



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

PREFEITURA DE HORIZONTE
Secretaria de Saúde

Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa



ALTERAÇÕES DE PLANTÃO

003

MÊS:

NOME SERVIDOR:

FUNÇÃO:

[illegible]

TIPOS DE ALTERAÇÃO			
1 - PLANTÃO PAGO	2 - TROCA	3 - BANCO DE HORAS	4 - FOLGA ANIVERSÁRIO
5 - FOLGA TRE	6 - LIBERAÇÃO CHEFIA		

Chefia imediata**Servidor**



Anamnese Global

004



Nome:	Data da Avaliação:	/	/
Endereço:	Nº		
PSF:	Nº Cartão do SUS:		
Nome da Mãe:			
Data de Nascimento:	/	/	Telefone:
Ag. De Saúde			
Motivo da Consulta:			
Origem do Nascimento:			

Gestação

- Tratamento pré-natal (S) (N)

Quais: _____

- Radiografias (S) (N)
- Transfusões (S) (N)
- Quedas (S) (N)

Condições Físicas _____
Psicológicas: _____

Parto

- Normal ()
- Prematuro () Quantos meses _____
- Fórceps () condições _____
- Cesariana ()
- Fator RH – Pai _____ Mãe _____
- Peso: _____ Tamanho: _____
- Condições da criança ao nascer

Alimentação

- Seios (S) (N)
- Mamadeira (S) (N)
- Início _____ Até quando _____ Tipo de bico _____
- Alimentação Solida (S) (N)

Início

Tipo _____ Reação _____ Preferências _____

Desenvolvimento Psicomotor

- Cabeça (S) (N)
- Tronco (S) (N)
- Sentou c/apoio (S) (N) época _____
- Sentou s/apoio (S) (N) época _____
- Engatinhou (S) (N) para frente () para trás ()
- Andou c/apoio (S) (N) época _____
- Andou s/apoio (S) (N) corre () salta () pula ()

Desenvolvimento da Linguagem



- Balbuciou (S) (N)
- Início: _____ Tipo: _____
- Onomatopeias (S) (N)
- Início _____ Quais _____
- Idade com que falhou _____
- Primeiras palavras _____
- Vocabulário – () pobre () rico () médio
- Facilidade de expressão verbal – boa () ruim () médio ()
- Canta (S) (N) Fala sozinha (S) (N) - Situação
- Gosta de Grita (S) (N)

Desenvolvimento Pessoal

1- Sono

- Dormi sozinha (S) (N)
- Dormi com os pais (S) (N)
- Tipo de sono _____
- Acorda Durante a noite (S) (N)
- Baba (S) (N)
- Respiração Bucal (S) (N)

2- Hábitos

- Sucção de polegar (S) (N)
- Chupeta (S) (N)
- Tiques (S) (N)
- Piscar (S) (N)
- Outros _____

3- Escolaridade

- Data de ingresso na vida escolar _____

4- Doenças

- Medicação : _____
- Caxumba () Sarampo () Catapora ()
- Meningite () Convulsões () Rubéola ()
- Caxumba () Sarampo () Outros () _____

Antecedentes patológicos familiares _____

Acompanhamento : _____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



ATENDIMENTO DIÁRIO
CLÍNICO OBSTÉTRICA



SECRETARIA
DA SAÚDE

ORD	NOME DO PACIENTE	Médico(M/T):	Enfermeiro(MT):	Auxiliar(M/T)	
		Médico(M/T):	Enfermeiro(MT):	Auxiliar(M/T)	RESOLUÇÃO
1		DN:	MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA	DESTINO	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



Atestado Médico Para Gestantes

006

ATESTO que a segurada _____

_____, portadora da Carteira

Profissional Nº _____ Série _____

Deverá afastar-se do trabalho pelo período de _____

semanas, a partir de _____ / _____ / _____, em

conformidade com o que dispõe o parágrafo 1º do Art. 392,

da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto

Nº 75207/75.

Médico Responsável _____

Local e Data _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCE.

ATESTADO MÉDICO



007

ATESTO QUE _____

NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE.

C.I.D. _____

HORIZONTE _____ / _____ / _____

MÉDICO _____



BALANÇO HÍDRICO

DE 19:00 HORAS DE

ÀS 07:00 HORAS DE

Paciente						Enfermeira			Leito		Registro						
HORA	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	PVC	PRESSÃO ARTERIAL	GLICEMIA	GLICOSÚRIA	LÍQUIDOS ADMINISTRATIVOS				LÍQUIDOS ELIMINADOS					
								ORAL	GAVAGEM	PARENTERAL IM IV	DIURESE	SECREÇÃO GÁSTRICA	DRENOS	SUDORESE	VÔMITO	FEZES OUTROS	RUBRICA
19:00																	
20:00																	
21:00																	
22:00																	
23:00																	
24:00																	
01:00																	
02:00																	
03:00																	
04:00																	
05:00																	
06:00																	
07:00																	
BALANÇO PARCIAL (DE 07:00 ÀS 19:00 h)																	
BALANÇO TOTAL (DE 07:00 ÀS 19:00 h)																	
OBSERVAÇÕES								ADMINISTRADO ML ELIMINADO ML									
								DIFERENÇA: ML (DE 19:00 ÀS 07:00 HORAS)									
								ENFERMEIRA RESPONSÁVEL COREM DATA									



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

Secretaria de Saúde

Hospital Maternidade Venâncio Raimundo Souza

Rua Luiza Maria Noronha, 45 - Zumbi - Horizonte - Ce - CEP 62880-000 - Fone: 3386 6000



BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

Data / Hora Atendimento:

Cartão SUS:

Paciente

Data Nascimento

009

Idade

Sexo

Estado Civil:

Documento Identidade:

Nome da Mãe

Endereço

CEP:

Cidade

Telefone

Médico responsável pelo atendimento:

Assinatura Responsável/Acompanhante:

Tipo de Atendimento: () Eletivo Ambulatorial () Emergência | PREVENIDA POR;

() Clínica Médica () Pediatria () Obstetrícia () Clínica Cirúrgica () Traumatologia

2. ATENDIMENTO

PA

Temperatura

Outros Parâmetros

Idade Gestacional

Paridade

Outros Parâmetros

Queixa Principal

HDA / Exame Físico

Diagnóstico

Médico (Carimbo/CRM)

MUNICÍPIO/UF: HORIZONTE/CE
BAIRROS:

Nº DE QUARTEIRÕES:

Nº DE IMÓVEIS:

ESTRATO:

FOLHA:

[illegible]

Legenda: O: (Residência, Comércio e Outros)/T8: Terreno Baldio

ACE:

DATA:

Nº de imóveis positivos	Aedes Aegypti:	Aedes Albopictus:
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

Nº de T. baldios positivos Aedes Aegypti: Aedes albopictus:

Responsável

Ministério
da Saúde



SUS
Sistema Único
de Saúde

BPA-C

Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Consolidados



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

FOLHA

012

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUÊNCIA

PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

QUANTIDADE

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

Ministério
da Saúde



BPA-I

Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PROFISSIONAL

CBO

MÊS/ANO

EQUIPE

013

FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

COD. IBGE MUNICÍPIO

Masc. Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

COD. IBGE MUNICÍPIO

Masc. Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

RAÇA/COR

ETNIA

CEP

COD. IBGE MUNICÍPIO

Masc. Fem.

COD LOGRADOURO

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

CNPJ

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA / /

DATA / /



PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

NOSSO TRABALHO É CUIDAR DAS PESSOAS.

PREFEITURA DE HORIZONTE

SECRETARIA DE SAÚDE

NUEND - FONE: 33366033

BOLETIM DE RECONHECIMENTO - RG



ESTADO	CEARÁ
CRES	22ª

MUNICÍPIO	HORIZONTE	SUB LOCAL	Nº DO QUARTEIRÃO
LOCALIDADE/ COD.		CATEGORIA	ZONA:

ORDEM	RUA, AVENIDA, OUTROS	LADO	IMÓVEL		HABI TAN TES	TAN QUE	TAM BOR	TINA	FIL TRO	POTE	PINGA DEIRA	CISTER NA	CACIM BA	CAIXA D'ÁGUA	CÃO	GATO
			Nº	TIPO												
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																

FECHAMENTO

RESIDÊNCIA	
COMÉRCIO	
TERRENO BALDIO	
OUTROS	
TOTAL	

P.E. EXISTENTES	
HABITANTES	

CÃO	
GATO	
TOTAL	

TANQUE	
FILTRO	
CISTERNA	

TAMBOR	
POTE	
CACIMBA	

TINA	
PINGA DEIRA	
CAIXA D'ÁGUA	

NOME: _____ ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____



PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
NÚCLEO DE ENDEMIAS – NUEND : 33366033



015

SOLICITAÇÃO DA COMUNIDADE

NOME: _____ (_____) TELEFONE: _____

LOCALIDADE: _____ ACS: _____ PSF: _____

QUARTEIRÃO: _____ RUA: _____ Nº: _____

REFERÊNCIA: _____

Motivo da Solicitação:

Data da Solicitação: ____/____/____

Trabalhos Realizados na Visita:

INSPEÇÃO () TRATAMENTO () TELAMENTO () BOINAMENTO ()

PEIXAMENTO () VEDAÇÃO () PULVERIZAÇÃO ()

OUTROS: _____

Foram Encontrados Focos:

SIM () NÃO ()

Larvicida:

GRAMAS (____ / ____)

As Amostras Eram:

Tela:

POSITIVAS () NEGATIVAS ()

METRO(S) (_____)

OBS: _____

Solicitação atendida por: _____ Data: ____/____/____

Usuário



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
RUA SANTA EDWIRGES, Nº 36 - PARQUE DIADEMA - HORIZONTE - CE
FONE: (85) 3336-6051 FAX : (85) 3336-6060

BOLETIM DIÁRIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAIS

Dr.(a) _____

DATA: ____ / ____ / ____

Nº	CLIENTE	SEXO	IDADE	ENDEREÇO	UNIDADE DE SAÚDE	CONDUITA/ OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

016



ASSINATURA / CARIMBO RESPONSÁVEL

(Handwritten signature)



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL
RUA SANTA EDWIRGES, Nº 36 - PARQUE DIADEMA - HORIZONTE - CE
FONE: (85) 3336-6051 FAX : (85) 3336-6060

BOLETIM DIÁRIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAIS

Dr.(a) _____

DATA: ____ / ____ / ____

Nº	CLIENTE	SEXO	IDADE	ENDEREÇO	UNIDADE DE SAÚDE	CONDUTA/ OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ASSINATURA / CARIMBO RESPONSÁVEL

CADASTRO PESSOAL

NOME: _____

FOTO 3X4	SECRETARIA:	SAÚDE	FUNÇÃO:	VÍNCULO:
	IDENTIDADE:		ÓRGÃO EXP:	DATA EXP: / /
	CPF:		PIS/PASEP:	DATA NASC: / /
	TÍTULO DE ELEITOR:		ZONA:	SEÇÃO:
	CIDADE DE VOTAÇÃO:		NATURALIDADE:	UF:
	CARTEIRA DE TRABALHO:		SÉRIE:	UF:
	RESERVISTA:		CONTA BANCO:	AG:

REGISTRO PROFISSIONAL:	CONSELHO:		
ESCOLARIDADE:	ESTADO CIVIL:		
CONJUGE:			
PAI:			
MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº	COMPLEMENTO:		
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
E-MAIL:	TELEFONE: ()		

DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS POR ORDEM DE PRIORIDADE:				
NOME	DATA NASC.	PARENTESCO	DEPEND.	BENEF.
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()
	/ /		()	()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

É DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.	
ASS.: _____	DATA: _____

CARDÁPIO SEMANAL

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
ALMOÇO FUNCIONÁRIO							
ALMOÇO PACIENTE							
JANTAR							

018





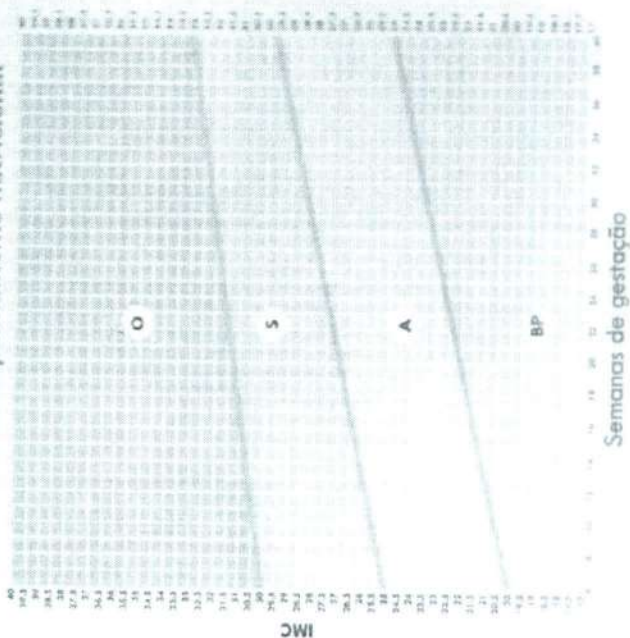
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA

SETOR: NUTRIÇÃO

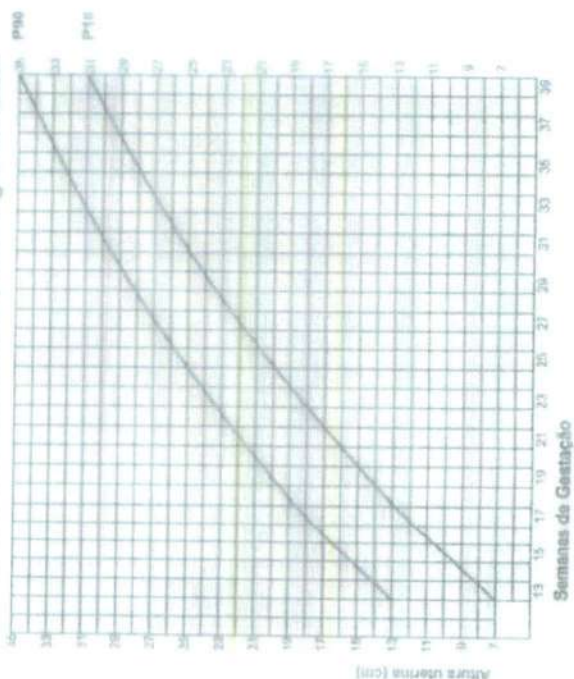


(Handwritten signature)

Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina / idade gestacional



PREFEITURA DE
HORIZONTE



CARTÃO DA GESTANTE

Nome

Endereço

Bairro

Telefone

Equipe:

Sisprenatal:

Agendamento

Data

Hora

Nome do profissional

Sala

UF

Município

019





DUM	/	/	Tipo de gravidez	Risco habitual
DPP	/	/	Única	
DPP (USG)	/	/	Gemelar	Gravidez Planejada Não Sim
			Trípia ou mais	
			Ignorada	

Gestões Prévias	Abortos	Parto Vaginal	Nascidos Vivos	Vivem
-----------------	---------	---------------	----------------	-------

3 ou + abortos

Ectópica				morte 1º sem.
<2500g				
>4500g				depois 1º sem.

Pré-eclâmp. Eclâmpela	Parto	cesárea	Nascidos mortos	Final da gestação anterior de 1 ano	Não Sim
Não Sim			Não Sim	Antecedentes cirúrgicos	
Diabetes		Cardiopatia			Não Sim
Infecção Urinária		Tromboembolismo		Cir. pélvica/abdominal	
Infertilidade		Hipertensão Arterial		Outros	
				Outros	

Gestação Atual

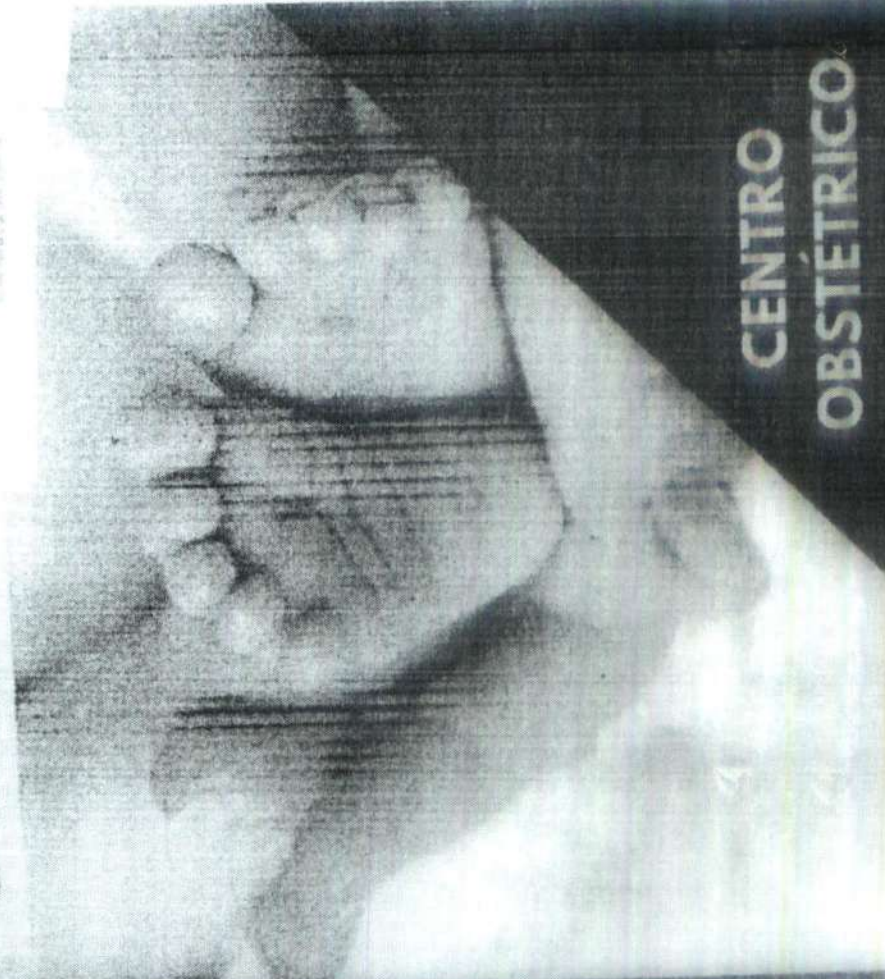
Não Sim	Não Sim	Não Sim
Fumo (nº de cigarros)	Anemia	Hipertensão arterial
Alcool	Inc. Instmocarvical	Pré-eclâmpela/eclâmp.
Outras drogas	Ameaça parto premat.	Cardiopatia
Violência doméstica	Isoimunização Rh	Diabetes gestacional
HIV/Aids	Oligo/polidramio	Uso de insulina
Sífilis	Runt prem. membrana	Hemorragia 1º trim.
Toxoplasmose	CIUR	Hemorragia 2º trim.
Infecção Urinária	Pós-datismo	Hemorragia 3º trim.
Vacina antitetânica		Hepatite B Imunizada
Sem informação de imunização		1ª dose / /
Imunizada há menos de 5 anos		2ª dose / /
Imunizada há mais de 5 anos		3ª dose / /
1ª dose / /	2ª dose / /	Influenza / /
3ª dose / /	reforço / /	Difteria / /
Coqueluche (dTpa)	/ /	Tétano / /

PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

HOSPITAL E MATERNIDADE
VENÂNCIO RAIMUNDO
DE SOUZA



CENTRO
OBSTÉTRICO

E

MATERNIDADE

020

Rua Luiza Maria Noronha, nº 45 -- Zumbi
Horizonte-CE CEP: 62882-020

(85) 3336-6048



HOSPITAL E MATERNIDADE
VENÂNCIO RAIMUNDO
DE SOUZA
HORIZONTE - CEARÁ

IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ às ____ h

APGAR: 1º min ____ 5º min ____

Capurro somático ____ | IG (US) ____

Peso: ____ | g Comprimento: ____ cm

Perímetro cefálico: ____ cm Perímetro torácico: ____ cm

Tipo sanguíneo mãe: ____ | Tipo sanguíneo RN: ____

Teste rápido HIV: () Não reagente () Reagente

Teste rápido sífilis: () Não reagente () Reagente

Triagem rotina:

Teste coraçãozinho: () Normal () Anormal

SatO2 MSD ____ % SatO2 MIE ____ %

Teste olhinho: Olho esquerdo: () Normal () Anormal

Olho direito: () Normal () Anormal

Teste orelhinha:

Olvido direito: () Passou () Não Passou

Olvido esquerdo: () Passou () Não Passou

Teste Normal: () Anormal () Reteste em 15 dias

Teste BCG: () BCG () Hepatite B

ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS DE ROTINA DO(A) RECÉM NASCIDO(A)

- Manter em aleitamento materno exclusivo em livre demanda até os 6 meses de vida.
- Não oferecer leite de vaca, água, chás ou outros alimentos.
- Coletar teste pezinho entre 4 e 7 dias de vida.
- Comparecer ao posto de saúde mais próximo da sua residência para consultas de puericultura, sendo a primeira recomendada entre 7 e 10 dias de vida.
- Limpeza do colo umbilical com álcool 70% 3x ao dia até os 30 dias de vida (mesmo após a queda do coto umbilical).
- Banhos e higiene do(a) bebê com água limpa e sabonete com pH neutro 1x ao dia.
- Aplicar creme para prevenção de assaduras em região de fralda e "dobrinhas".
- Limpeza da região íntima após urinar ou defecar com algodão limpo e água limpa.
- Evitar o uso de lençóis umedecidos.
- Banhos de sol: 1x ao dia em dias alternados até os 30 dias de vida (15 minutos, começo da manhã ou final da tarde).
- Seguir calendário de vacinação do Ministério da Saúde.
- Ler e preencher sempre que possível a caderneta da criança, entregue junto dos documentos da alta, pois é extremamente informativa e vai ajudar no cuidado com o(a) novo(a) bebê.

ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS DE ROTINA DA PUÉRPERA E ALEITAMENTO MATERNO

Se o parto foi normal

- Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), mantenha a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após suas necessidades, e secando bem o local. A região de cicatrização pode ficar dolorida. Os pontos devem cair sozinhos.

Se o bebê nasceu de cesariana

- Mantenha a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete durante o banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser reabertos em 7 a 10 dias, na Unidade de Saúde.
- O útero estará voltando ao tamanho normal. Dores abdominais, cólicas, que, às vezes, aumentam durante o parto, mais ou menos um mês pode acontecer uma vez por semana na vagina, que no início é como um sangramento leve, diminuindo e clareando gradativamente.
- Se houver dor na parte de baixo da barriga, febre, ou sintomas de com cheiro desagradável e febre, procure atendimento imediatamente na Unidade de Saúde. Pode haver infecção que necessita de tratamento.
- A mãe passou por transformações físicas e emocionais. Ela pode se sentir frágil e insegura em alguns momentos. Entendimentos aparecerem e fundamente a importância da passagem e que logo ela e o bebê estarão numa nova vida.

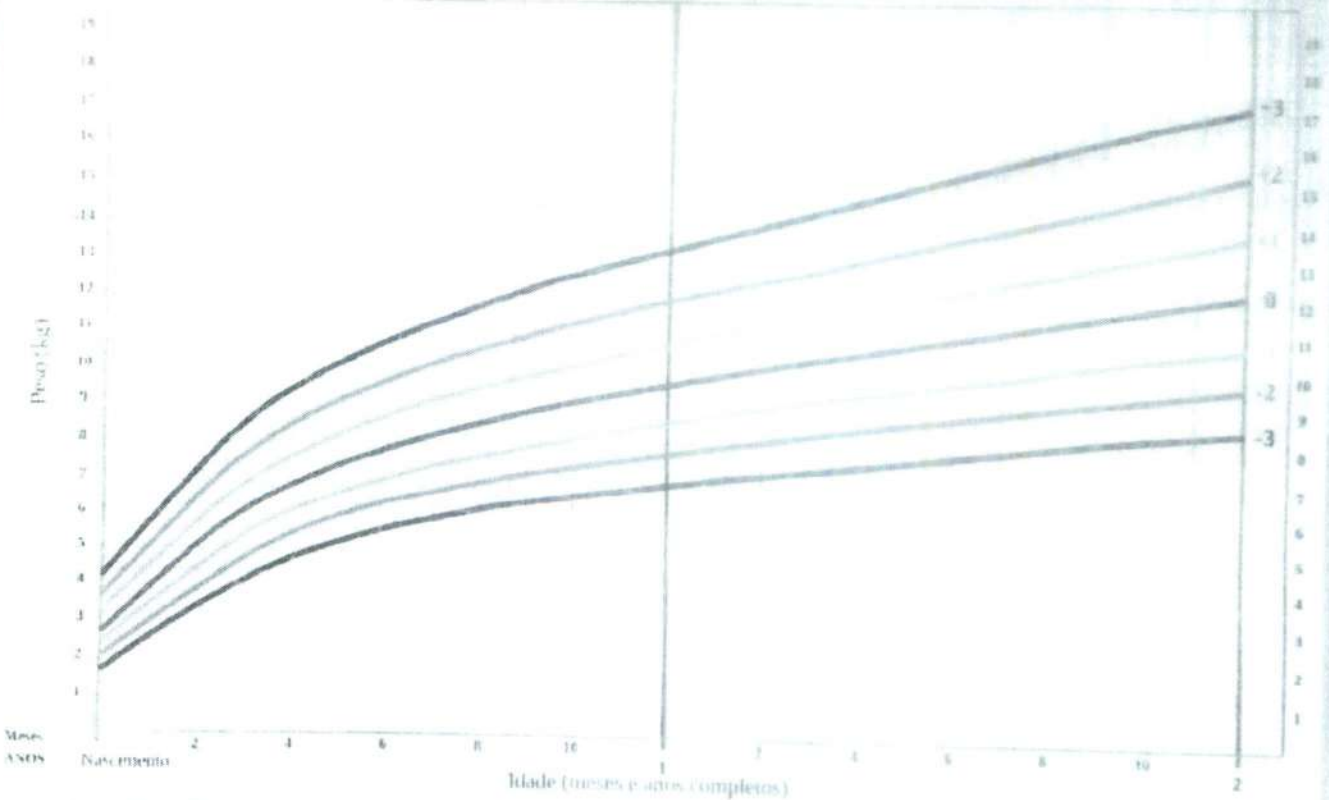


CARTÃO DE VACINAÇÃO INFANTIL

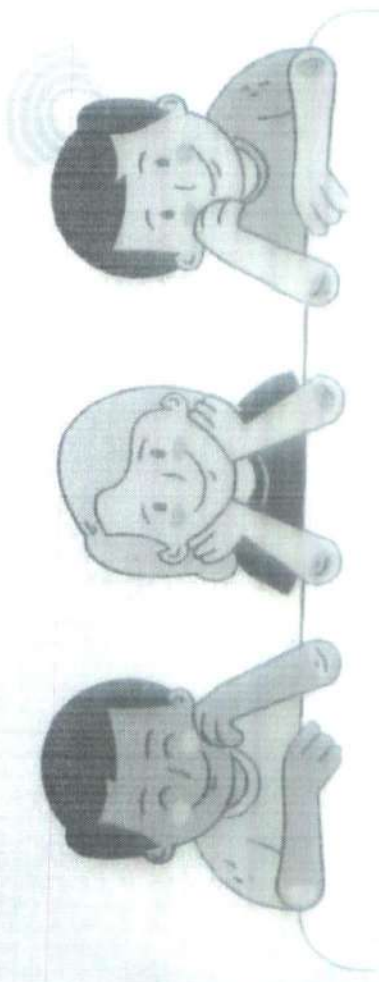
MENINA



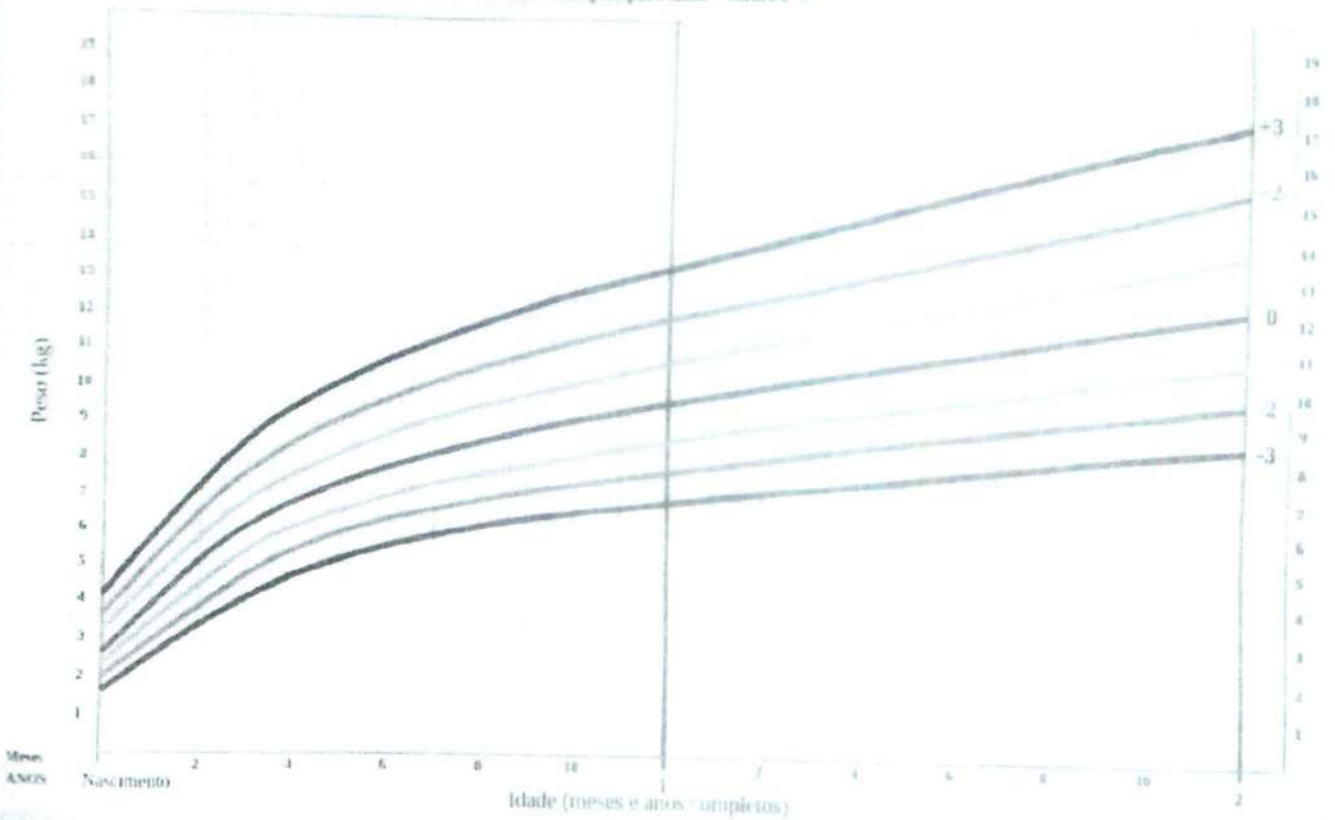
Peso para idade: 6 a 2 anos
 Peso elevado para idade > escore-z + 2 | Peso adequado para idade z escore-z - 2 e z escore-z + 2
 Baixo peso para idade < escore-z - 3 e < escore-z - 2 | Muito baixo peso para idade < escore-z - 3



VACINAÇÃO



Peso para idade 0 a 2 anos
 Peso elevado para idade = $\text{escore} z + 2$; Peso adequado para idade = $\text{escore} z \pm 2$; $\text{escore} z - 2$
 Muito baixo peso para idade = $\text{escore} z - 3$; $\text{escore} z - 2$; Muito baixo peso para idade = $\text{escore} z - 3$



PREFEITURA DE
HORIZONTE
TE MÃOS DADAS COM VOCÊ



PREFEITURA DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO
DE SOUSA
SERVIÇO SOCIAL

Paciente:

Enfermaria:	Leito:
-------------	--------

Ac. na admissão

Vínculo:

CARTÃO DO ACOMPANHANTE

Será realizada a troca de acompanhante?

Sim () Não ()

Caso a resposta seja afirmativa, o cartão deverá ser atualizado com o nome do acompanhante, dia, turno e a assinatura do profissional que foi comunicado sobre a troca. Nos dias de domingo, e período noturno a enfermeira do plantão poderá atualizar o cartão. De segunda a sábado, das 7h às 17h a atualização do cartão ficará sob a responsabilidade do serviço social.

[illegible]

O uso da TV será permitido até as 22h. Contribua para o repouso dos pacientes e demais acompanhantes

023

②

Para reduzir o risco de infecção hospitalar

- Higienize as mãos ao sair do banheiro, antes e depois das refeições e ao cuidar do paciente.
- Não lave roupas nos banheiros das enfermarias.
- Toalhas e roupas não devem ser estendidas nas cabeceiras dos leitos, suportes de soro e janelas.
- Colabore com a organização e limpeza nas enfermarias, banheiros e refeitório.

Caro usuário



Considerando a importância do atendimento humanizado, a direção do Hospital de Referência de São Paulo, através da Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa vem estabelecer um conjunto de normas a fim de orientar aos usuários deste Serviço. O cumprimento de tais normas é de fundamental importância para a recuperação do paciente e a organização da Instituição, visando uma maior satisfação e segurança dos usuários, como também uma maior interação destes com a Instituição.

O acompanhante

Pessoa com idade a partir de 18 anos e condições físicas adequadas.

Direitos do acompanhante:

- ✓ Receber informações da Equipe de Saúde;
- ✓ Ser orientado quanto às normas e rotinas da Instituição;
- ✓ Entrar com material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante e xampu);
- ✓ Ser devidamente recebido e orientado pelos profissionais.

Deveres do acompanhante:

- ✓ Permanecer junto ao paciente, prestando a assistência necessária;
- ✓ Usar crachá para a sua identificação;
- ✓ Colaborar com a higiene e limpeza da enfermaria
- ✓ Seguir as orientações dadas pela equipe de Saúde, evitando interferir no funcionamento normal da Instituição.
- ✓ Informar à equipe de Saúde alterações importantes que ocorram com o paciente.
- ✓ Manter o hábito de lavar as mãos antes e depois de cuidar do paciente. É saudável e evita infecção hospitalar.
- ✓ Utilizar somente as cadeiras disponíveis, não sentando nas camas das enfermarias.

O paciente internado pode ter acompanhante quando:

- ✓ Crianças e adolescentes
- ✓ Idoso a partir de 60 anos;
- ✓ Pessoa com deficiência
- ✓ Gestantes

OBSERVAÇÕES:

- O acompanhante deverá ser preferencialmente, do mesmo sexo do paciente.
- O acompanhante deverá estar de posse do documento de identificação no momento da troca e para a emissão da declaração.

- A troca de acompanhante é permitida todos os dias de 07:00h às 09:00h e de 18:00h às 19:00h, podendo ser efetuada a troca também no horário de visitas;
- O cartão do acompanhante será atualizado diariamente pelo assistente social.

Refeições

✓ PACIENTES

- café da manhã - 05h30' às 07h00
- lanche - 09h00 às 10h00
- almoço - 11h30'
- lanche - 15h00 às 15h30'
- jantar - 18h00
- ceia - 21h00

✓ ACOMPANHANTE

- café da manhã
- lanche - 09h00 às 10h00
- almoço - 11h00 às 11h30'
- lanche - 15h00 às 15h30'
- jantar - 20h00 às 20h30'
- ceia - 21h00

OBSERVAÇÃO: O almoço e o jantar do acompanhante serão servidos no refeitório. O acompanhante deverá apresentar o cartão do acompanhante.

O visitante

Pessoa com idade a partir de 12 anos e condições físicas adequadas.

HORIZONTE
Annuale 1990

0

1

D.N.: 4 IDADE:

PSF: _____

SUS: _____

1

- 1) Os pacientes deverão chegar para o atendimento até as 10hs pela manhã e às 15hs pela tarde;
- 2) Justificar as faltas no tratamento, caso se some 03 faltas não justificadas o paciente será automaticamente substituído;
- 3) Roupas adequadas para realizar o tratamento e/ou atividades;
- 4) O paciente deverá trazer uma toalha;
- 5) O paciente só será atendido no dia marcado;
- 6) O paciente deverá vim alimentado para o tratamento;
- 7) Não vir com pressão e diabetes descompensadas e nem virose na fase aguda;

[illegible]PACIENTE:

025

PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	

025

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

Nº CARTÃO DO SUS: _____

ENDEREÇO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____

025





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE



CARTÃO CAPS GERAL

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

Nº CARTÃO DO SUS:

ENDEREÇO:

UNIDADE DE SAÚDE:

Nº PRONTUÁRIO:

GRUPO TERAPÊUTICO - ENFERMAGEM

026

ASSISTENTE SOCIAL

DATA

HORÁRIO

PROFISSIONAL

CARTÓRIO CÂMARA RODRIGUES

AV. JUVENAL DE CASTRO, 345 - CENTRO

CONTATO: (85)99813-0511

027



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Heidegger - C. Zumbi - Horizonte/CE
C.E.P.: 62.229-000
Fone: (82) 3336.6260 / Fone/Fax: (82) 3336.6043



CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

DATA ___/___/___

REGISTRO DOS INDICADORES DA MONITORIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR:

028

BOWIE & DICK

COLAR A FOLHA PRINCIPAL

INTEGRADOR CONTROLE	ESPECIFICAÇÃO DO CICLO	INTEGRADOR BIOLÓGICO PROCESSADO	INDICADOR BIOLÓGICO COMPARATIVO	HORA	
				INCUBAÇÃO	ASSINATURA
	LOTE	ROTULO	ROTULO		
		RESULTADO	RESULTADO	LEITURA	ASSINATURA



 PREFEITURA DE HORIZONTE		CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS	
MATERIAL:			
N° DE PECAS:		RESP. PREPARO:	
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:		N° LOTE:	
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.			

 PREFEITURA DE HORIZONTE		CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS	
MATERIAL:			
N° DE PECAS:		RESP. PREPARO:	
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:		N° LOTE:	
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.			

 PREFEITURA DE HORIZONTE		CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS	
MATERIAL:			
N° DE PECAS:		RESP. PREPARO:	
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:		N° LOTE:	
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.			

 PREFEITURA DE HORIZONTE		CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HMVRS	
MATERIAL:			
N° DE PECAS:		RESP. PREPARO:	
DATA DA ESTERILIZAÇÃO:		N° LOTE:	
OBS: Esse produto é considerado estéril pelo prazo 90 dias, desde que mantidos a integridade e armazenamento adequados.			