

MAPA MENSAL DE CIRURGIA

CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

MÊS: _____

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	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
04.04.02.009-7 EXCIÇÃO E SUTURA DE LESÃO																																	
04.01.01.008-2 FRENECTOMIA																																	
04.14.02.027-8 REMOÇÃO DE DENTE RETI./INCL./IMPAC																																	
04.14.02.024-3 REEMPLANTE E TRANSP. DENT. POR ELEM.																																	
04.04.02.005-4 DRENAGEM DE ACESSO BOCA E ANEXOS																																	
04.14.02.036-7 TRAT. CIR. P/ TRACIONAMENTO DENTAL																																	
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																																	
04.14.02.020-0 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS																																	
04.14.02.021-9 ODONTOSECCÃO/ RAD./TUNEL																																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																																	
04.14.02.002-2 APICECTOMIA C/ OU S/ OBT.																																	
04.14.02.005-7 CORREÇÃO DE IRRE. DE REBORDO ALV.																																	
02.01.01.052-6 BIOPSIA DE TEC. MOLES DA BOCA																																	
02.01.01.023-2 BIOPSIA DE GLÂND. SALIVAR																																	
04.14.01.036-1 EXÊRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO																																	
02.04.01.021-7 RAIOS-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAIOS-X PERIAPICAL																																	
04.14.01.034-5 EXCIÇÃO DE CAL. DE GLÂND. SALIVAR																																	
04.04.02.008-9 EXCIÇÃO DE RÂNULA																																	
04.14.02.014-6 EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOP. POR SEXT.																																	
04.14.02.029-4 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSE																																	
04.14.02.035-9 TRAT. CIR. ORAL HEMORR. BUCO DENTAL																																	
TOTAL																																	

118

CAMERON

118



(Handwritten mark)



Handwritten signature.



PROCED. REALIZADOS	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
PACIENTES ATENDIDOS																																
PACIENTES AGENDADOS																																
PACIENTES FALTOSOS/REMARKADOS																																
PACIENTES EXTRAS																																
TURNO TRABALHADOS																																
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE, CE

MAPA MENSAL DE DENTÍSTICA/ODONTOPEDIATRIA/PNE
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA:

MÊS:

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	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
01.01.02.007-4 APLICAÇÃO DE FLUOR																																	
01.01.02.006-6 APLICAÇÃO DE SELANTE																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
03.07.03.004-0 PROFILAXIA																																	
03.07.03.005-9 RASPAGEM SUPRA (POR SEXT)																																	
03.07.03.002-4 RASPAGEM SUB. (POR SEXT.)																																	
01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)																																	
03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR																																	
03.07.01.008-2 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.009-0 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA																																	
03.07.01.010-4 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONOMERO DE VIDRO																																	
03.07.01.011-2 REST. DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.003-1 REST. DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.012-0 REST. DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.013-9 REST. DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA																																	
03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO																																	
03.07.02.007-0 PULPOTOMIA DENTÁRIA																																	
03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO																																	
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DENTURA C/ OU S/ PREP																																	
04.14.02.012-9 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO																																	
04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE																																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																																	
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																																	
04.14.02.035-9 TRAT. CIRURG. HEMORRAG BUCO-DENT																																	
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA																																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ACESSO																																	
04.14.02.015-4 GENGIVECTOMIA																																	
02.04.01.021-7 RAIO-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAIO-X PERIAPICAL																																	
Trat. Concluído (TC)																																	

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE</



119



Handwritten mark resembling a stylized 'e' or a signature.

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	TO	
PROCED. REALIZADOS																																	TA
PACIENTES ATENDIDOS																																	
PACIENTES AGENDADOS																																	
PACIENTES FALTOSOS/ REMARCADOS																																	
PACIENTES EXTRAS																																	
TURNOS TRABALHADOS																																	
TRAT. CONCLUIDO (TC)																																	
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																	

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE,CE

MAPA MENSAL DE ENDODONTIA

CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)																																
MÊS:																																
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
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																
03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR																																
03.01.01.003-0 RETORNO																																
01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)																																
03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO																																
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO																																
03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO																																
03.07.02.006-1 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. UNIRRADICULAR																																
03.07.02.004-5 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. BIRRADICULAR																																
03.07.02.005-3 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. TRIRRADICULAR																																
03.07.02.010-0 RETRATA. UNIRRADICULAR																																
03.07.02.008-8 RETRAT. BIRRADICULAR																																
03.07.02.009-6 RETRAT. TRIRRADICULAR																																
03.07.02.011-8 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR																																
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO																																
02.04.01.021-7 RAIOS-X INTERPROXIMAL																																
02.04.01.022-5 RAIOS-X PERIAPICAL																																
TOTAL																																

120



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



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	TO TA L
PROCED. REALIZADOS																																
PACIENTES ATENDIDOS																																
PACIENTES AGENDADOS																																
PACIENTES FALTOSOS/ REMARKADOS																																
PACIENTES EXTRAS																																
TORNOS TRABALHADOS																																
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

MAPA MENSAL DE PERIODONTIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA:

PROCEDIMENTOS

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS																																	
MÊS:																																	
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																																	
BUCCO-DENTAL																																	
04.14.02.037-5 TRAT. CIRUR. PERIODONTAL/SEXT																																	
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA																																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ACESSO																																	
02.04.01.021-7 RAIO-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAIO-X PERIAPICAL																																	
Trat. Conclusão (TC)																																	
TOTAL																																	



[Handwritten mark]



PROCED. REALIZADO	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
PACIENTES ATENDIDOS																																
PACIENTES AGENDADOS																																
PACIENTES FALTOSOS / REMARCADOS																																
PACIENTES EXTRAS																																
TURNO TRABALHADO																																
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE/CE



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: _____



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? _____

ASPECTO DA LESÃO

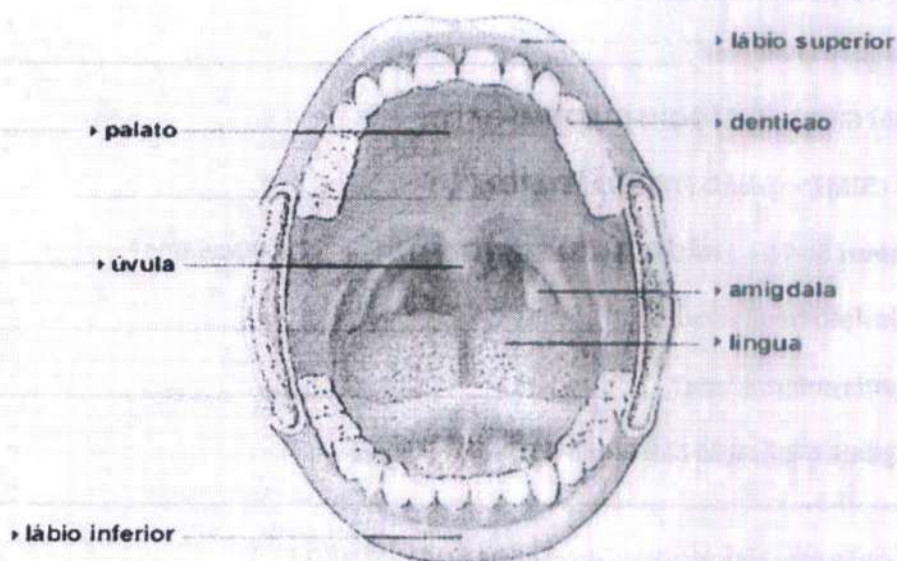
Forma: _____ Cor: _____

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



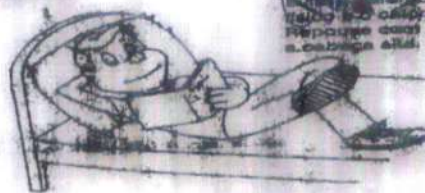
ALIMENTAÇÃO

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.

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	71	22	21	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ASSINATURA SOLICITANTE

[Handwritten Signature]

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	71	22	21	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ASSINATURA SOLICITANTE



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: _____

[Handwritten signature]

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



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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:			
AÇÃO REALIZADA:			

129



Dengue, Chikungunya e Zica



A MELHOR ESTRATÉGIA É CUIDAR DA SUA CASA

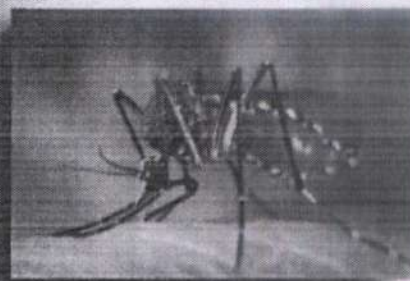
Por que uma vez por semana ?

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.
FAÇA 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 telha



Se o ralo não for de abrir 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 buracos que possam acumular água



Não deixe água acumulada em folhas secas e tampas de garrafas



Feche 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



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



PARTOGRAMA

Clínica Obstétrica	Nome: _____		Idade: _____	
	Pront.: _____		131	
UR _____ / _____ / _____	G _____ P _____ A _____	Filhos vivos _____		
DPP _____ / _____ / _____	PN _____ CES _____ FOR _____	Ge _____ Fator RH _____		
Pré-natal: Sim ☐ Não ☐ Intercorências: ☐				
Situação Fetal: Long ☐ Trans ☐		Apresentação Fetal: Cef ☐ Pelv. ☐ CORM. ☐		
		Defletida ☐ I ☐ II ☐ III ☐		
		Fletida ☐		
		Variedade de Posição		
(Horas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
Dia _____ Hora _____				
FCF Bat/min				
Contrações				
Membranas				
L. Amniótico				
Pressão Arterial				
Temperatura				
Pulso				
Medicamentos e Fluidos				
Examinador				
Resolução: _____ Data: _____ Hora: _____				
Médico: _____				

VERSO DESCRIÇÃO DO PARTO

[illegible]

132



PEDIDO DE EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

DATA



PRONTUÁRIO

NOME

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

PENDÊNCIAS DE PRONTUÁRIO

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:

PENDÊNCIAS DE PRONTUÁRIO

PARTO CESÁRIO

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

VISTO DO DIRETOR CLÍNICO DO HMVRS:



135

PENDÊNCIAS DE PRONTUÁRIO

PARTO NORMAL



NOME DO PACIENTE: _____

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

ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO

136

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: _____

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





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 Luizã Noronha, N° 45, Zumbi - Horizontais - CE
CEP-62880-000 - Fone: (88) 3336-6060



PLANILHA DIÁRIA DE PROCEDIMENTOS - GESSO

DATA: / /

Nº	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 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA < 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								
PRONTUARIO:				18H								
ALERGIA				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					
PRONTUARIO:		18H					
ALERGIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	24H					

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ENFERMAGEM	
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



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:					
PRONTUARIO:						
CLÍNICA CIRÚRGICA						
ALERGIA						

[illegible]

143



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:	06H						
ENFERMARIA:	12H						
PRONTUÁRIO:	18H						
	24H						
CLÍNICA CIRÚRGICA							
ALERGIA							

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ENFERMAGEM	
POI DE CURETAGEM UTERINA	ATENÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
01 DIETA BRANDA			
02 OBSERVAR SANGRAMENTO TRANSVAGINAL			
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



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



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VÓS

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:	06H						
ENFERMARIA:	12H						
PRONTUÁRIO:	18H						
ALERGIA	24H						
CLÍNICA CIRÚRGICA							

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ENFERMAGEM	
POI DE CESÁREA	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()		
03 OCITOCINA SUI 2 AMP NO 1º E 2º SORO	500() 500()		
04 CETOPROFENO 100MG+100ML SF EV 12/12H	1º() 2º()		
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		

145

