



PREFEITURA DE
HORIZONTE



164

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(Clínica Médica)

MEDICAMENTOS	QTD	ABS	Soro Glico-Fisio 1:1 500mL	Preencher	
Ác. Tranexâmico 50mg/mL Inj (Transamin)	05		Soro Ringer 500 mL	Preencher	
Ác. Acetilsalicílico (AAS) 100mg (Comp.)	10				
Brom. de Fenoterol 5mg/mL (Berotec)	02		MATERIAIS	QTD	ABS
Brom. Ipratropio 0,25mg (Atrovente)	02		Agulha 13x4,5	40	
Bromoprida 10mg/2mL Inj. (Plamet)	10		Agulha 20x5,5	40	
Buscopan Composto 5mL Inj.	10		Agulha 25x7,0	40	
Buscopan Simples 20mg/mL Inj.	10		Agulha 30x8,0	40	
Captopril 25mg (Comprimido)	10		Agulha 40x12,0	40	
Cetoprofeno 100mg EV	05		Alcoól 70%	500mL	
Dexametasona 4mg/mL Inj.	10		Algodão Hidrófilo (Rolo)	01	
Diclofenaco de Sódio 25mg/mL Inj.	05		Atadura Crepom 10cm	01	
Dipirona 500mg/mL Inj.	15		Atadura Crepom 15cm	01	
Dipirona 20mL (Gotas)	01		Atadura Crepom 20cm	01	
Fitamediona 10mg/mL (Vitamina K)	05		Bolsa Coletora	02	
Furosemida 10mg/mL Inj. (Lasix)	15		Cateter tipo Óculos	05	
Glicose 25% 10mL	30		Coletor de Urina C/Cordão 2L	05	
Glicose 50% 10mL	30		Coletor de Urina C/Extensão (Uropen)	05	
Hidrocortisona 100mg/2mL Inj.	05		Extensor 1 via	05	
Hidrocortisona 500mg/5mL Inj.	05		Extensor 2 vias	10	
Isossorbida (10mg ou 40mg) (Comp.)	10		Equipo Fotossensível	05	
Metilergometrina 0,2mg/mL Inj.	10		Equipo Macrogotas	25	
Metoclopramida 10mg/2mL Inj. (Plasil)	10		Equipo P/Nutrição	05	
Prometazina 50mg/2mL Inj.	08		Fita Branca Adesiva	01	
Simeticona 75mg/mL (Gotas)	01		Fita P/Glicemia	Preencher	
Paracetamol 20mL (Gotas)	01		Fralda Geriátrica Tam.	01	
			Gorro Descartável	10	
SOLUCOES	QTD	ABS	Lençol Descartável	01	
Soro Fisiológico 0,9% 100mL	Preencher		Luva P	01	
Soro Fisiológico 0,9% 250mL	Preencher		Luva M	01	
Soro Fisiológico 0,9% 500mL	Preencher		Luva G	01	
Soro Glicosado 5% 500mL	Preencher		Luva Estéril 6,5	05	



MATERIAIS		QTD	ABS	Sonda Nasolonga Nº 08	03	Página
Luva Estéril 7,0		05		Sonda Nasolonga Nº 10	03	
Luva Estéril 7,5		05		Sonda Nasolonga Nº 12	03	
Luva Estéril 8,0		05		Sonda Nasolonga Nº 14	03	
Luva Estéril 8,5		05		Sonda Nasolonga Nº 16	03	
Máscara Descartável		20		Sonda Nasolonga Nº 18	03	
Scalp 21		10		Sonda Uretral Nº 04	02	
Scalp 23		10		Sonda Uretral Nº 06	02	
Seringa 1mL	Preencher			Sonda Uretral Nº 08	02	
Seringa 3mL	Preencher			Sonda Uretral Nº 10	02	
Seringa 5mL	Preencher			Sonda Uretral Nº 12	05	
Seringa 10mL	Preencher			Sonda Uretral Nº 14	05	
Seringa 20mL	Preencher			Sonda Uretral Nº 16	02	
Sonda de Asp. Traqueal Nº 12		05		Sonda Uretral Nº 18	02	
Sonda de Asp. Traqueal Nº 14		05		Torneira 3 vias	10	
Sonda de Asp. Traqueal Nº 16		02				
Sonda de Asp. Traqueal Nº 18		02		EXTRAS	QTD	ABS
Sonda Foley Nº 12		02				
Sonda Foley Nº 14		02				
Sonda Foley Nº 16		02				
Sonda Foley Nº 18		02				
Sonda Foley Nº 20		02				
Sonda Nasocurta Nº 06		03				
Sonda Nasocurta Nº 08		03				
Sonda Nasocurta Nº 10		03				
Sonda Nasocurta Nº 12		03				
Sonda Nasocurta Nº 14		03				
Sonda Nasocurta Nº 16		03				
Sonda Nasocurta Nº 18		03				

ABASTECIDO POR: _____ EM: ____/____/____ HORA: _____

CONFERIDO POR: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE

165

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(Maternidade)



MEDICAMENTOS	QTD	ABS	SOLUÇÕES	QTD	ABS
Ác. Tranexâmico 50mg/mL Inj (Transamin)	05		Água Destilada 10mL	30	
Bromoprida 10mg/2mL Inj. (Plamet)	10		Água Destilada 500mL	02	
Buscopan Composto 5mL Inj.	15		Soro Fisiológico 0,9% 100mL	Preencher	
Buscopan Composto 15mL (Gotas)	01		Soro Fisiológico 0,9% 250mL	Preencher	
Buscopan Simples 20mg/mL Inj.	10		Soro Fisiológico 0,9% 500mL	Preencher	
Captopril 25mg (Comprimido)	10		Soro Glicosado 5% 500mL	Preencher	
Cetoprofeno 100mg EV	06		Soro Glico-Fisio 1:1 500mL	Preencher	
Dexametasona 2mg/mL Inj.	10		Soro Ringier 500 mL	Preencher	
Dexametasona 4mg/mL Inj.	10				
Dipirona 500mg/mL Inj.	15		INTERMEDIÁRIOS	QTD	ABS
Dipirona 20mL (Gotas)	01		Absorvente	01	
Furosemida 10mg/mL Inj. (Lasix)	10		Agulha 13x4,5	40	
Glicose 25% 10mL	30		Agulha 20x5,5	40	
Glicose 50% 10mL	30		Agulha 25x7,0	40	
Hidralazina 20mg/mL Inj.	05		Agulha 30x8,0	40	
Hidrocortisona 100mg/2mL Inj.	05		Alcool 70%	01	
Hidrocortisona 500mg/5mL Inj.	05		Bolsa Coletora	04	
Metildopa 250mg	10		Cateter Intravenoso Nº 16	06	
Metilergometrina 0,2mg/mL Inj.	06		Cateter Intravenoso Nº 18	06	
Metoclopramida 10mg/2mL Inj. (Plasil)	06		Cateter Intravenoso Nº 20	10	
Nifedipina 10mg (Comprimido)	10		Cateter Intravenoso Nº 22	10	
Ocitocina 5U.I./mL Inj.	10		Cateter Intravenoso Nº 24	10	
Paracetamol 20mL (Gotas)	01		Cateter tipo olhos	05	
Prometazina 50mg/2mL Inj.	06		Equipo Macrogotas	30	
Simeticona 75mg/mL (Gotas)	01		Esparadrapo	01	
Sulfato de Magnésio 50% Inj.	05		Extensor 1 via	05	
			Extensor 2 vias	10	
SALA DE CUIDADOS	QTD	ABS	Fita Branca Adesiva	01	
Álcool 70%	01		Fralda Infantil P	01	
Luva P	01		Gorro	10	
Fitamediona 10mg/mL (Vitamina K)	08		Lâmina Nº 23	03	

UNIDADE DE PREVENÇÃO
783
PAGINA
31/01

MATERIAIS		QTD	ABS	Sonda Uretral N° 10	10	
Luva Estéril 6,5		05		Sonda Uretral N° 12	10	
Luva Estéril 7,0		05		Sonda Uretral N° 14	06	
Luva Estéril 7,5		05		Torneira 2 vias	10	
Luva M		01				
Scalp 19		10		EXTRAS		
Scalp 21		10				
Scalp 23		10				
Scalp 25		10				
Scalp 27		10				
Seringa 1mL			Preencher			
Seringa 3mL			Preencher			
Seringa 5mL			Preencher			
Seringa 10mL			Preencher			
Seringa 20mL			Preencher			
Sonda de Asp. Traqueal N° 8		03				
Sonda de Asp. Traqueal N° 10		03				
Sonda Foley N° 14		03				
Sonda Foley N° 16		03				
Sonda Nasolonga N° 14		03				
Sonda Nasolonga N° 16		03				
Sonda Nasocurta N° 08		03				
Sonda Nasocurta N° 10		03				

ABASTECIDO POR:

EM:

HORA:

CONFERIDO POR:



MATERIAIS		QTD	ABS	SALA DE CUIDADOS		QTD	ABS
Extensor 2 vias		08		Agulha 13x4,5		Preencher	
Fita Branca Adesiva		01		Agulha 20x5,5		Preencher	
Fralda Infantil P		01		Agulha 40x12		Preencher	
Gorro		10		Fitamediona 10mg/mL (Vitamina K)		10	
Luva Estéril 6,5		08		Luva P		01	
Luva Estéril 7,0		08		Seringa 1mL		Preencher	
Luva Estéril 7,5		08					
Luva Estéril 8,0		08		EXTRAS		QTD	ABS
Luva M		01					
Scalp 19		10					
Scalp 21		10					
Scalp 23		10					
Scalp 25		10					
Scalp 27		10					
Seringa 1mL			Preencher				
Seringa 3mL			Preencher				
Seringa 5mL			Preencher				
Seringa 10mL			Preencher				
Seringa 20mL			Preencher				
Sonda de Asp. Traqueal Nº 8		05					
Sonda de Asp. Traqueal Nº 18		05					
Sonda Foley Nº 10		03					
Sonda Foley Nº 14		03					
Sonda Foley Nº 16		03					
Sonda Foley Nº 18		03					
Sonda Nasolonga Nº 04		03					
Sonda Nasolonga Nº 10		03					
Sonda Uretral Nº 06		05					
Sonda Uretral Nº 12		05					
Sonda Uretral Nº 16		05					
Torçeira 3 vias		10					

ABASTECIDO POR: _____ EM: ____/____/____ HORA: _____

CONFERIDO POR: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(Centro Cirúrgico)



167

MEDICAMENTOS	QTD	SOL	ABS		
Adenosina 3mg/mL Inj.	05			Metilergometrina 0,2mg/mL	10
Adrenalina 1mg/mL Inj. (Epinefrina)	15			Metoclopramida 10mg/mL	20
Azinaololina 24mg/10mL Inj.	05			Midazolam 5mg/mL (Dormonid)	20
Ampicilina Sódica 500mg Inj.	10			Morfina 0,2mg/mL Inj.	20
Atropina 0,25mg/1mL Inj.	20			Nitroprussieto de Sódio 25mg/mL	05
Bicarbonato de Sódio 10% C/10mL	10			Nitroglicerina 5mg/mL	05
Bromoprida 10mg/2mL Inj. (Plamet)	20			Norepinefrina 2mg/mL Inj.	10
Buscopan Composto 5mL Inj.	30			Oxitocina 5 U.I/1mL Inj.	20
Buscopan Simples 20mg/mL Inj.	20			Petidina 50mg/mL Inj.	10
Cefazolina Sódica 1g Inj.	15			Prometazina 50mg/2mL Inj.	20
Cetamina 50mg/mL Inj.	05			Sulfaço De Magnésio 50% Inj.	10
Cetoprofeno 100mg EV	15			Tramadol 100mg/2mL Inj.	20
Cloridr. de Bupivacaína 5mg/mL	20				
Cloridr. de Clonidina 150mg/mL	10			SOLUÇÕES	QTD
Cloridr. de Dopamina 50mg/mL	10			Água Destilada 10mL	30
Cloridr. de Etilcfrina 10mg/mL	20			Água Destilada 500mL	
Cloridr. de Naloxona 0,4mg/mL	10			Soro Fisiológico 0,9% 100mL	
Cloridr. de Tramadol 50mg/mL	20			Soro Fisiológico 0,9% 250mL	
Dexametasona 2mg/mL Inj.	20			Soro Fisiológico 0,9% 500mL	
Dexametasona 4mg/mL Inj.	20			Soro Ringer 500 mL	
Diazepam 10mg/mL Inj.	20				
Diclofenaco de Sódio 25mg/mL Inj.	10			MATERIAIS	QTD
Dipirona 500mg/mL Inj.	20			Agulha 13x4,5	
Dobutamina 12,5mg/mL	05			Agulha 20x5,5	
Dramin B6 50mg/mL Inj.	15			Agulha 25x7,0	
Etomidato 2mg/mL	10			Agulha 25x8,0	
Fenitoina Sódica 50mg/5mL Inj.	05			Agulha 30x7,0	
Fentanil 2mg Inj.	10			Agulha 30x8,0	
Fentanila 10mg Inj.	10			Agulha 40x12	
Flumazenil 0,1mg/mL	05			Agulha 25x8,0	
Furosemida 10mg/mL Inj. (Lasix)	10			Agulha raqui N° 24	
Gliconato de Cálcio 10% 10mL	10			Agulha raqui N° 25	
Glicose 50% 10mL	30			Agulha raqui N° 26	
Heparina Sódica 5000 UI	10			Agulha raqui N° 27	
Hydrocortisona 100mg/2mL Inj.	10			Agulha Peridural N°	
Hydrocortisona 500mg/5mL Inj.	10			Avental Protetor (Manga Curta)	
Lidocaina 2% S/Vaso C/20ml	10			Avental Protetor (Manga Longa)	
				Cânula p/ Traqueostomia	



MATERIAIS	QTD	ABS			
			Seringa 5mL		
Cateter acesso central adulto			Seringa 10mL		
Cateter Intravenoso Nº 16			Seringa 20mL		
Cateter Intravenoso Nº 18			Sonda Foley 2 vias		
Cateter Intravenoso Nº 20			Sonda Foley 3 vias		
Cateter Intravenoso Nº 22			Sonda Uretral Nº		
Cateter Intravenoso Nº 24			Sonda Traqueal Nº		
Cateter nasal p/ O ₂			Tela Polipropileno		
Clamp			Torneira 3 vias		
Coletor de Urina sist. Aberto					
Coletor de Urina sist. Fechado			LITROS	QTD	ABS
Dreno de Sucção Nº			Álcool 70%		
Dreno de Penrose Nº 1			Água oxigenada		
Dreno de Penrose Nº 2			Clorexidina Alcoólica		
Equipo Macro-gotas			Clorexidina Degermante		
Equipo Micro-gotas			Formol		
Equipo com Injetor			Polvidine Degermante		
Eletrodo			Polvidine Tópico		
Esparadrapo					
Extensor 1 via			FIOS	QTD	ABS
Extensor 2 vias			Algodão 0,0 Solto		
Gorro Descartável			Algodão 0,0 Solto S/Agulha		
Lâmina Tricotomizadora			Algodão 2,0 Solto		
Lâmina de Bisturi Nº 15			Algodão 2,0 Solto S/Agulha		
Lâmina de Bisturi Nº 20			Catgut 2,0 Agulha 3/8		
Lâmina de Bisturi Nº 21			Catgut 3,0 Agulha 3/8		
Lâmina de Bisturi Nº 23			Catgut 4,0 Agulha 3/8		
Luva P			Kit Cesárea		
Luva M			Nylon 0,0 Duplo		
Luva G			Nylon 0,0 Duplo Agulha Padrão		
Luva estéril Nº 6,5			Nylon 2,0		
Luva estéril Nº 7,0			Nylon 3,0 PPNTA 3/8		
Luva estéril Nº 7,5			Nylon 4,0 Agulha 30mm		
Luva estéril Nº 8,0			Nylon 5,0 Agulha 3/8 19mm		
Máscara Descartável			Prolene 0,0 Agulha 4 ou 3,7		
Micropore			Prolene 2,0 Agulha 4 ou 3,7		
Pulseiras para recém-nascidos			Vicryl 0,0 Agulha 4,0		
Seringa 1mL			Vicryl 2,0 Agulha 4,0		
Seringa 3mL			Vicryl 3,0 Agulha 3,7		

SOLICITADO POR: _____

ABASTECIDO POR: _____ EM: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

CONFERIDO POR: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(CME e Expurgo)



168

MATERIAIS	UNIDADE	
Abaixador de Língua	Pacote	
Ácido Peracético	Galão (5 Litros)	
Álcool	Litro	
Algodão	Rolo	
Ampolas para Teste Biológico	Unidade	
Atadura 10 cm	Pacote	
Atadura 15 cm	Pacote	
Atadura 20 cm	Pacote	
Avental Descartável	Unidade	
Bowie Dick	Unidade	
Compressas de Gaze Cirúrgica (Campo Operatório)	Pacote	
Cotonetes	Caixa	
Espátula de Aires	Pacote	
Fita Branca	Unidade	
Fita para Auto Clave	Unidade	
Fita para Teste do Ácido Peracético	Unidade	
Gaze em Rolo	Rolo	
Gaze Simples	Pacote	
Integradores	Unidade	
Luva para Procedimento (P)	Caixa	
Luva para Procedimento (M)	Caixa	
Luva para Procedimento (G)	Caixa	
Mantas	Unidade	
Máscara de Venturo Adulto	Unidade	
Máscara de Venturo Infantil	Unidade	
Máscara para Aerosol Adulto	Unidade	
Máscara para Aerosol Infantil	Unidade	
Papel Crepado	Unidade	
Silicone (Látex)	Unidade	
Umidificadores	Unidade	

RESPONSÁVEL: _____

EM: ____/____/____

ENTREGUE POR: _____

EM: ____/____/____



169

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(Setores Diversos)



ALIMENTACION MAMERNO	AB	NUMERICO	ABS
TRAUMATOLOGIA	ABS	NUMERICO	ABS
SANEAMIENTO	ABS	NUMERICO	ABS

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLÍNICA: OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		



EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1ª AUXILIAR:	2ª AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):	CIRCULANTE:	
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

CADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
TIPO DE CIRURGIA: CESÁREA + LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO ☐ SIM ☒ NÃO	
HOVE TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS ? ☐ SIM ☒ NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:
☐ Limpa ☐ Potencialmente Contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antissepsia com posterior aposição dos campos cirúrgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannenstiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Histerotomia segmentar arciforme
- 5) Retirada de concepto vivo + Onfalotomia + Retirada Manual da Placenta
- 6) Limpeza da cavidade uterina
- 7) Histerorrafia
- 8) Realizado laqueadura tubária bilateral
- 9) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior síntese dos planos cirúrgicos.
- 10) Síntese da pele e curativo oclusivo

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

1ª Auxiliar
Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)

RELATÓRIO CIRÚRGICO



NOME:		
CLÍNICA: OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		

EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):	CIRCULANTE:	
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
TIPO DE CIRURGIA: CESÁREA	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO:	() SIM () NÃO
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	() SIM () NÃO
HOUVE TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS?	() SIM () NÃO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior aposição dos campos cirúrgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannenstiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Histerotomia segmentar arciforme
- 5) Retirada de concepto vivo + Onfalotomia + Retirada Manual da Placenta
- 6) Limpeza da cavidade uterina
- 7) Histerorrafia
- 8) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior síntese dos planos cirúrgicos.
- 9) Síntese da pele e curativo oclusivo

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

1º Auxiliar
(Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)

172

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLINICA: OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		



EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):	CIRCULANTE:	
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: ABORTAMENTO INCOMPLETO	
TIPO DE CIRURGIA: CURETAGEM UTERINA PÓS - ABORTAMENTO	
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ENDOVENOSA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: IDEM PRÉ-OP	
HORÁRIO DE INICIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO () SIM () NÃO	
HOUVE TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS ? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:
() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em litotomia.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior aposição dos campos cirurgicos.
- 3) Inserção de espéculo vaginal de Collins e identificação do colo uterino.
- 4) Pinçamento do colo uterino com pinça de Pozzi
- 5) Retirada de moderada quantidade de material amorfo compatível com restos ovulares.
- 6) Retirada da pinça de Pozzi e espéculo vaginal

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)

173

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:

CLÍNICA: GINECO - OBSTÉTRICA

PRONTUÁRIO:

ENF / LEITO:

DATA DA CIRURGIA:



EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):	CIRCULANTE:	
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PLANEJAMENTO FAMILIAR	
TIPO DE CIRURGIA: LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: IDEM PRÉ-OPERATÓRIO	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO () SIM () NÃO	
HOUVE TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS ? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

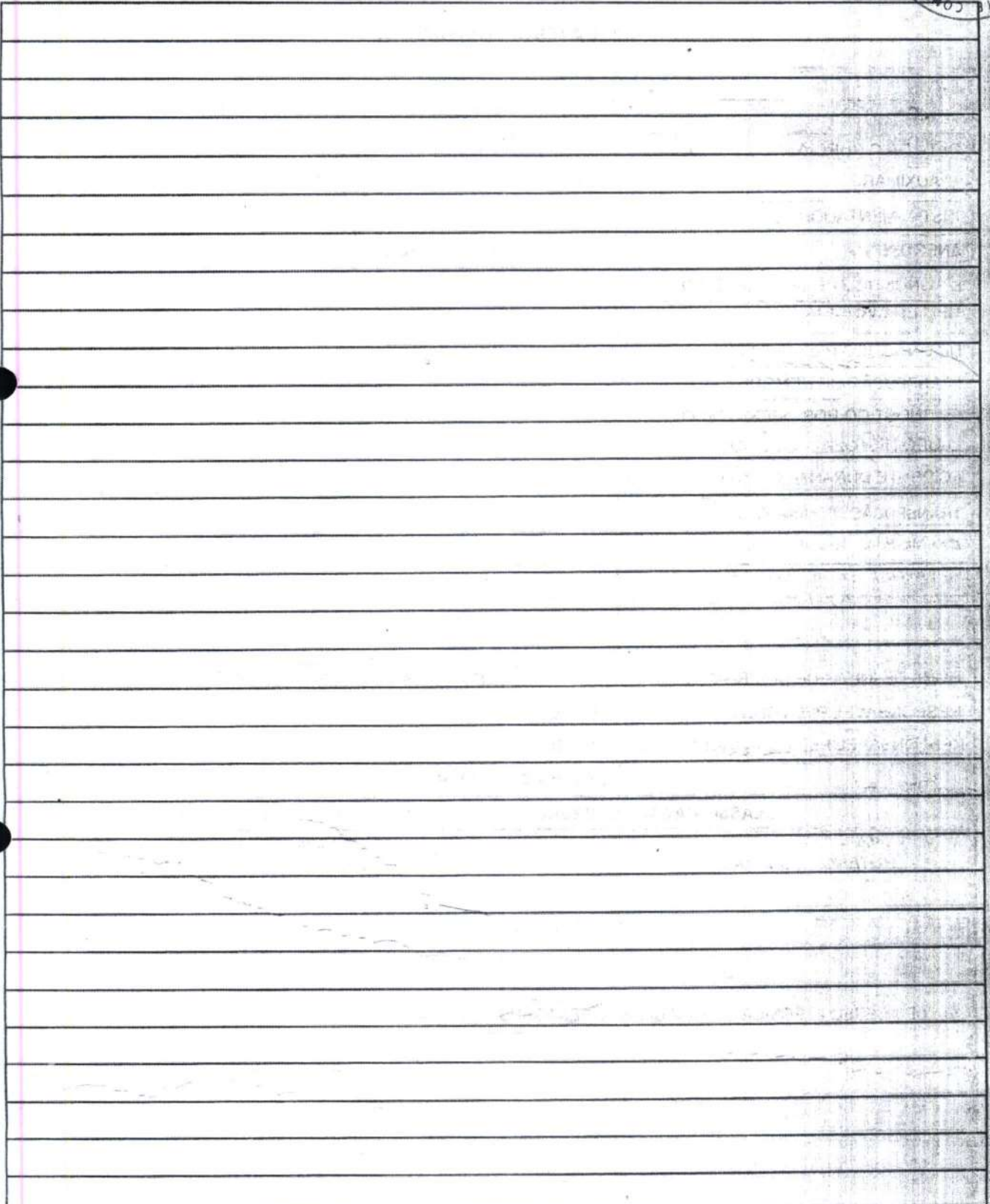
() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior aposição dos campos cirúrgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannestiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Identificação das tubas uterinas
- 5) Laqueadura das tubas uterinas (bilateralmente)
- 6) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior síntese dos planos cirúrgicos.
- 7) Síntese da pele e curativo oclusivo

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

1º Auxiliar
Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)



111

181

UAPS

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

SSA2 - Mês: _____

Ano: _____

MICROÁREA		TOTAL									
C R I A N Ç S	Nascidos vivos										
	RN pesados ao nascer										
	RN pesados ao nascer com peso < 2500g										
	De 0 a 3 meses e 29 dias										
	Aleitamento Exclusivo										
	Aleitamento Misto										
	De 0 a 11 meses e 29 dias										
	Com vacinas em dia										
	Pesadas										
	Desnutridas										
	De 12 a 23 meses e 29 dias										
	Com vacinas em dia										
	Pesadas										
	Desnutridas										
	Menores de 2 anos										
G E S T	Que tiveram diarreia										
	Que tiveram diarreia e usaram TRO										
	Que tiveram Infecção Resp. Aguda										
	Cadastradas										
	Acompanhadas por acs										
	Com vacina em dia										
	Fez consulta de pré-natal no mês										
	Com pré-natal iniciado no TRI										
	Desnutridas										
	< 20 anos cadastradas										



175

Handwritten signature or mark.

TOTAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Noronha Nº 45, Zumbi - Horizonte - CE
CEP: 62880-000 Fone: (88) 3336.6060



Relatorio de Alta

Data da Admissão	Hora da Admissão	Data da Alta	Hora da Alta	T. Dias Permanecência
------------------	------------------	--------------	--------------	-----------------------

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

176

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES:

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

Hosp. e Mat. Venâncio
Raimundo de Sousa
Resumo de Alta

Nome do Paciente

Nº do Prontuário

Clinica

Nº do Atendimento

Enfermaria

Leito

CAKIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO-CRM
(NOME LEGÍVEL)

REQUERIMENTO DE SALÁRIO - FAMÍLIA

177

SERVIDOR: _____

CARGO: _____ MATRICULA: _____

DOC. INSC - Nº E SÉRIE: _____

PRENOME DO FILHO:

DATA DO NASCIMENTO

1. _____	-	____	/	____	/	____
2. _____	-	____	/	____	/	____
3. _____	-	____	/	____	/	____
4. _____	-	____	/	____	/	____
5. _____	-	____	/	____	/	____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

INSTRUÇÕES

1 - Este requerimento poderá ser feito pelo próprio segurado, por seu empregador ou, no caso de trabalhadores avulsos pelo respectivo sindicato, quando se tratar de inclusão de filho nascido durante a manutenção do auxílio doença.

2 - Se o requerente for a empresa ou o sindicato, deverá contar o respectivo carimbo da assinatura.

3 - O requerimento será preenchido exclusivamente pelo segurado quando requerer aposentadoria e fizer jus ao salário família ou quando, já aposentado, vier a adquirir direito ao benefício.

4 - Em qualquer hipótese o requerente deverá estar acompanhado da certidão de nascimento do(s) filho(s) e do Termo de Responsabilidade.

5 - Fazer Acompanhar a seguinte documentação: Crianças até 06 (seis) anos de idade Certidão de Nascimento e Cartão de Vacinação; Crianças de 07 (sete) a 14 (catorze) anos de idade Certidão de Nascimento e Declaração da Escola em que a criança está matriculada.

De acordo com a Portaria Interministerial MPS/MF Nº 02, de 06/01/2012

REQUERIMENTO

() SR. PREFEITO

() SR. SECRETÁRIO

DADOS PESSOAIS

NOME:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Nº:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

MATRÍCULA:

FONE:

CARGO/FUNÇÃO:

CPF:

SECRETARIA:

LOTAÇÃO:

ASSUNTO

() Licença para tratar de Interesse Particular.

() Prorrogação de Licença para tratar de Interesse Particular.

() Licença prêmio

() Licença para Atividades Políticas

() Disposição para outros órgãos públicos.

() Exoneração

() Licença Paternidade

() Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

() Desconto Previdenciário sobre Insalubridade

() Desconto Previdenciário sobre Gratificação Fixa

() Declaração

() Solicitação/Negociação de Férias

() Solicitação de Gratificação por Titulação

() Solicitação de transferência de Unidade

() OUTROS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ASSINATURA DO REQUERENTE:

DATA:

VISTO DO CHEFE IMEDIATO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Rua Santa Edwírges, Nº 36, Sala 40 -- Parque Diadema -- Horizonte -- CE.
Fone/Fax: (0xx85) 3336-6038

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DA RECEITA *

Nome do Requiritante: _____

Endereço Completo: _____

C.R.M.: _____ Especialidade: _____

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº: _____

Pelo presente, autorizo o(a) Sr(a) _____ RG _____

Data da emissão: ____/____/____, residente à _____

Notificação de Receita B _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Notificação de Receita B2 _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Notificação de Receita C2 _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Horizonte, _____ de _____

Assinatura e carimbo com C.R.M.



Assinatura e carimbo da VISA

179

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
Unidade de Saúde
Município Prontuário
Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
Nome Completo da Mulher*
Nome Completo da Mãe*
CPF Apelido da Mulher
Data de Nascimento* / / Idade Nacionalidade
Raza/cor
Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
Dados Residenciais
Logradouro
Número Complemento
Código do Município Município Bairro UF
CEP DDD Telefone
Ponto de Referência
Escalação: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

180

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
2. Fez o exame preventivo (Papanicolau) 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 congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não
Data da coleta* / / Responsável*

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



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

☐ Amostra ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário☐ Lâmina danificada ou ausente☐ Caixa e/ou etiquetas do laboratório; especificar: _____☐ Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

☐ Escamoso☐ Glandular☐ Metaplasia

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

☐ Satisfatório

Insatisfatório para avaliação oncológica devido a:

☐ Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço☐ Plácitos 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☐ Atrofia com inflamação☐ Radiação☐ Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

☐ Lactobacillus sp☐ Coco☐ Sugestivo de Chlamydia sp☐ Actinomyces sp☐ Candida sp☐ Trichomonas vaginalis☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)☐ Outros bacilos☐ Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:

☐ Possivelmente não neoplásicas (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

ATÍPIAS 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

ATÍPIAS 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
HORIZONTE



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA
DA SAÚDE

HORIZONTE
PRO FORTI MUNICIPIO

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

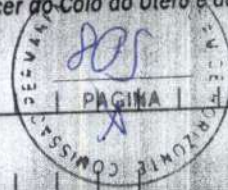
Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de M

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário



INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPJ (CPF)

Data de Nascimento

Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Código do Município

Município

Bairro

UF

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?

ano

☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

3. Está grávida?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

/ /

☐ Não sabe / Não ler

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim

☐ Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

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

☐ Sim

☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

☐ Normal

☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)

☐ Alterado

☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

☐ Sim

☐ Não

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

Data da coleta

Coletor



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA
DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - 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 Contínuo P

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF

Apelido da Mulher

Nacionalidade

Data de Nascimento* Idade*

Raça/cor

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino superior Completo

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO*

☐ RESULTADO NORMAL / BENIGNO

CELULAS 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

ATÍPIAS 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

ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical

☐ Endometrial

☐ sem outras especificações

☐ outras neoplasias malignas. Quais?

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICOS DO COLO DO ÚTERO

1. Achados colposcópicos (Informe o achado mais importante)*

☐ Normal

☐ Anormal ☐ Alterações Menores (sug. Baixo grau, Grau I)

☐ Alterações Maiores (sug. Alto grau, Grau II)

☐ sugestivo de câncer

☐ Miscelânea (condiloma, sequela pós tratamento, pólipo, estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose)

2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:

☐ satisfatória ZT completamente visível a ectocervical (ZT tipo I)

☐ satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II)

☐ JEC até 1 cm do canal

☐ JEC além de 1 cm do canal

☐ Insatisfatória

☐ ZT não visível ou parcialmente visível (predom./complet endocervical)(ZT tipo III)

☐ Atrofia/inflamação severa/trauma colo/ cervice não visível (colposcopia inadequada)

3. Procedimento:

☐ Biópsia

☐ Exérese da Zona de Transformação

☐ Ver e Tratar

☐ Pós biópsia

☐ Conização

☐ outras

Nota: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos em outras localizações anatómicas (vulva, vagina).

Informações adicionais para o patologista

Data da coleta* Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNEs do Laboratório*

Número do Exam

Nome do Laboratório

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Tipo de procedimento cirúrgico*

- ☐ Biópsia ☐ Exerese da Zona de Transformação ☐ Conização simples ☐ Histerectomia uni ou bilateral ☐ Histerectomia c/anexectomia ☐ outros

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

- ☐ Biópsia, número de fragmentos ☐ Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ cm
Distância da margem mais próxima _____ mm

localização do tumor: ☐ Ectocérvice ☐ Endocérvice ☐ Junção escamo-colunar

*Adequabilidade do material ☐ satisfatório ☐ Insatisfatório. Especificar _____



MACROSCOPIA

Lesões de caráter benigno

- ☐ Metaplasia Escamosa ☐ Cervicite crônica inespecífica
☐ Pólipo Endocervical ☐ Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

- ☐ NIC I (displasia leve)
☐ NIC II (displasia moderada)
☐ NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)
☐ Carcinoma epidermóide microinvasivo
☐ Carcinoma epidermóide invasivo
☐ Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão
☐ Adenocarcinoma in situ
☐ Adenocarcinoma invasor
☐ outras neoplasias malignas _____

GRAU DE DIFERENCIAÇÃO

- ☐ Não se aplica ☐ Bem diferenciado (Grau I) ☐ Moderadamente diferenciado (Grau II)
☐ Pouco diferenciado (Grau III) ☐ Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

Profundidade da invasão _____ mm

Vascular ☐ sim ☐ Não Corpo uterino ☐ sim ☐ Não

Peri-neural ☐ sim ☐ Não Vagina ☐ sim ☐ Não

Parametrial ☐ sim ☐ Não

Linfonodos regionais _____ e comprometidos _____

Margens cirúrgicas

- ☐ Livres ☐ Comprometidas ☐ Impossível de serem avaliadas

Diagnóstico Descritivo _____

Controle de representação histológica* ☐ Fragmentos ☐ Blocos

Data do resultado* _____ / _____ / _____

Responsável* _____

CRM _____

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica

☐ mama esquerda

☐ mama direita

☐ ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina

☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Espeçamento:

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

Espeçamento:

Localização

☐ QSL

☐ QIL

☐ QSM

☐ QIM

☐ UQlat

☐ UQsup

☐ UQmed

☐ UQinf

☐ RRA

☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar

☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐

nódulo

☐

microcalcificação

☐

assimetria focal

☐

assimetria difusa

☐

área densa

☐

distorção focal

Mama esquerda

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐

nódulo

☐

microcalcificação

☐

assimetria focal

☐

assimetria difusa

☐

área densa

☐

distorção focal

Mama esquerda

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

/ /

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

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

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado