

MAPA MENSAL DE PERIODONTIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA:

MÊS:

WILSON																																	
PROCEDIMENTOS																																	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
01.01.02.007-4 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
03.07.03.003-2 RASP. CORONO RADICULAR P/ SEXT.																																	
04.14.02.008-1 ENXERTO GENGIVAL																																	
04.14.02.015-4 GENGIVECTOMIA																																	
04.14.02.016-2 GENGIVOPLASTIA																																	
04.01.01.008-2 FRENECTOMIA																																	
04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE																																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																																	
04.14.02.035-9 TRAT. CIRURG. HEMORRAGIA BUCO-DENTAL																																	
04.14.02.037-5 TRAT. CIRUR. PERIODONTAL/SEXT																																	
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA																																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO																																	
02.04.01.021-7 RAIOS-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAIOS-X PERIAPICAL																																	
Trat. Concluído (TC)																																	
TOTAL																																	

PROCEDIMENTOS/ CONSOLIDADO	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	31	TOTAL	
PROCED. REALIZADOS																																	
PACIENTES ATENDIDOS																																	
PACIENTES AGENDADOS																																	
PACIENTES FALTOSOS/ REMARCADOS																																	
PACIENTES EXTRAS																																	
TURNOS TRABALHADOS																																	
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																	
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																	

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE,CE

(Handwritten signature)

122

PEÇIDO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO

Nome: _____
Endereço: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: () Feminino () Masculino
Raça: ____ RG: ____ CPF: ____ Fone: ____
Nome mãe: ____ Cartão SUS: ____
PSF: ____ ASC: ____
Natureza do material: _____ Data da coleta: ____/____/____
Localização: _____ Tamanho: ____
Cor: _____ Superfície: ____
Implantação: _____ Consistência: ____
Tempo de evolução: _____ Modo de coleta: ____
Presença de Linfonodos Palpáveis: () Sim () Não
Diagnóstico/ Suspeita Clínica: _____
OBS: _____

Agravos/ Fatores de risco presentes:

- () Uso de medicamentos: _____
() Fumo: Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo de uso: _____
() Álcool: Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo de uso: _____
() DST: _____
() Doenças sistêmicas: _____
() Outros: _____

Unidade de Saúde: _____
Solicitante: _____



2

123

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE BOCA

Nome: _____

Idade: _____ (anos) Sexo: M() F()

Raça: _____

Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Data: ____/____/____

UBASF: _____

Nº do prontuário: _____

Profissional responsável: _____

Tabagista? SIM () NÃO () QUANTO TEMPO? _____

Etilista? SIM () NÃO () QUANTO TEMPO? _____

Usa prótese? SIM () NÃO () QUANTO TEMPO? _____ Qual tipo? _____

Tem exposição freqüente ao sol? _____

Tem alguma enfermidade? _____

Toma alguma medicação diariamente? SIM () NÃO ()

QUAL? _____

Alguém na família tem histórico de câncer? SIM () NÃO ()

QUAL? _____



[Handwritten signature]

ASPECTO DA LESÃO

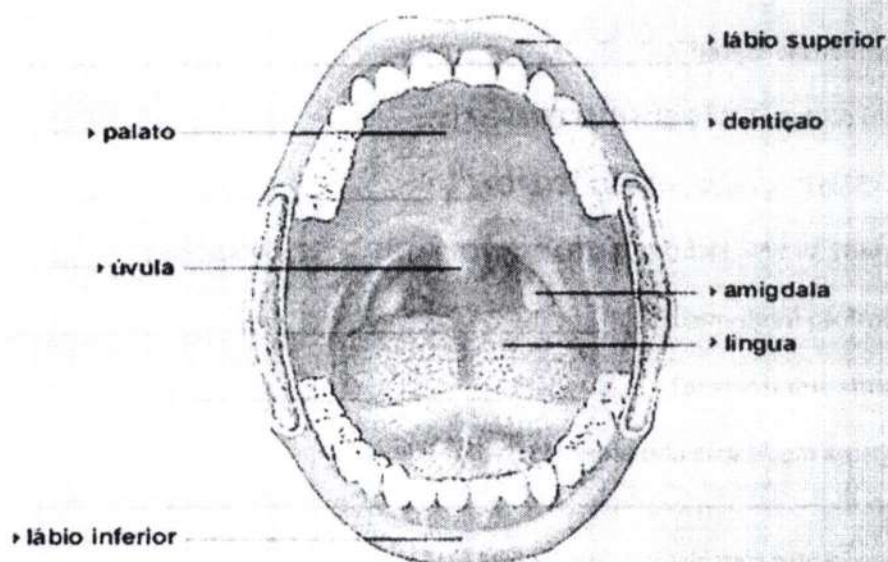
Forma: _____ Cor: _____

Consistência: _____ Tamanho: _____

Linfonodos cervicais palpáveis: SIM () NÃO ()

Local: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:



RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

124

COMPRESSA GELADA

Colocar na região da cirurgia compressa gelada (saco com gelo) por 20 minutos a cada hora.

SOMENTE NO DIA DA CIRURGIA



COMPRESSA QUENTE (MORNA)

Colocar na região compressa morna (pano passado com ferro ou molhado com água morna) por 3 vezes ao dia.

DOIS DIAS DEPOIS DA CIRURGIA



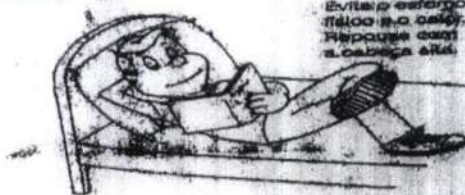
ALIMENTAÇÃO

Evite alimentos quentes e de difícil mastigação.



Dois dias de alimentos frios ou gelados e líquidos ou pastosos.

REPOUSO



EVITE ESFORÇO FÍSICO E A EXPOSIÇÃO AO CALOR

BOCHECHOS

Evitar bochechos por dois dias, porque podem provocar sangramento. A higienização oral deverá ser feita normalmente e com suavidade. Bochechos somente serão feitos a partir do 3º dia após a cirurgia.

SANGRAMENTO

Um pequeno sangramento pós-operatório é normal e pode ocorrer nos primeiros dias depois da cirurgia.

EM CASO DE QUALQUER ANORMALIDADE: FEBRE ALTA, DOR INTENSA, SANGRAMENTO ATIVO E ABUNDANTE VÁ A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E PROCURE UM DENTISTA OU ENTRE EM CONTATO.



Handwritten signature or mark.



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

CD SOLICITANTE	
UAPS	
NOME PACIENTE	
DATA	

☐ RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - ASSINALAR NO ODONTOGRAMA

☐ RADIOGRAFIA PERIAPICAL - ASSINALAR NO ODONTOGRAMA

16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
66	67	66	65	64	63	62	61	51	52	53	54	55	56	57	58
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ASSINATURA SOLICITANTE



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ.

SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

CD SOLICITANTE	
UAPS	
NOME PACIENTE	
DATA	

☐ RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - ASSINALAR NO ODONTOGRAMA

☐ RADIOGRAFIA PERIAPICAL - ASSINALAR NO ODONTOGRAMA

16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
66	67	66	65	64	63	62	61	51	52	53	54	55	56	57	58
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ASSINATURA SOLICITANTE

125





OPÇÃO DE NÃO REALIZAR O REGISTRO DE NASCIMENTO NA UNIDADE HOSPITALAR



RN de: _____ Sexo: ()

Nº da DNV _____ Data de nascimento ____/____/____

Endereço: _____

_____ ACS _____ Contato: _____

Eu _____ Data de

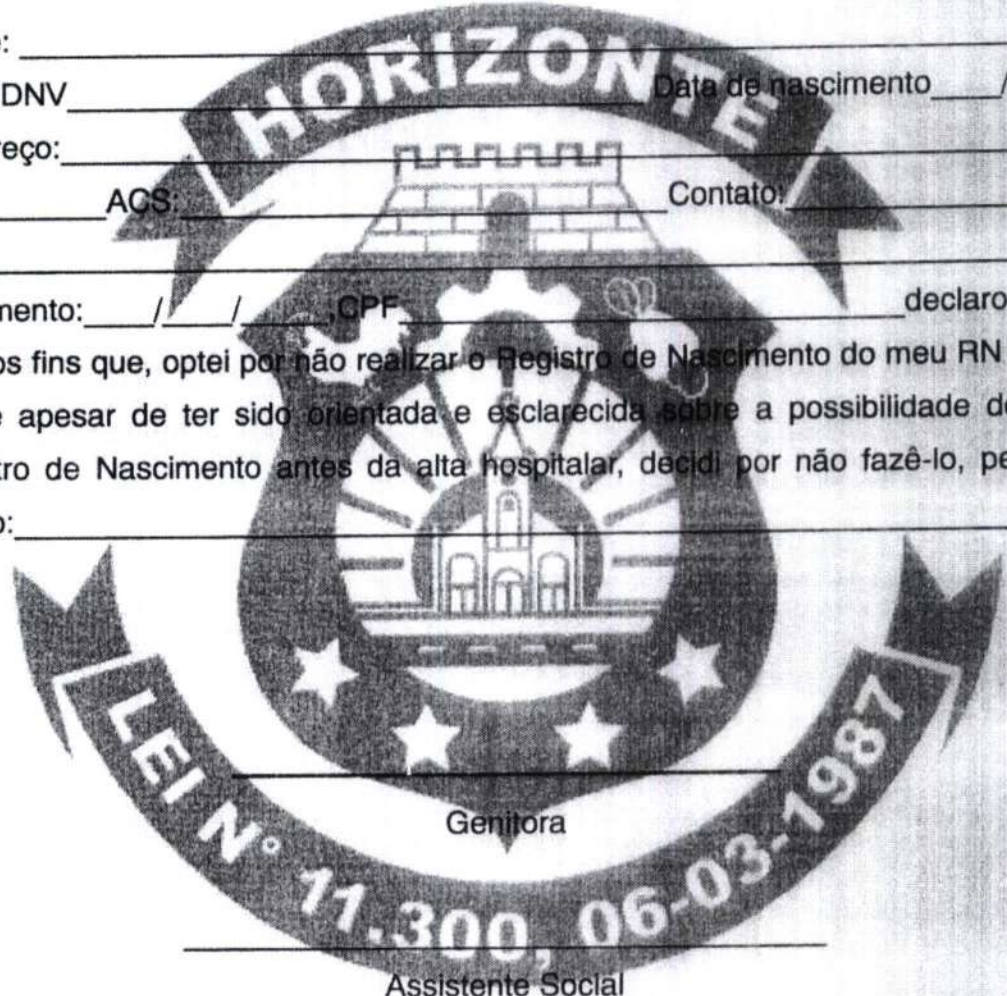
nascimento: ____/____/____, CPF _____ declaro para os

devidos fins que, optei por não realizar o Registro de Nascimento do meu RN no hospital.

E que apesar de ter sido orientada e esclarecida sobre a possibilidade de realizar o

Registro de Nascimento antes da alta hospitalar, decidi por não fazê-lo, pelo seguinte

motivo: _____



Genitora

Assistente Social

Horizonte, ____ de ____ de ____.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde
Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde
Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa



ORDEM DE SERVIÇO

SETOR: _____

TIPO DE CHAMADO

☐ ROTINA

☐ URGÊNCIA

DESCRIÇÃO DO CHAMADO:

HORIZONTE: ____/____/____

PROFISSIONAL SOLICITOU O CHAMADO: _____

ORDEM DE SERVIÇO

SETOR: _____

TIPO DE CHAMADO

☐ ROTINA

☐ URGÊNCIA

DESCRIÇÃO DO CHAMADO:

HORIZONTE: ____/____/____

PROFISSIONAL SOLICITOU O CHAMADO: _____



127



Secretaria da Saúde de Horizonte
Hospital e Maternidade Venâncio
Raimundo de Sousa

Senhores pais,

Para garantir o Registro Civil de Nascimento do seu filho, antes da alta hospitalar, você deverá levar para a maternidade os seguintes documentos:

- Documento com foto do pai e da mãe da criança (RG, CTPS, CNH).
- CPF do pai e da mãe da criança
- Certidão de Casamento (se casado)
- Comprovante de residência atualizado

Poderá ser enviada a cópia do documento com foto e CPF do pai da criança, caso o mesmo não compareça na admissão da gestante. Contudo, para o recebimento da certidão de Nascimento o documento original deverá ser apresentado.

Para os pais casados não é necessária a presença dos dois para o recebimento da certidão. Se solteiros ou união estável os dois deverão estar presentes.

128



Secretaria da Saúde de Horizonte
Hospital e Maternidade Venâncio
Raimundo de Sousa

Senhores pais,

Para garantir o Registro Civil de Nascimento do seu filho, antes da alta hospitalar, você deverá levar para a maternidade os seguintes documentos:

- Documento com foto do pai e da mãe da criança (RG, CTPS, CNH).
- CPF do pai e da mãe da criança
- Certidão de Casamento (se casado)
- Comprovante de residência atualizado

Poderá ser enviada a cópia do documento com foto e CPF do pai da criança, caso o mesmo não compareça na admissão da gestante. Contudo, para o recebimento da certidão de Nascimento o documento original deverá ser apresentado.

Para os pais casados não é necessária a presença dos dois para o recebimento da certidão. Se solteiros ou união estável os dois deverão estar presentes.



Secretaria da Saúde de Horizonte
Hospital e Maternidade Venâncio
Raimundo de Sousa

Senhores pais,

Para garantir o Registro Civil de Nascimento do seu filho, antes da alta hospitalar, você deverá levar para a maternidade os seguintes documentos:

- Documento com foto do pai e da mãe da criança (RG, CTPS, CNH).
- CPF do pai e da mãe da criança
- Certidão de Casamento (se casado)
- Comprovante de residência atualizado

Poderá ser enviada a cópia do documento com foto e CPF do pai da criança, caso o mesmo não compareça na admissão da gestante. Contudo, para o recebimento da certidão de Nascimento o documento original deverá ser apresentado.

Para os pais casados não é necessária a presença dos dois para o recebimento da certidão. Se solteiros ou união estável os dois deverão estar presentes.



Secretaria da Saúde de Horizonte
Hospital e Maternidade Venâncio
Raimundo de Sousa

Senhores pais,

Para garantir o Registro Civil de Nascimento do seu filho, antes da alta hospitalar, você deverá levar para a maternidade os seguintes documentos:

- Documento com foto do pai e da mãe da criança (RG, CTPS, CNH).
- CPF do pai e da mãe da criança
- Certidão de Casamento (se casado)
- Comprovante de residência atualizado

Poderá ser enviada a cópia do documento com foto e CPF do pai da criança, caso o mesmo não compareça na admissão da gestante. Contudo, para o recebimento da certidão de Nascimento o documento original deverá ser apresentado.

Para os pais casados não é necessária a presença dos dois para o recebimento da certidão. Se solteiros ou união estável os dois deverão estar presentes.



PREFEITURA DE
HORIZONTE

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial
Rua Raimundo Nonato, 48. Planalto Horizonte
Fone: (85) 3336.6042



NOME:						CNS:		
IDADE:			SEXO:	M	F	COR DA PELE:		
NOME DA MÃE:						DATA DE NASCIMENTO:		
ENDEREÇO:						BAIRRO:		
CEP:			CONTATO:		PROFI. QUE ENCAMINHOU			
QUEIXA PRINCIPAL:								
HISTÓRICO:								129
AÇÃO REALIZADA:								



[Handwritten mark]



Dengue, Chikungunya e Zica



A MELHOR ESTRATÉGIA É CUIDAR DA SUA CASA

Por que uma vez por semana ?

O ciclo de vida do mosquito, do ovo até a fase adulta, leva cerca de 7 a 10 dias. Se a verificação e eliminação dos criadouros forem realizadas uma vez por semana, podemos interromper o ciclo e evitar o nascimento de novos mosquitos.



O ovo do *Aedes aegypti* é bem escuro e é menor que um grão de areia, por isso é muito difícil enxergá-lo. É depositado pela fêmea do mosquito nas paredes dos criadouros próximo à superfície da água.

A partir dos ovos, nascem as larvas, que vivem na água. Por seu tamanho reduzido, aproximadamente o de uma cabeça de agulha de costura, dificilmente se vê onde estão. Não gostam de luz forte, por isso, ao abrir a caixa d'água, por exemplo, elas fogem para cantos sombreados.



Agindo uma vez por semana, impedimos que os ovos se transformem em mosquitos, que têm em média o tamanho de um grão de arroz.

As orientações para eliminação dos criadouros de mosquitos foram elaboradas com base no conhecimento de pesquisadores da FIOCRUZ.



O PERIGO É PARA TODOS.
O COMBATE TAMBÉM.
FOÇA SUA PARTE.

O mosquito vive dentro de nossas casas. Para garantir a saúde de sua família e de sua comunidade, basta fazer uma vistoria semanal, de apenas 10 minutos, nos locais onde ele costuma colocar seus ovos.



Lavar os pratinhos de plantas uma vez por semana



Não deixe água acumulada sobre a taje



Se o ralo não for de aluir e fechar, coloque uma tela fina para impedir o acesso do mosquito à água



Faça sempre a manutenção de piscinas e fontes utilizando os produtos químicos apropriados



Coloque areia dentro de todos os cacos que possam acumular água



Não deixe água acumulada em folhas secas e tampas de garrafas



Fechas bem os sacos de lixo e os deixe fora do alcance dos animais



Limpe sempre a bandeja do ar-condicionado para evitar o acúmulo de água



Os vasos sanitários devem ser verificados semanalmente, mesmo os de uso eventual



Mantenha a caixa-d'água bem fechada. Coloque também uma tela no ladrão da caixa-d'água



Mantenha os vasilhames de água bem tampados



Remova folhas, galhos e objetos que possam impedir a água de correr pelas calhas

2



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE - CE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA



PARTOGRAMA

131

Clinica Obstétrica	Nome:	Idade:															
		Pront.:															
UR / /	G P A	Filhos vivos															
DPP / /	PN CES FOR	Ge Fator RH															
Pré-natal:	Sim ☐ Não ☐	Intercorências: ☐															
Situação Fetal:	Apresentação Fetal:	Defletida	Fletida	Variedade de Posição													
Long ☐ Trans ☐	Cef ☐ Pelv. ☐ CORM. ☐	I ☐ II ☐ III ☐	☐														
(Horas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Plano de Hodge (x)	I-																Altura da Apresentação (X) (De Lee)
	II-																
	III-																
	IV-																
Dilatação (cm)	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
Dia	Hora																
FCF Bat/min	180																Vulva Desp.
	160																
	140																
	120																
	100																
	80																
	Contrações																
Membranas																	
Amniótico																	
Pressão Arterial																	
Temperatura																	
Pulso																	
Medicamentos e Fluidos																	
Examinador																	
Resolução:																	
	Data: / / Hora: /																
	Medico: /																

VERSO DESCRIÇÃO DO PARTO

[illegible]

132



PEDIDO DE EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

DATA



NOME

PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

SEXO

COR

SOLICITANTE

UNIDADE

NATUREZA E SEDE DO MATERIAL

MODO DA COLHEITA DO MATERIAL

INFORMES CLÍNICOS

TEMPO DE MOLÉSTIA

DATA DO CICLO MENSTRUAL

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

ASSINATURA DO MÉDICO

RESULTADO

DATA DA ENTRADA LABORATÓRIO

REGISTRO Nº

EXAMES MACROSCÓPIO

EXAMES MICROSCÓPIO

DATA

PATOLOGISTA

CIRÚRGIA GERAL/ LIGADURA TUBÁRIA / CURETAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DA ALTA: ____/____/____



133

ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

01-LAUDO PARA INTERNAÇÃO: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

02-LAUDO COMPLEMENTAR: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

03-EVOLUÇÃO (ÕES): () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

04-PRESCRIÇÃO (ÕES): () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

05-SAEP: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

06- RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

07-ANTIMICROBIANO: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

08- REGISTRO ANESTÉSICO:() CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

09-RELATÓRIO CIRÚRGICO: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

10-RELATÓRIO DE ALTA: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

VISTO DO DIRETOR CLÍNICO DO HMVRS:

PENDÊNCIAS DE PRONTUÁRIO

CLÍNICA MÉDICA OU PEDIÁTRICA



NOME DO PACIENTE: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DA ALTA: ____/____/____

134

ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO

01-LAUDO PARA INTERNAÇÃO: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

02-LAUDO COMPLEMENTAR: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

03- FICHA DIAGNÓSTICA: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

04- ANAMNESE DE ENFERMAGEM: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

05--EVOLUÇÃO (ÕES): () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

06-PRESCRIÇÃO (ÕES): () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

07-SAE DIÁRIO:

08-RELATÓRIO DE ALTA: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

09-TERMO DE RESPONSABILIDADE:

VISTO DO DIRETOR CLÍNICO DO HMVRS:

PACIENTE: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DA ALTA: ____/____/____

ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

01-INDICADORES DO PARTO: () CONCLUÍDO, CONCLUIR () PROFISSIONAL:

() CONCLUÍDO, CONCLUIR () PROFISSIONAL:

02-LAUDO PARA INTERNAÇÃO: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

03-LAUDO COMPLEMENTAR: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

04-PARTOGRAMA : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

05-EVOLUÇÃO (ÕES): () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

06-PRESCRIÇÃO (ÕES): () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

07-SAEP: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

08-EVOLUÇÃO (ÕES) DO RN : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

09-PRESCRIÇÃO (ÕES) DO RN: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

10-FICHA DO RN : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

11-RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

12-ANTIMICROBIANO: : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

13- REGISTRO ANESTÉSICO: : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

14-RELATÓRIO CIRÚRGICO: : () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

15-RELATÓRIO DE ALTA: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

16-TESTE RAPIDO DE ANT-HIV E SÍFILIS: () CONFORME;() NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

VISTO DO DIRETOR CLÍNICO DO HMVRS:



135





PARTO NORMAL

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DA ALTA: ____/____/____



136

ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO

01-INDICADORES DO PARTO: () CONCLUÍDO, CONCLUIR () PROFISSIONAL:
() CONCLUÍDO, CONCLUIR () PROFISSIONAL:

02-LAUDO PARA INTERNAÇÃO: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

03-LAUDO COMPLEMENTAR: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

04-PARTOGRAMA: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

05-EVOLUÇÃO (ÕES): () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

06-PRESCRIÇÃO (ÕES): () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

07-SAEP: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

08-EVOLUÇÃO (ÕES) DO RN: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

09-PRESCRIÇÃO (ÕES) DO RN: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

10-FICHA DO RN: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

11-SERVIÇO DE ENFERMAGEM: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

12-RELATÓRIO DE ALTA: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

13-TESTE RÁPIDO DE ANT-HIV E SÍFILIS: () CONFORME; () NÃO CONFORME; PROFISSIONAL:

VISTO DO DIRETOR CLÍNICO DO HMVRS:

PLANILHA DE ALMOÇO MÊS: _____

PLANILHA DE ALMOÇO MÊS : _____																															
DESCRIÇÃO	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	31
FUNCIONÁRIO HOSPITAL																															
UPA																															
PACIENTES HOSPITAL																															
ACOMPANHANTES																															
GUARDA MUNICIPAL																															
SAMU																															
CAPS AD																															
CAPS GERAL																															
UPA																															
EXTRA																															
TOTAL																															

137



2



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

SECRETARIA DA SAÚDE

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Centro - Horizonte

Fone: (85) 3336.6042 - Fax: (85) 3336.6050



Planilha de Atividades da Equipe de Enfermagem

Mês: _____ /20__

Procedimentos	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	31	Total	
Administração de medicamentos																																	
Higiene e Cuidados pessoais																																	
Grupo de recepção																																	
Transporte paciente																																	
Grupo de família																																	
Grupo de Mulheres																																	
Atendimento individual																																	
Oficina de Videoke																																	
Sinais Vitais																																	
Visita Domiciliar Nível Superior																																	
Visita Domiciliar Nível Médio																																	
Oficina de Dança																																	
Orientação Nível Médio																																	
Triagem																																	
Total de Procedimentos																																	
Total de Atendimento																																	

ALTA HD -
INTERNAÇÃO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO -
INTERNAÇÃO HOSPITAL GERAL -
MÉDIA PACIENTE HD -

138





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Noronha, N° 45, Zumbi - Horizonte - CE
CEP: 62880-000 - Fone: (88) 3336-6060



PLANILHA DIÁRIA DE PROCEDIMENTOS - GESSO

DATA: / /

N°	Nome do Paciente	Idade	0301060100 Atend. c/ imob. provisória	0303090009 Rev. c/ troca do gesso MMSS	0303090073 Rev. c/ troca do gesso MMII	0303090154 Fratura punho - luva	0303090200 Fratura MMII c/ imobilização	0303090219 Lesão coluna cervical c/ imob.	0303090227 Fratura MMSS c/imobilização
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Soma Total=									

139





Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS DO PACIENTE		SINAIS VITAIS					
NOME:		HORA	PA	TEMP	PULSO	FR	SAT.O ²
IDADE:	DATA:						
ENFERMARIA:	LEITO:						
PRONTUÁRIO:							
CLÍNICA OBSTÉTRICA							
ALERGIAS:							

PRESCRIÇÃO MÉDICA - DHEG		ENFERMAGEM	
		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
01	DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM		
02	SULFATO DE MAGNÉSIO A 50% 08ML EM 200ML DE SG5% - INFUNDIR EM 30 MINUTOS		
03	SG 5% - 2000 ML, EV 28 GTS/MIN	500() 500() 500() 500()	
04	SULFATO DE MAGNÉSIO A 50% FAZER 12ML(6G) EM CADA SORO DO ITEM 3	1() 2() 3() 4()	
05	REALIZAR SONDAGEM VESICAL DE FOLEY Nº 12 OU 14		
06	HIDRALAZINA (1:19) FAZER 0,5ML EV SE PA máx. > ou = a 160mmHg ou PA mín. > ou = 110mmHg.		
07	DECÚBITO LATERAL ESQUERDO		
08	SUSPENDER SULFATOTERAPIA SE: DÉBITO URINÁRIO < 50ML/H E/OU FREQUENCIA RESPIRATORIA < 16rpm		
09	PROVIDENCIAR COLETA DE EXAMES PARA ROTINA DE DHEG		
12	SINAIS VITAIS DE 6/6H SENDO PA DE 1/1H		

140





FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS DO PACIENTE			SINAIS VITAIS				
NOME:	DATA:	HORA	PA	TEMP	PULSO	FR	SAT.O ²
IDADE:	LEITO:	06H					
ENFERMARIA:		12H					
PRONTUÁRIO:		18H					
ALERGIA	CLÍNICA CIRURGICA	24H					

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ENFERMAGEM	
1º PÓS-OPERATÓRIO DE CESÁREA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
01	DIETA BRANDA		
02	OBSERVAR LOQUIAÇÃO		
03	IBUPROFENO 600MG 01 COMP DE 12/12H		
04	DIPIRONA 40 GTS VO DE 6/6H SE NECESSÁRIO		
05	LUFTAL 40GTS VO DE 8/8H		
06	DEAMBULAR		
07	SULFATO FERROSO 300MG 1COMP 1X/DIA 2H APÓS O CAFÉ DA MANHÃ		
08	TRAMAL 100MG+100ML SF 0.9% EV 8/8H SE ALERGIA A DIPIRONA E IBUPROFENO (ITEM 3 E 4)		
09	SINAIS VITAIS DE 6/6H		





PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MINAS GERAIS

Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS DO PACIENTE				SINAIS VITAIS				
NOME:		HORA	PA	TEMP	PULSO	FR	SAT.O ²	
IDADE:	DATA:	06H						
ENFERMARIA:	LEITO:	12H						
PRONTUÁRIO:		18H						
		24H						
CLÍNICA CIRÚRGICA								
ALERGIA								
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
POI DE LAQUEADURA TUBÁRIA		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES				
01	DIETA BRANDA APÓS 06 H DO TÉRMINO DE CIRURGIA	ATENÇÃO						
02	SG 5% - 1000 ML SF 0,9% - 1000 ML	500() 500()	500() 500()					
03	CETOPROFENO 100MG+100ML SF EV 12/12H							
04	BUSCOPAN COMPOSTO + GLICOSE 25% EV 6/6H SE DOR FORTE	SN						
05	TRAMAL 100MG+100ML SF 0,9% EV 8/8H SE ALERGIA A DIPIRONA E CETOPROFENO	SN						
06	BROMOPRIDA (2ml) + 18 ml SF 9,0% EV 8/8H SE NAUSEAS	SN						
07	CEFALOTINA 1 AMP EV 6/6H							
08	HIDROCORTISONA 500MG+100ML DE SF 0,9% EV DE 12/12 H SE PRURIDO	SN						
09	SINAIS VITAIS DE 6/6H	ROTINA						

142



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



FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS DO PACIENTE			SINAIS VITAIS					
NOME:			HORA	PA	TEMP	PULSO	FR	SAT.O ²
IDADE:		DATA:	06H					
ENFERMARIA:		LEITO:	12H					
PRONTUÁRIO:			18H					
			24H					
CLÍNICA CIRÚRGICA								
ALERGIA								

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ENFERMAGEM	
POI DE CURETAGEM UTERINA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
01 DIETA BRANDA		ATENÇÃO	
02 OBSERVAR SANGRAMENTO TRANSVAGINAL		OBSERVAR E COMUNICAR	
03 BUSCOPAN COMPOSTO + GLICOSE 25% EV 6/6H SE NECESSÁRIO		SN	
04 TRAMAL 100MG+100ML SF 0.9% EV 8/8H SE ALERGIA A MEDICAMENTOS ITEM 03		SN	
05 BROMOPRIDA (2ml) + 18 ml SF 9,0% EV 8/8H SE NAUSEAS		SN	
07 DEAMBULAR		ORIENTAR	
08 SINAIS VITAIS DE 6/6H		ROTINA	

144



144

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS DO PACIENTE				SINAIS VITAIS				
NOME:	DATA:	HORA	PA	TEMP	PULSO	FR	SAT.O ²	
IDADE:	LEITO:	06H						
ENFERMARIA:		12H						
PRONTUÁRIO:		18H						
ALERGIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	24H						

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMAGEM	
		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
01	DIETA BRANDA APOS 06 H DO TÉRMINO DE CIRURGIA	ATENÇÃO:	
02	SG 5% - 1000 ML SF 0,9% - 1000 ML	500() 500() 500() 500()	
03	OCITOCINA SUI 2 AMP NO 1º E 2º SORO	1º() 2º()	
04	CETOPROFENO 100MG+100ML SF EV 12/12H		
05	BUSCOPAN COMPOSTO + GLICOSE 25% EV 6/6H SE DOR FORTE		
06	TRAMAL 100MG+100ML SF 0.9% EV 8/8H SE ALERGIA A DAPIRONA E CETOPROFENO (ITEM 4 E 5)	SN	
07	BROMOPRIDA (2ml) + 18 ml SF 9,0% EV 8/8H SE NAUSEAS	SN	
08	CEFALOTINA 1 AMP EV 6/6H		
09	HIDROCORTISONA 500MG+100ML DE SF 0,9% EV DE 12/12 H SE PRURIDO	SN	
10	RANITIDINA 50MG + 18ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H		
11	OBSERVAR SANGRAMENTO TRANSVAGINAL, CASO AUMENTADO COMUNICAR PLANTONISTA IMEDIATAMENTE.	COMUNICAR	
12	SINAIS VITAIS DE 6/6H	ROTINA	

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

2

