

[illegible]

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM[illegible]



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



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

Handwritten signature or mark.



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.	PEND. IMÓVEIS
Ce	Horizonte	/		
ZONA PNCA		CICLO L.I. + T.F.	ANO REFERENTE AO CICLO L.I. + T.F.	TOTAL DE PENDÊNCIAS

ORDEM	DATA	Dados dos Imóveis Pendentes						OBSERVAÇÕES	Pendência revisitada, DATA
		Quartirão	Logradouro	Nº Imóvel	Complem.	Tipo Imóvel	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	/		
ZONA PNCA	CICLO L.I. + T.F.	ANO REFERENTE AO CICLO L.I. + T.F.	TOTAL DE DEP. PENDENTES	

ORDEN	DATA	Dados dos Depósitos Pendentes					OBSERVAÇÕES	Pendência revisitada, DATA
		Quarteirão	Logradouro	Nº Imóvel	Complem.	Tipo Imóv.		
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

SECRETAR
DA SAÚDE

152

PRONTUÁRIO -CAPS

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		Mista			
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					10. Fone:		
Próprio			Vizinho		Público					Trabalho		
11. Naturalidade:												
12. Procidência												
13. Filiação:		Pai				Mãe						
14. Estado Civil:		Casado		Solteiro		Separado		Viúvo		Outros		
15. Profissão do Cônjuge:												
15. Idade do Cônjuge:					17. Filhos		SIM		NÃO		18. Nº de Filhos	
19. Religião				Praticante		SIM		NÃO		Eventual		
20. Escolaridade:		Analfabeto		1º Grau Completo		1º Grau Incompleto						
2º Grau Completo		2º Grau Incompleto		3º Grau Completo		3º Grau Incompleto						
Curso Superior												
21. Profissão:					22. Ocupação:							
23. Renda individual:		R\$		24. Renda familiar:		R\$						
25. Origem do Encaminhamento ao CAPS												
26. Informe dos Dados (Parentesco):												

245

II. HISTÓRICO DO PARTICIPANTE:

27. Queixas Principais	
28. História da Doença Atual (HDA)	

350

Manuscript

Macar 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:

Clínicas

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 à Pedido

Abandono

Internações Clínicas:

Outras:





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO -CAPS

VII EXAME PSÍQUICO (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 FÍSICO

65. Cabeça

66. Tronco:

67. Membros Superiores e Inferiores:



6





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



PRONTUÁRIO - CAPS



IX. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

X. PLANO TERAPÉUTICO





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DR. MEMÓRIA

Rua Santa Edwrigens, 38 - Diadema I

Fone: (85) 3336.2094



PRONTUÁRIO MÉDICO

153

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= _____

ÓCULOS:

OD= _____ ESF ☐ _____ CIL x _____ °

OE= _____ ESF ☐ _____ CIL x _____ °

3.2. REFRACTOMETRIA:

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 _____ °
: OE= _____ ESF ☐ _____ CIL X _____ °

3.4. BIOMECROSCOPIA:

OD= _____

OE= _____

3.3. FUNDOSCOPIA:

OD= _____

OE= _____

3.5. PIO: OD= _____ mm Hg

OE= _____ mm Hg

3.6 OUTROS EXAMES

REFLEXO E PUPILARES: _____

COVER / UNCOVER: _____

MOTILIDADE OCULAR: _____

SEMIOLÓGICA 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

9



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA DE SAÚDE
HORIZONTE



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

NACIONALIDADE:

RACIA/COR:

ETNIA INDIGENA:

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

COD. IBGE MUNICÍPIO:

CEP DE RESIDÊNCIA:

ENDEREÇO (RUA, NÚMERO):

COMPLEMENTO:

DDD:

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE:

DDD:

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE:

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO:

MÊS ATENDIMENTO:

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO:

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas?

☐ NÃO ☐ SIM

Em caso positivo marque
uma ou mais alternativas

Alcool

Criack

Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE:

☐ Demanda Espontânea

☐ Atenção Básica

☐ Serviço de Urgência

☐ Outro CAPS

☐ Hospital Geral

☐ Hospital Psiquiátrico

CID 10 PRINCIPAL:

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CID 10 CAUSAS ASS:

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS:

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? ☐ SIM ☐ NÃO

CNES:

ENCAMINHAMENTO:

☐ Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS

☐ Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica

☐ Alta

☐ Óbito

DATA DE CONCLUSÃO:

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	





PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA DE SAÚDE
DA SAÚDE DE HORIZONTE



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

pg. 2/2

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
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		☐ Ação realizada no CAPS	☐ Ação realizada no Território





RECEITUÁRIO COMUM



Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA

→ Previnha-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
frequentemente 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

→ Previnha-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
frequentemente 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

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



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço Completo e telefone:

Cidade:

Nº

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.: _____ Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: ____/____/____

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



PREFEITURA DE
HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço Completo e telefone:

Cidade:

Nº

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.: _____ Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data: ____/____/____

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



RECEITUÁRIO DE ANTIMICROBIANO – CCIH/FARMÁCIA

159

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

Paciente:		Data Admissão:	
Infecção: ☐ Comunitária ☐ Hospitalar	Idade:	Clinica:	Enf/leito: 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 Gravidez: ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h
☐ ITU Pielonefrite	☐ 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 h e/ou ☐ Clindamicina 900mg EV 6/6h 8/8h 900 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 + Doxiciclina 100mg VO 12/12h + Metronidazol 500mg VO 8/8h por 14 dias		☐ Gentamicina 5-7mg/kg DU IM/EV + ☐ Doxiciclina 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: ☐ Ceftriaxona 2g EV 12/12h + ☐ Metronidazol 500 mg EV 8/8h
☐ Osteomielite Hematogênica/crônica Limpeza Cirúrgica + Coleta de Material para Cultura	☐ Oxacilina 2g EV 4/4h + ☐ Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h		☐ 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 ☐ Cefazolina 2g EV Administrar 60 minutos antes do procedimento e após horas do procedimento	
☐ Antibiótico Profilaxia cirúrgica ☐ 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 Uréia: Níveis superiores a 50 mg/dl Respiração: Frequência Respiratória maior que 30 rpm. Pressão Arterial: Sistólica < 90 mmHg ou Diastólica < 60 mmHg Idade: maior que 65 anos		0-1 Baixo Risco, tratamento ambulatorial 2 Risco Intermediário, hospitalização de curta estadia ou tratamento ambulatorial com supervisão 3 Pneumonia Grave, considerar Hospitalização 4 Pneumonia Severa, considerar hospitalização 5 Pneumonia Muito Grave, considerar UTI	





PREFEITURA DE
HORIZONTE



Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

160

Nome:

Idade:

Cirurgia realizada:

Data: ___/___/___ Admissão às: ___ h.

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

Anestesista:

Cirurgião:

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

Antecedentes Clínicos: () HA () DM () Cardiopatia () Pneumopatia

Controle:

HORA									
TEMP									
PULSO									
RESP.									
SO2									
PANI									
PAM									
DOR									
FUNC.									

ÍNDICE 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

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____ COREN _____

ALTA ÀS: _____ ASS. ANESTESISTA _____ CRM _____

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		

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		

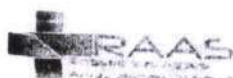
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Nº DO PRONT	NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
DADOS DO ATENDIMENTO			
DATA DE ADMISSÃO	MÊS ATENDIMENTO	CID10 PRINCIPAL	
AÇÕES REALIZADAS			
DATA	PROFISSIONAL EXECUTANTE		



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



IDENTIFICAÇÃO DO 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		



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 62882-020

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**

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUZA
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					Umificador
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 (Dormonid)					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
Petidina 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
Luvas					Pás 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



PREFEITURA DE
HORIZONTE



164

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

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



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

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

CONFERIDO POR: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE



165

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

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

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

10/8
 PAGINA
 10

ABASTECIDO POR:

EM:

HORA:

CONFERIDO POR:

