

[illegible]

147



Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza
Endereço: Rua Maria Luiza Noronha, 45 - Zumbi, Horizonte - CE. 62882-020
Telefone: (85) 3336-6060



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
FONE: 3336.6042
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS



149

CAPS AD
PRIMEIRO ATENDIMENTO

PACIENTE:

DATA:

HORÁRIO:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- ☐ CPF
- ☐ CARTÃO DA FAMÍLIA
- ☐ COMPROVANTE DE ENDEREÇO

20

150



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
FONE: 3336.6042
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS



CAPS GERAL
PRIMEIRO ATENDIMENTO

PACIENTE:

DATA:

HORÁRIO:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- ☐ CPF
- ☐ CARTÃO DA FAMÍLIA
- ☐ COMPROVANTE DE ENDEREÇO

7



PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

NOSSO TRABALHO É CUIDAR DAS PESSOAS.

PREFEITURA DE HORIZONTE

SECRETARIA DE SAÚDE

NUEND - FONE: 33366033

151

Programa Nacional de Controle das Arboviroses / PNCA

UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO / LOCALIDADE	Categ.	PÁGINA PEND. IMÓVEIS TOTAL DE PENDÊNCIAS
Ce	Horizonte	/		
ZONA PNCA		CICLO L.I. + T.F.		
		ANO REFERENTE AO CICLO L.I. + T.F.		

ORDEM	DATA	Dados dos Imóveis Pendentes						OBSERVAÇÕES	Pendência revisitada, DATA
		Quarteirão	Logradouro	Nº Imóvel	Complem.	Tipo Imóv	Motivo da Pend. (F,R,D.)		
1	/ /								/ /
2	/ /								/ /
3	/ /								/ /
4	/ /								/ /
5	/ /								/ /
6	/ /								/ /
7	/ /								/ /
8	/ /								/ /
9	/ /								/ /
10	/ /								/ /
11	/ /								/ /
12	/ /								/ /
13	/ /								/ /
14	/ /								/ /
15	/ /								/ /
16	/ /								/ /
17	/ /								/ /
18	/ /								/ /
19	/ /								/ /
20	/ /								/ /
21	/ /								/ /
22	/ /								/ /
23	/ /								/ /
24	/ /								/ /
25	/ /								/ /
26	/ /								/ /
27	/ /								/ /
28	/ /								/ /
29	/ /								/ /
30	/ /								/ /

Legenda: Tipo do Imóvel; **R** - Residência, **C** - Comércio, **TB** - Terreno Baldio, **O** - Outro, **PE** - Ponto Estratégico

Motivo da Pedência: **F** - Fechado, **R** - Recusado, **D** - Desabitado

AGENTE	DATA	ZONA / EQUIPE	SUPERVISOR
	/ /	/	



PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

NOSSO TRABALHO É CUIDAR DAS PESSOAS.

PREFEITURA DE HORIZONTE

SECRETARIA DE SAÚDE

NUEND - FONE: 33366033



Programa Nacional de Controle das Arboviroses / PNCA

UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO / LOCALIDADE	Categ.	PENDÊNCIA DE DEPÓSITOS	
Ce	Horizonte	/		TOTAL DE DEP. PENDENTES	
ZONA PNCA	CICLO L.I. + T.F.	ANO REFERENTE AO CICLO L.I. + T.F.			

ORDEN	DATA	Dados dos Depósitos Pendentes						OBSERVAÇÕES	Pendência revisitada, DATA
		Quarteirão	Logradouro	Nº Imóvel	Complem.	Tipo Imóv.	Código Depósito Pendente		
1	/ /								/ /
2	/ /								/ /
3	/ /								/ /
4	/ /								/ /
5	/ /								/ /
6	/ /								/ /
7	/ /								/ /
8	/ /								/ /
9	/ /								/ /
10	/ /								/ /
11	/ /								/ /
12	/ /								/ /
13	/ /								/ /
14	/ /								/ /
15	/ /								/ /
16	/ /								/ /
17	/ /								/ /
18	/ /								/ /
19	/ /								/ /
20	/ /								/ /
21	/ /								/ /
22	/ /								/ /
23	/ /								/ /
24	/ /								/ /
25	/ /								/ /
26	/ /								/ /
27	/ /								/ /
28	/ /								/ /
29	/ /								/ /
30	/ /								/ /

LEGENDA PARA TIPOS DE DEPÓSITOS

A1 - CAIXA D'ÁGUA (ELEVADO)

B - PEQUENOS DEPÓSITOS MÓVEIS

D1 - PNEUS E OUTROS MATERIAIS RODANTES

E - DEPÓSITOS NATURAIS

A2 - OUTROS DEPÓSITOS DE ARMazenagens de ÁGUA (BAIXO)

C - DEPÓSITOS FIXOS

D2 - LIXO (RECEPIETE PLÁSTICO, LATAS), SUCATAS, ENTULHOS.



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO -CAPS

152

DATA DA ADMISSÃO: / /

Nº

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:										
2. Data de Nascimento:	/	/	3. Idade		4. Sexo:	Feminino		Masculino		
5. Cor da Pele:	Branca		Preta		Amarela					
6. Endereço:						7. Bairro				
8. Ponto de Referência:										
9. Tipo de Moradia:	Casa		Apto.		Pensão		Favela		Outros	
	Própria		Alugada		Cedida		Alvenaria		Madeira	
Nº de Cômodos			Nº de Moradores			Iê. Fone:				
	Próprio		Vizinho			Público		Trabalho		
Naturalidade:										
10. Filiação:	Pai					Mãe				
11. Estado Civil:	Casado		Solteiro		Separado		Viúvo		Outros	
12. Profissão do Cônjuge:										
13. Idade do Cônjuge:			14. Filhos	SIM	NAO	15. Nº de Filhos				
16. Religião			Praticante	SIM	NAO			Eventual		
17. Escolaridade:	Analfabeto			1º Grau Completo			1º Grau Incompleto			
	2º Grau Completo		2º Grau Incompleto		3º Grau Completo		3º Grau Incompleto			
	Curso Superior									
18. Profissão:					19. Ocupação:					
20. Renda individual:	R\$					21. Renda familiar:	R\$			
22. Origem do Encaminhamento ao CAPS										
23. Informe dos Dados (Parentesco):										

CNS:

II. HISTÓRICO DO PARTICIPANTE:

24. Queixas Principais

História da Doença Atual (HDA)

OBS

Manuscrito

Maiores com X



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO -CAPS



III. ANTECEDENTES PESSOAIS

29. Gestação:

30. Parto:

31. Desenvolvimento Psicomotor:

32. Infância:

33. Adolescência:

34. Escola:

35. Sexualidade:

36. Relacionamento (Afetivo, Trabalho, Outros):

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

37. Pai:

38. Mãe:

39. Irmãos:





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO -CAPS



40. Relacionamento Familiar:

41. Distúrbios Clínicos:

42. Distúrbios Psiquiátricos:

V ANTECEDENTES PSICOSSOCIAIS

43. Vida Adulta:

44. Hábitos (alimentares, Sono, Lazer):

45. Personalidade Pré-Mórbida:

VI ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

46. Virose Própria da Infância (VPI)

47. Traumatismo Crânio Encefálico

48. Crises Convulsivas

49. Hospitalizações

SIM

NÃO

Quais:

Clinicas

Quantas:

Psiquiátricas

Quantas:

50. Data da Última Internação:

51. Diagnóstico:

52. Tempo Real de Frequência:

53. Readmissões

SIM

NÃO

54. N° de Readmissões

55. Interrupção no Tratamento:

Altas (Melhoradas)

Alta a Pedido

Abandono

Internações Clínicas:

Outros:





PRONTUARIO -CAPS

VII EXAME PSIQUICO (Estado Mental e Emocional Atual)

56. Aparência Geral:

57. Comportamento Geral:

58. Fala:

59. Humor:

60. Pensamento:

61. Memória

62. Inteligência

63. Orientação

64. Julgamento:

VIII EXAME FISICO

65. Cabeça

66. Tronco:

67. Membros Superiores e Inferiores:





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO -CAPS

IX. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



X. PLANO TERAPÊUTICO





CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SECRETARIA DE SAÚDE
Rua: Raimundo Nonato, 48
Tel: (85) 3336.6042

FICHA DE EVOLUÇÃO - CAPS

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DR. MEMÓRIA

Rua Santa Edwrigens, 38 - Diadema I

Fone: (85) 3336.2094



PRONTUÁRIO MÉDICO

153

Nº.



Data: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ PROFISSÃO: _____

RUA: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____ CEL: _____

2. QP e HDA

AP: _____

AF: _____

3. EXAME OFTALMOLÓGICO

3.1. ACUIDADE VISUAL: OD: SC= _____ OE: SC= _____
CC= _____ CC= _____

OCULOS:

OD= _____ ESF _____ CIL x _____
OE= _____ ESF _____ CIL X _____

3.2. REFRACTIONETRIA:

AUTOREFRAÇÃO - SEM CICLÓPLEGIA

{ OD= _____ ESF _____ CIL x _____
: OD= _____ ESF _____ CIL X _____
OE= _____ ESF _____ CIL X _____

{ OD= _____ ESF _____ CIL x _____
: OD= _____ ESF _____ CIL X _____
OE= _____ ESF _____ CIL X _____

AUTOREFRAÇÃO - SOB CICLÓPLEGIA

{ OD= _____ ESF _____ CIL x _____
: OD= _____ ESF _____ CIL X _____
OE= _____ ESF _____ CIL X _____

{ OD= _____ ESF _____ CIL x _____
: OD= _____ ESF _____ CIL X _____
OE= _____ ESF _____ CIL X _____

PRESCRIÇÃO DE HOJE:

{ OD= _____ ESF _____ CIL x _____
: OD= _____ ESF _____ CIL X _____

3.3. FUNDOSCOPIA:

OD= _____

OE= _____

3.5. PIO: OD= _____ mm Hg

OE= _____ mm Hg

3.4. BIOMECROSCOPIA:

OD= _____

OE= _____

3.6 OUTROS EXAMES

REFLEXO E PUPILARES: _____

COVER / UNCOVER: _____

MOTILIDADE OCULAR: _____

SEMIOLÓGIA DA PALPEBRAL: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETÁRIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Protocolo de Dispensa de Propofol



154

____/____/____ : Foram entregues ____ frascos-ampolas de propofol a(o) ____

Lote: ____ . Validade: ____/____

Paciente: _____

Entregue à enfermeira (o): _____

Devolução: _____

____/____/____ : Foram entregues ____ frascos-ampolas de propofol a(o) ____

Lote: ____ . Validade: ____/____

Paciente: _____

Entregue à enfermeira (o): _____

Devolução: _____

____/____/____ : Foram entregues ____ frascos-ampolas de propofol a(o) ____

Lote: ____ . Validade: ____/____

Paciente: _____

Entregue à enfermeira (o): _____

Devolução: _____

UNIDADE: _____

Período: _____ a _____

Quadro de Apuração de frequência dos Agentes de Saúde do Estado

Nº	Agentes de Saúde	Dias					Afastamento		
		Trabalhados	Faltas	Férias	Atestado	Licença	Férias	Início	Término
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

Responsável: _____

155





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS

VALIANT DE PRECISO
765
PAGINA
X
HORIZONTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ NOME DO PACIENTE: _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____
RAÇA/COR: _____ ETNIA INDÍGENA: _____ NOME DA MÃE: _____
NOME DO RESPONSÁVEL: _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
CÓD. IBGE MUNICÍPIO: _____ CEP DE RESIDÊNCIA: _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO): _____
COMPLEMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: _____ TELEFONE DE CONTATO: _____

156

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO: _____ MÊS ATENDIMENTO: _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: _____
Usuário de Alcool ou Outras Drogas? ☐ NÃO ☐ SIM Em caso positivo, marque uma ou mais alternativas: ☐ Alcool ☐ Crack ☐ Outras Drogas
ORIGEM DO PACIENTE: ☐ Demanda Espontânea ☐ Atenção Básica ☐ Serviço de Urgência
CID10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
CID10 CAUSAS ASS: _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS: _____
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NES
ENCAMINHAMENTO: ☐ Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS ☐ Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica ☐ Não ☐ Outro
DATA DE CONCLUSÃO: _____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTD	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____			☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território	





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

pg. 22

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território	





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

RECEITUÁRIO COMUM



Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

- Previna-se: Elimine focos do Aedes Aegypti
- Evite automedicação
- Procure uma Unidade de Saúde se surgirem sinais como:

1-Dor na barriga que não passa;

2-Vômitos frequentes em poucas horas;

3-Desmaios e suor frio com tonturas;

4-Muita sede que não passa;

5-Sangramentos no nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

Horizonte, ____/____/____

Ass./Carimbo

Data
PA Sentado
PA Deitado
Prova de laço
Temp. axilar

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE • SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco nº 3600 • Centro • CEP: 62880-333 • CNPJ: 23.555.196/0001-86 • Fone: 3336.6050



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

RECEITUÁRIO COMUM



Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

- Previna-se: Elimine focos do Aedes Aegypti
- Evite automedicação
- Procure uma Unidade de Saúde se surgirem sinais como:

1-Dor na barriga que não passa;

2-Vômitos frequentes em poucas horas;

3-Desmaios e suor frio com tonturas;

4-Muita sede que não passa;

5-Sangramentos no nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

157

Horizonte, ____/____/____

Ass./Carimbo

Data
PA Sentado
PA Deitado
Prova de laço
Temp. axilar

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE • SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco nº 3600 • Centro • CEP: 62880-333 • CNPJ: 23.555.196/0001-86 • Fone: 3336.6050



RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

Endereço Completo e telefone:

Cidade:

UF:

Nº

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

UF:

Data: ____/____/____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE • SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco • nº 3600 • Centro • CEP: 62880-333 • CNPJ: 23.555.196/0001-86 • Fone: 3336.6050



RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

Endereço Completo e telefone:

Cidade:

Nº

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

Data: ____/____/____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE • SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco • nº 3600 • Centro • CEP: 62880-333 • CNPJ: 23.555.196/0001-86 • Fone: 3336.6050

158

NOTA: As doses impressas são para adultos jovens com função renal normal. Essa ficha tem validade de 10 dias.

Paciente:		Data Admissão:	
Infecção:	Idade:	Clinica:	Ent/leito:
☐ Comunitária ☐ Hospitalar			Pront.
Marque indicação	Terapia de Primeira Linha		Terapia alternativa
☐ Pneumonia Comunitária	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24 h + Azitromicina 500mg EV/VO 24/24 h		☐ Levofloxacina 750mg EV 24/24 h ☐ Moxifloxacina 400 mg EV 24/24 h
☐ Pneumonia Aspirativa	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24 h + Clinda 600 mg EV 8/8h		☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5g EV 6/6h
☐ Pneumonia Hospitalar	☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5 EV 6/6 h ou ☐ Cefepime 2g EV 8/8h		☐ Meropenem 2g EV 8/8h ou ☐ Meropenem + Vancomicina 1g EV 12/12h
☐ ITU – Cistite Complicada	☐ Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h		Se Grávida:
☐ ITU Pielonefrite	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h		☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h ☐ Meropenem 1g EV 8/8 h (Guiado por Urinocultura)
☐ Celulite Lesão difusa sem limites definidos, profunda	☐ Oxacilina 2g EV 4/4 h e /ou ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24 h		☐ Clindamicina 600-900 mg EV 8/8h + ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h ou ☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5 g EV 6/6h
☐ Erisipela Lesão de borda nítida e discreto relevo	☐ Penicilina Cristalina 2 milhões EV 4/4h ou ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24 h		☐ Clindamicina 600-900mg EV 8/8h
☐ Ferida Infectada Moderada a grave Inclui Pé Diabético Limpeza cirúrgica com coleta de tecido para cultura	☐ Ceftriaxona 400 mg EV e/ou ☐ Clindamicina 900mg EV 6/6h 8/8h 500 mg		☐ Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h + ☐ Clindamicina 900mg EV 6/6h ☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5 EV 6/6h
☐ Infecção Intra abdominal, incluindo PBE Colecistite aguda/ Colangite	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500 mg EV 8/8h		☐ Ampicilina- Sulbactam 3g EV 6/6h ou ☐ ceftriaxona 2g EV 24/24h + ☐ Metronidazol 500mg EV 8/8h
☐ Pancreatite Aguda Grave	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h		☐ Meropenem 2g EV 8/8h ou ☐ Imipenem 1g EV 6/6h
☐ Doença Inflamatória Pélvica	☐ Ceftriaxona 250 mg IM/EV DU + Doxícilina 100mg VO 12/12h + Metronidazol 500mg VO 8/8h por 14 dias		☐ Gentamicina 5-7mg/kg DU IM/EV + ☐ Doxícilina 100 mg VO 12/12h + ☐ Clindamicina 900mg EV 8/8h
☐ Neutropenia Febril	☐ Cefepime 2g EV 8/8h		Piperacilina + Tazobactam 4,5 g EV 6/6h
☐ Meningite Bacteriana Aguda Colher LCR com citobioquímica e cultura	Ceftriaxona 2g EV 12/12h		Se Abscesso cerebral:
☐ Osteomielite Hematogênica/crônica Limpeza Cirúrgica + Coleta de Material para Cultura	☐ Oxacilina 2g EV 4/4h + ☐ Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h		☐ Ceftriaxona 2g EV 12/12h + ☐ Metronidazol 500 mg EV 8/8h ☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + ☐ Clindamicina 900 mg EV 8/8h
☐ Osteomielite Contígua Sem insuficiência Vascular Limpeza cirúrgica + coleta de material para cultura	☐ Oxacilina 2g EV 4/4h + ☐ Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h ou ☐ Ciprofloxacina 500 mg VO 12/12h + Clindamicina 900mg VO 8/8h na terapia sequencial		Se Hospitalar usar: ☐ Meropenem 1g EV 8/8h Ou ☐ Piperacilina- Tazobactam 4,5 g EV 6/6h



		Vancomicina 15mg/kg/dose EV 12/12h Limpeza Cirúrgica + coleta de material para cultura	
Osteomielite Contígua com Insuficiência Vascular Limpeza cirúrgica + Coleta de Material para cultura		□ Ampicilina-sulbactam 3g EV 6/6h + Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h	
□ Antibiótico Profilaxia cirúrgica		□ Cefazolina 2g EV Administrar 60 minutos antes do procedimento e após horas do procedimento	
□ outras situações : □ profilática □ Terapêutica		□ Dose ajustada para função Renal	
Antimicrobiano	Dose	Intervalo	Duração do Tratamento
Data da solicitação:		Assinatura do Profissional Solicitante	
Data da Autorização:		Assinatura do Médico da CCIH:	
Visto do Farmacêutico:		Controle válido até:	
Se uso de antimicrobiano prévio: Qual a droga: Quanto tempo de uso:			
Causa do escalonamento:			
Curbs - 65			
Orientação da CCIH:			
CURB- 65 (somar 1 ponto para cada item)			
Confusão: Classificação menor que 8 segundos AMTS		0-1 Baixo Risco, tratamento ambulatorial	
Uréia: Níveis superiores a 50 mg/dl		2 Risco Intermediário, hospitalização de curta estadia ou tratamento ambulatorial com supervisão	
Respiração: Frequência Respiratória maior que 30 rpm.		3 Pneumonia Grave, considerar Hospitalização	
Pressão Arterial: Sistólica < 90 mmHg ou Diastólica < 60 mmHg		4 Pneumonia Severa, considerar hospitalização	
Idade: maior que 65 anos		5 Pneumonia Muito Grave, considerar UTI	





Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Nome:

Idade:

Cirugía realizada:

Data: ____/____/____ Admissão às: ____h.

Anestesia: () Raqui () Sedação () Local () Bloqueio

Anestesista:

Cirurgião:

Monitorização: () ECG () Oximetria () PA () Outro

Antecedentes Clínicos: () HA () DM () Cardiopatía () Pneumopatía

Controle:

160

HORA										
TEMP										
PULSO										
RESP.										
SO2										
PANI										
PAM										
DOR										
FUNC.										
INDICE DE ALDRETE KROULIK										

INDICE DE ALDRETE KROULIK

	TEMPO EM MINUTOS	VALOR	ADM	30	60	120	OBSERVAÇÃO
ATIVIDADE MOTORA SOB COMANDO	CAPAZ DE MOVER OS 4 MEMBROS	2					
	CAPAZ DE MOVER 2 MEMBROS	1					
	INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS	0					
RESPIRAÇÃO	RESPIRA PROFUND. OU TOSSE LIVREMENTE	2					
	DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO	1					
	APNEIA	0					
CIRCULAÇÃO	PA 20% DO NÍVEL PRE ANESTÉSICO	2					
	PA 20-49% DO NÍVEL PRE ANESTÉSICO	1					
	PA 50% DO NÍVEL PRE ANESTÉSICO	0					
CONSCIÊNCIA	LÚCIDO, ORIENTADO NO TMPO E ESPAÇO	2					
	DESPERTA SE SOLICITADO	1					
	NÃO RESPONDE	0					
SATURAÇÃO	MAIOR QUE 92% RESP. EM AR AMBIENTE	2					
	NECESSITA DE O2 PARA MANTER SAT. MAIOR QUE 90%	1					
	MENOR QUE 90% COM O2 COMPLEMENTAR	0					
	TOTAL						

NOTA: VALOR MÍNIMO PARA ALTA - 8 PONTOS

NOTA: VALOR MÍNIMO PARA ALTA - 8 PONTOS

ASSINATURA E CARIMBO DO TECNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____ COREN _____
ALTA ÀS: _____ COREN _____

ALTA ÀS: _____ COREN _____
 _____ ASS. ANESTESISTA _____ CRM _____



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS



IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		

161

(Handwritten signature)



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



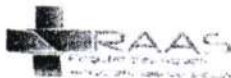
Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		

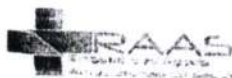
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

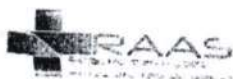


IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS



IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

162



Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa
Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE CEP 62882-020 Fone: (85) 3336-6048

REGISTRO DE FREQUÊNCIA

NOME: _____ PERÍODO: 01/04/2021 à 30/04/2021
UNIDADE: H.M.V.R.S – ALA COVID FUNÇÃO: _____ MATRÍCULA: _____

ENTRADA			SAÍDA			TURNO	OBSERVAÇÃO
DATA	HORA INÍCIO	ASSINATURA DO SERVIDOR	DATA	HORA FINAL	ASSINATURA DO SERVIDOR		
01/04/2021							
02/04/2021							
03/04/2021							
04/04/2021							
05/04/2021							
06/04/2021							
07/04/2021							
08/04/2021							
09/04/2021							
10/04/2021							
11/04/2021							
12/04/2021							
13/04/2021							
14/04/2021							
15/04/2021							
16/04/2021							
17/04/2021							
18/04/2021							
19/04/2021							
20/04/2021							
21/04/2021							
22/04/2021							
23/04/2021							
24/04/2021							
25/04/2021							
26/04/2021							
27/04/2021							
28/04/2021							
29/04/2021							
30/04/2021							

Assinatura Gerente /Carimbo:

Assinatura/Carimbo/ Diretor da unidade

Assinatura do Servidor



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

162



Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa
Rua Maria Luiza Noronha, 45, Zumbi - Horizonte/CE CEP 62882-070 Fone: (85) 3336-6048

REGISTRO DE FREQUÊNCIA

NOME:

PERÍODO: 01/04/2021 à 30/04/2021

UNIDADE: H.M.V.R.S – ALA COVID

FUNÇÃO:

MATRÍCULA:

ENTRADA			SAÍDA			TURNO	OBSERVAÇÃO
DATA	HORA INÍCIO	ASSINATURA DO SERVIDOR	DATA	HORA FINAL	ASSINATURA DO SERVIDOR		
01/04/2021							
02/04/2021							
03/04/2021							
04/04/2021							
05/04/2021							
06/04/2021							
07/04/2021							
08/04/2021							
09/04/2021							
10/04/2021							
11/04/2021							
12/04/2021							
13/04/2021							
14/04/2021							
15/04/2021							
16/04/2021							
17/04/2021							
18/04/2021							
19/04/2021							
20/04/2021							
21/04/2021							
22/04/2021							
23/04/2021							
24/04/2021							
25/04/2021							
26/04/2021							
27/04/2021							
28/04/2021							
29/04/2021							
30/04/2021							

Assinatura Gerente /Carimbo:	Assinatura/Carimbo/ Diretor da unidade	Assinatura do Servidor
------------------------------	--	------------------------



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
(CARRINHO CLÍNICA MÉDICA)



163

MEDICAMENTOS	QTD FIXA	VAL	ATUAL	ABS	Óculos
Adenosina 3mg/mL Inj.					Tubo Endotraqueal Nº 3,0
Adrenalina 1mg/mL Inj. (Epinefrina)					Tubo Endotraqueal Nº 3,5
Aminofilina 24mg/10mL Inj.					Tubo Endotraqueal Nº 4,0
Amiodarona 50 mg/ml					Tubo Endotraqueal Nº 4,5
Atropina 0,25mg/1mL Inj.					Tubo Endotraqueal Nº 5,0
Bicarbonato de Sódio 10%					Tubo Endotraqueal Nº 5,5
Dexametasona 2mg/mL Inj.					Tubo Endotraqueal Nº 6,0
Dobutamina 250mg/20 ml					Tubo Endotraqueal Nº 6,5
Dopamina 5mg/ml					Tubo Endotraqueal Nº 7,0
Etilefrina 10mg/ml					Tubo Endotraqueal Nº 7,5
Etomidato 2mg/mL					Tubo Endotraqueal Nº 8,0
Fenitoina Sódica 50mg/5mL Inj.					Tubo Endotraqueal Nº 8,5
Fenobarbital 100mg/ml					Fio Guia
Fentanila 50mcg/ml Inj.					Guedel
Flumazenil 0.1mg/mL					Umidificador
Furosemida 20mg/2ml					Mangueira de Silicone
Glicose 50% 10mL					Sonda de Aspiração Nº 8
Gluconato de Cálcio 10%					Sonda de Aspiração Nº 10
Haloperidol 5mg/ml					Sonda de Aspiração Nº 12
Lidocaina 2% S/Vaso C/20ml					Sonda de Aspiração Nº 14
Midazolam 5mg/mL (Dormomid)					Sonda de Aspiração Nº 16
Morfina 10mg/mL Inj.					Sonda Naso longa Nº 14
Naloxona 0,4mg/ml					Sonda Naso longa Nº 16
Nitroprussieto de Sódio 25mg/mL					Sonda Naso longa Nº 18
Norepinefrina 2mg/mL Inj.					Sonda Naso longa 20
Peidina 50mg/mL Inj.					Sonda Naso curta Nº 14
Prometazina 50mg/2mL Inj.					Sonda Naso curta Nº 16
Sulfato De Magnésio 50% Inj.					Sonda Naso curta Nº 18
Suxametônio 100mg FA					Máscara
SOROS /MATERIAIS	QTD FIXA	VAL	ATUAL	ABS	Sonda Naso curta Nº 20
Soro fisiológico 0,9%					Máscara de Venturi
Soro Glicosado 5%					Seringa 1 ml
Soro RL					Seringa 3 ml
Soro Glico Fisiológico					Seringa 5 ml
Agulha 25x7					Seringa 10 ml
Agulha 30x8					Seringa 20 ml
Agulha 40x12					Extensor
Luvax					Pas para DEA
Gorro					Cateter tipo óculos



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
(CARRINHO CLÍNICA MÉDICA)



MEDICAMENTOS	QTD FIXA	VAL	ATUAL	ABS					
Água para injeção 5 ml									
Deslanosideo 2mg/ml									
Diazepan 10 mg 2 ml									
Sulfato de magnésio 10%									
Cateter nº 18									
Cateter nº 20									
Cateter nº 16									
Cateter nº 14									
Agulha 13x45									
Equipo									

Verificado Por: _____ Data: ____/____/2022

Abastecido Por: _____ Data: ____/____/2022

779