checkbox"/> Sacrococcígea _____ | <input type="checkbox"/> Bacia _____     | <input type="checkbox"/> Pé _____            |
| <input type="checkbox"/> Waters _____          | <input type="checkbox"/> Ombro _____         | <input type="checkbox"/> Quadril _____   | <input type="checkbox"/> Clavícula _____     |
| <input type="checkbox"/> Tórax _____           | <input type="checkbox"/> Braço _____         | <input type="checkbox"/> Coxa _____      | <input type="checkbox"/> Arcos Cortais _____ |
| <input type="checkbox"/> Abdome _____          | <input type="checkbox"/> Antebraço _____     | <input type="checkbox"/> Joelho _____    | <input type="checkbox"/> _____               |
| <input type="checkbox"/> Coluna cervical _____ | <input type="checkbox"/> Cotovelo _____      | <input type="checkbox"/> Perna _____     |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna torácica _____ | <input type="checkbox"/> Punho _____         | <input type="checkbox"/> Tornozelo _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Coluna Lombar _____   | <input type="checkbox"/> Mão _____           | <input type="checkbox"/> Calcâneo _____  |  |

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

ASSINTURA \_\_\_\_\_



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**  
*Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa*



Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: / /  Sexo: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

Ag. Saúde: \_\_\_\_\_ Data Sol.: / /  Data Col.: / /

**Tipo de Exame:**

Rotina ( ) Gravidez ( ) Hipertenso ( ) Diabético ( )

**Outros:**

- 1- \_\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_
- 3- \_\_\_\_\_
- 4- \_\_\_\_\_
- 5- \_\_\_\_\_

**Justificativa:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ass. e carimbo do Médico



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**  
*Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa*



Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: / /  Sexo: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

Ag. Saúde: \_\_\_\_\_ Data Sol.: / /  Data Col.: / /

**Tipo de Exame:**

Rotina ( ) Gravidez ( ) Hipertenso ( ) Diabético ( )

**Outros:**

- 1- \_\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_
- 3- \_\_\_\_\_
- 4- \_\_\_\_\_
- 5- \_\_\_\_\_

**Justificativa:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ass. e carimbo do Médico



197

**SOLICITAÇÃO DE FOLGA**

NOME DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

**TIPO DE FOLGA**

FOLGA T.R.E.  CAMPANHA VACINAÇÃO  FOLGA MENSAL

OUTRAS \_\_\_\_\_

DATA DA FOLGA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

Assinatura da Chefia da Unidade

Assinatura da Diretoria Atenção Primária

OBS: A Folga deverá ser solicitada com 08 (oito) dias de antecedência

**SOLICITAÇÃO DE FOLGA**

NOME DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

**TIPO DE FOLGA**

FOLGA T.R.E.  CAMPANHA VACINAÇÃO  FOLGA MENSAL

OUTRAS \_\_\_\_\_

DATA DA FOLGA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

Assinatura da Chefia da Unidade

Assinatura da Diretoria Atenção Primária

OBS: A Folga deverá ser solicitada com 08 (oito) dias de antecedência







**PREFEITURA DE  
HORIZONTE  
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ**



**200**

**SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA LAQUEADURA**

Eu, \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Gesta: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Método contraceptivo 1: \_\_\_\_\_ Método contraceptivo 2: \_\_\_\_\_ Gestação de alto risco? \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do esposo/companheiro: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Voluntariamente, solicito a esterilização por vasectomia. Afirmando que fui devidamente esclarecido e que estou ciente que:

1. Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2. Métodos contraceptivos temporários estão disponíveis e foram oferecidos ao casal.
3. Estou manifestando, neste ato, a vontade de submeter-me a cirurgia acima citada, e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
4. Estamos cientes do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências, e que manifestamos expressamente o consentimento mútuo e comum, assinando o presente termo.
5. Eu posso decidir e não me submeter a esterilização, sem me ser recusado qualquer outro serviço ou benefício do planejamento familiar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da requerente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do médico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do esposo/companheiro

Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos de idade, portador(a)  
da carteira de identidade n. \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_ e do CPF  
\_\_\_\_\_, venho através deste termo, solicitar a realização do seguinte procedimento cirúrgico:

**LIGAÇÃO DE TROMPAS ( )**

DECLARO para os devidos fins que:

- a) Fui informado(a) sobre os diversos métodos anticoncepcionais disponíveis, que também são eficazes e reversíveis;
- b) Estou ciente de que a cirurgia é, na prática, irreversível;
- c) Fui alertado(a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situação de instabilidade conjugal e forte emoção tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, ou casamento ou posterior desejo de procriar;
- d) Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, sob a orientação da equipe deste serviço;
- e) Fui informado(a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a droga, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbios psicossocial (comumente relacionado com a desinformação ou despreparo no momento da decisão), além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas;
- f) Fui informado(a) que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas ( ) pode apresentar falhas sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 0,4 anos subsequentes, assim como a vasectomia ( ) pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15;
- g) Fui informado(a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este serviço;
- h) Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcional.

Horizonte, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente

Responsável pelo atendimento

Assinatura do(a) esposo(a) companheiro(a)



**SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA VASECTOMIA**

Eu, \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Número de filhos: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Método de planejamento familiar: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome da esposa/companheira: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Voluntariamente, solicito a esterilização por vasectomia. Afirmando que fui devidamente esclarecido e que estou ciente que:

1. Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2. Métodos contraceptivos temporários estão disponíveis e foram oferecidos ao casal.
3. Estou manifestando, neste ato, a vontade de submeter-me a cirurgia acima citada, e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
4. Estamos cientes do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências, e que manifestamos expressamente, o consentimento mútuo e comum, assinando o presente termo.
5. Eu posso decidir a não me submeter à esterilização, sem me ser recusado qualquer outro serviço ou benefício do planejamento familiar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do requerente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do médico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da esposa/companheira

Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos de idade, portador(a)  
da carteira de identidade n. \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_ e do CPF  
\_\_\_\_\_, venho através deste termo, solicitar a realização do seguinte procedimento cirúrgico:

LIGAÇÃO DE TROMPAS ( )

VASECTOMIA ( )

DECLARO para os devidos fins que:

- Fui informado(a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, que também são eficazes e reversíveis;
- Estou ciente de que esta cirurgia é, na prática, irreversível;
- Fui alertado(a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situação de instabilidade conjugal e forte emoção tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar;
- Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, sob a orientação da equipe deste serviço;
- Fui informado(a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a droga, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbios psicossocial (comumente relacionado com a desinformação ou despreparo no momento da decisão), além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas;
- Fui informado(a) que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas ( ) pode apresentar falha, sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 12 e 0,4 anos subsequentes, assim como a vasectomia ( ) pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15;
- Fui informado(a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este serviço;
- Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcional.

Horizonte, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente

Responsável pelo atendimento

Assinatura do(a) esposo(a) companheiro(a)





PREFEITURA DE HORIZONTE  
SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL  
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

Nº 000000

1ª VIA - LABORATÓRIO  
2ª VIA - PROCESSO  
3ª VIA - INTERESSADO  
4ª VIA - ARQUIVO



NOME OU RAZÃO SOCIAL:		
Nº INSCRIÇÃO CPF/CNPJ:	Nº CNES:	Nº LICENÇA SANITÁRIA:
NOME FANTASIA:		CONTATO:
ENDEREÇO:		CIDADE: 202
RAMO DE ATIVIDADE:		
RESPONSÁVEL / RESPONSÁVEL TÉCNICO:		Nº DOCUMENTO/CONSELHO:

Nesta data, às \_\_\_\_\_ horas, com fundamento nos artigos \_\_\_\_\_ em ação sanitária realizada no endereço acima citado, apreendi \_\_\_\_\_ unidades do produto denominado \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ registro nº \_\_\_\_\_, lote \_\_\_\_\_ data de fabricação \_\_\_\_\_, data de validade \_\_\_\_\_, forma de apresentação: \_\_\_\_\_, fabricado/importado por \_\_\_\_\_ CNPJ Nº \_\_\_\_\_ estabelecido à \_\_\_\_\_ constituindo amostra \_\_\_\_\_, sendo identificadas e tornadas invioláveis através dos lacres nº \_\_\_\_\_, contendo cada parte \_\_\_\_\_ unidades do citado produto, o qual estava armazenado nas condições de \_\_\_\_\_ °C e \_\_\_\_\_ %UR.

Parte da amostra com o lacre nº \_\_\_\_\_ foi deixada no estabelecimento em poder do Sr(a) \_\_\_\_\_ para servir de

contraprova, se for o caso, e as outras serão enviadas ao Laboratório Central \_\_\_\_\_ para

análise: Fiscal  Controle  Orientação Técnica

Motivo:  Programa de Monitoramento  Denúncia  Surto  Outros \_\_\_\_\_

Com Teste: Microscópico  Microbiológico  Físico-químico  Outros \_\_\_\_\_

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DOS FISCAIS:

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

\_\_\_\_\_  
Nome, Assinatura e Identificação do Representante da Empresa/Instituição

Registra-se que houve recusa na assinatura do presente Termo, motivo pelo qual assinam as Testemunhas abaixo:

Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____
Nome _____	Assinatura _____	Identificação _____