



PREFEITURA DE
HORIZONTE



166

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

MEDICAMENTOS	QTD	ABS	SOLUCO	QTD	ABS
Ác. Ascórbico 100mg/mL Inj. (Vit. C)	05		Água Destilada 10mL	30	
Ác. Tranexâmico 50mg/mL Inj (Transamin)	05		Água Destilada 500mL	01	
Bromoprida 10mg/2mL Inj. (Plamet)	10		Soro Fisiológico 0,9% 100mL	Preencher	
Buscopan Composto 5mL Inj.	20		Soro Fisiológico 0,9% 250mL	Preencher	
Buscopan Composto 15mL (Gotas)	01		Soro Fisiológico 0,9% 500mL	Preencher	
Buscopan Simples 20mg/mL Inj.	20		Soro Frutose 500 mL	03	
Captopril 25mg (Comprimido)	10		Soro Glicosado 5% 500mL	Preencher	
Cetoprofeno 100mg EV (Profenid)	04		Soro Glico-Fisio 1:1 500mL	Preencher	
Complexo B 2mL Inj.	05		Soro Ringer 500 mL	Preencher	
Dexametasona 2mg/mL Inj.	10				
Dexametasona 4mg/mL Inj.	10				
			MATERIAIS	QTD	ABS
Diclofenaco de Sódio 25mg/mL Inj.	10		Absorvente	01	
Dimenidrinato 50mg/mL (Dramim)	10		Agulha 13x4,5	40	
Dipirona 500mg/mL Inj.	20		Agulha 20x5,5	40	
Dipirona 20mL (Gotas)	01		Agulha 25x7,0	40	
Furosemida 10mg/mL Inj. (Lasix)	10		Agulha 25x8,0	40	
Glicose 25% 10mL	20		Agulha 30x8,0	40	
Glicose 50% 10mL	20		Agulha 40x12	40	
Hidralazina 20mg/mL Inj.	05		Álcool 70% (Líquido)	Preencher	
Hidrocortisona 100mg/2mL Inj.	05		Álcool 70% (Gel)	Preencher	
Hidrocortisona 500mg/5mL Inj.	05		Bolsa Coletora	04	
Lidocaína Gel	01		Cateter Intravenoso Nº 18 (Jelco)	05	
Metildopa 250mg	10		Cateter Intravenoso Nº 20 (Jelco)	15	
Metilergometrina 0,2mg/mL Inj.	06		Cateter Intravenoso Nº 22 (Jelco)	10	
Metoclopramida 10mg/2mL Inj. (Plasil)	10		Cateter Intravenoso Nº 24 (Jelco)	10	
Metoclopramida 4mg/mL (Gotas)	01		Cateter tipo óculos	04	
Nifedipino 10mg (Comprimido)	10		Equipo Macrogotas	Preencher	
Ocitocina 5 U.I./mL Inj.	20		Equipo Microgotas	10	
Paracetamol 20mL (Gotas)	01		Esparadrapo	01	
Prometazina 50mg/2mL Inj.	06		Fita P/Glicemia	Preencher	
Sulfato de Magnésio 50% Inj.	06		Extensor 1 via	08	



MATERIAIS		QTD	ABS	SALA DE CUIDADOS	QTD	ABS
Extensor 2 vias		08		Agulha 13x4,5		Preencher
Fita Branca Adesiva		01		Agulha 20x5,5		Preencher
Fralda Infantil P		01		Agulha 40x12		Preencher
Gorro		10		Fitamediona 10mg/mL (Vitamina K)	10	
Luva Estéril 6,5		08		Luva P		01
Luva Estéril 7,0		08		Seringa 1mL		Preencher
Luva Estéril 7,5		08				
Luva Estéril 8,0		08				
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 Nº 8		05				
Sonda de Asp. Traqueal Nº 18		05				
Sonda Foley Nº 10		03				
Sonda Foley Nº 14		03				
Sonda Foley Nº 16		03				
Sonda Foley Nº 18		03				
Sonda Nasolonga Nº 04		03				
Sonda Nasolonga Nº 10		03				
Sonda Uretral Nº 06		05				
Sonda Uretral Nº 12		05				
Sonda Uretral Nº 16		05				
Toalheira 3 vias		10				

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

CONFERIDO POR: _____



PREFEITURA DE
HORIZONTE

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



167

MEDICAMENTOS	QTD	SOL	ABS		
				Metilergometrina 0,2mg/mL	10
Actrosina 3mg/mL Inj.	05			Metoclopramida 10mg/mL	20
Adrenalina 1mg/mL Inj. (Epinefrina)	15			Midazolam 5mg/mL (Dormonid)	20
Aminolilina 24mg/10mL Inj.	05			Morfina 0,2mg/mL Inj.	20
Ampicilina Sódica 500mg Inj.	10			Nitroprussieto de Sódio 25mg/mL	05
Atropina 0,25mg/1mL Inj.	20			Nitroglicerina 5mg/mL	05
Bicarbonato de Sódio 10% C/10mL	10			Norepinefrina 2mg/mL Inj.	10
Bromoprida 10mg/2mL Inj. (Plamet)	20			Oxitocina 5 U.I/1mL Inj.	20
Buscopan Composto 5mL Inj.	30			Petidina 50mg/mL Inj.	10
Buscopan Simples 20mg/mL Inj.	20			Prometazina 50mg/2mL Inj.	20
Cefazolina Sódica 1g Inj.	15			Sulfato De Magnésio 50% Inj.	10
Cetamina 50mg/mL Inj.	05			Tramadol 100mg/2mL Inj.	20
Cetoprofeno 100mg EV	15				
Clotidr. de Bupivacaína 5mg/mL	20			SOLUCOES	
Clotidr. de Clonidina 150mg/mL	10			Água Destilada 10mL	30
Clotidr. de Dopamina 50mg/mL	10			Água Destilada 500mL	
Clotidr. de Etilfrina 10mg/mL	20			Soro Fisiológico 0,9% 100mL	
Clotidr. de Naloxona 0,4mg/mL	10			Soro Fisiológico 0,9% 250mL	
Clotidr. de Tramadol 50mg/mL	20			Soro Fisiológico 0,9% 500mL	
Dexametasona 2mg/mL Inj.	20			Soro Ringer 500 mL	
Dexametasona 4mg/mL Inj.	20				
Diazepan 10mg/mL Inj.	20			MATERIAIS	
Diclofenaco de Sódio 25mg/mL Inj.	10			Agulha 13x4,5	
Dipirona 500mg/mL Inj.	20			Agulha 20x5,5	
Dobutamina 12,5mg/mL	05			Agulha 25x7,0	
Dremim B6 50mg/mL Inj.	15			Agulha 25x8,0	
Etomidato 2mg/mL	10			Agulha 30x7,0	
Fenitoína Sódica 50mg/5mL Inj.	05			Agulha 30x8,0	
Fentanil 2mg Inj.	10			Agulha 40x12	
Fentamila 10mg Inj.	10			Agulha 25x8,0	
Flumazenil 0,1mg/mL	05			Agulha raqui N° 24	
Furosemida 10mg/mL Inj. (Lasix)	10			Agulha raqui N° 25	
Gliconato de Cálcio 10% 10mL	10			Agulha raqui N° 26	
Glicose 50% 10mL	30			Agulha raqui N° 27	
Heparina Sódica 5000 UI	10			Agulha Peridural N°	
Hidrocortisona 100mg/2mL Inj.	10			Avental Protetor (Manga Curta)	
Hidrocortisona 500mg/5mL Inj.	10			Avental Protetor (Manga Longa)	
Lidocaina 2% S/Vaso C/20ml	10			Cânula p/ Traqueostomia	



MATERIAIS	QTD	ABS			
			Seringa 5mL		
Cateter acesso central adulto			Seringa 10mL		
Cateter Intravenoso Nº 16			Seringa 20mL		
Cateter Intravenoso Nº 18			Sonda Foley 2 vias		
Cateter Intravenoso Nº 20			Sonda Foley 3 vias		
Cateter Intravenoso Nº 22			Sonda Uretral Nº		
Cateter Intravenoso Nº 24			Sonda Traqueal Nº		
Cateter nasal p/ O ₂			Tela Polipropileno		
Clamp			Torneira 3 vias		
Coletor de Urina sist. Aberto					
Coletor de Urina sist. Fechado					
			LITROS	QTD	ABS
Dreno de Sucção Nº			Álcool 70%		
Dreno de Penrose Nº 1			Água oxigenada		
Dreno de Penrose Nº 2			Clorexidina Alcoólica		
Equipo Macro-gotas			Clorexidina Degermante		
Equipo Micro-gotas			Formol		
Equipo com Injetor			Polvidine Degermante		
Eletrodo			Polvidine Tópico		
Esparadrapo					
			FIOS	QTD	ABS
Extensor 1 via					
Extensor 2 vias			Algodão 0,0 Solto		
Gorro Descartável			Algodão 0,0 Solto S/Agulha		
Lâmina Tricotomizadora			Algodão 2,0 Solto		
Lâmina de Bisturi Nº 15			Algodão 2,0 Solto S/Agulha		
Lâmina de Bisturi Nº 20			Catgut 2,0 Agulha 3/8		
Lâmina de Bisturi Nº 21			Catgut 3,0 Agulha 3/8		
Lâmina de Bisturi Nº 23			Catgut 4,0 Agulha 3/8		
Luva P			Kit Cesárea		
Luva M			Nylon 0,0 Duplo		
Luva G			Nylon 0,0 Duplo Agulha Padrão		
Luva estéril Nº 6,5			Nylon 2,0		
Luva estéril Nº 7,0			Nylon 3,0 PPNTA 3/8		
Luva estéril Nº 7,5			Nylon 4,0 Agulha 30mm		
Luva estéril Nº 8,0			Nylon 5,0 Agulha 3/8 19mm		
Máscara Descartável			Prolene 0,0 Agulha 4 ou 3,7		
Micropore			Prolene 2,0 Agulha 4 ou 3,7		
Pulseiras para recém-nascidos			Vicryl 0,0 Agulha 4,0		
Seringa 1mL			Vicryl 2,0 Agulha 4,0		
Seringa 3mL			Vicryl 3,0 Agulha 3,7		

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



**PREFEITURA DE
HORIZONTE**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAUDE**

HOSPITAL E MATERNIDADE VENANCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Relação de Insumos de Farmácia com Quantidade Padrão
(CME e Expurgo)

1023
PAGINA

MATERIAIS	UNIDADE	QUANTIDADE
Abaixador de Língua	Pacote	
Ácido Peracético	Galão (5 Litros)	
Álcool	Litro	
Algodão	Rolo	
Ampolas para Teste Biológico	Unidade	
Atadura 10 cm	Pacote	
Atadura 15 cm	Pacote	
Atadura 20 cm	Pacote	
Avental Descartável	Unidade	
Bowie Dick	Unidade	
Compressas de Gaze Cirúrgica (Campo Operatório)	Pacote	
Cotonetes	Caixa	
Espátula de Aires	Pacote	
Fita Branca	Unidade	
Fita para Auto Clave	Unidade	
Fita para Teste do Ácido Peracético	Unidade	
Gaze em Rolo	Rolo	
Gaze Simples	Pacote	
Integradores	Unidade	
Luva para Procedimento (P)	Caixa	
Luva para Procedimento (M)	Caixa	
Luva para Procedimento (G)	Caixa	
Mantas	Unidade	
Máscara de Venturo Adulto	Unidade	
Máscara de Venturo Infantil	Unidade	
Máscara para Aerosol Adulto	Unidade	
Máscara para Aerosol Infantil	Unidade	
Papel Crepado	Unidade	
Silicone (Látex)	Unidade	
Umidificadores	Unidade	

168

RESPOSÁVEL: _____ EM: ____/____/____
ENTREGUE POR: _____ EM: ____/____/____



PREFEITURA DE HORIZONTE



169

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

ABEHLAMIENTO MEXIBERNO	ABS	NUTRITION	ABS				
				FARMACIA			
				ABS			
				SERVICIOS			
				ABS			
				SANTO ANTONIO			
				ABS			
SERVICIOS							
ABS							
				17-300			
				06-03-1988			
				88			



RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLÍNICA: OBSTÉTRICA	FRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		

EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AJUDAR:	2º AJUDAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	CIRCULANTE:
INSTRUMENTADORA (O):		
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
TIPO DE CIRURGIA: CESÁREA + LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO	() SIM () NÃO
HOUVE TRANSFUÇÃO DE HEMODERIVADOS? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:
 () Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior aposição dos campos cirúrgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannestiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Histerotomia segmentar arciforme
- 5) Retirada de concepto vivo + Onfalotomia + Retirada Manual da Placenta
- 6) Limpeza da cavidade uterina
- 7) Histerorrafia
- 8) Realizado laqueadura tubária bilateral
- 9) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior síntese dos planos cirúrgicos.
- 10) Síntese da pele e curativo oclusivo

 Cirurgião
 (Carimbo e Assinatura)

 1º Auxiliar
 Carimbo e Assinatura)

 Anestésista
 (Carimbo e Assinatura)



RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLÍNICA: OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		

EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AJUDANTE:	2º AJUDANTE:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):	CIRCULANTE:	
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
TIPO DE CIRURGIA: CESÁREA	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO () SIM () NÃO	
HOUVE TRANSUSÃO DE HEMODERIVADOS? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior aposição dos campos cirurgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannestiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Histerotomia segmentar arciforme
- 5) Retirada de concepto vivo + Onfalectomia + Retirada Manual da Placenta
- 6) Limpeza da cavidade uterina
- 7) Histerorrafia
- 8) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior sintese dos planos cirúrgicos.
- 9) Sintese da pele e curativo oclusivo

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

1º Auxiliar
Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)



172

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLINICA: OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		

EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):		CIRCULANTE:
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: ABORTAMENTO INCOMPLETO	
TIPO DE CIRURGIA: CURETAGEM UTERINA PÓS - ABORTAMENTO	
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ENDOVENOSA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: IDEM PRÉ-OP	
HORÁRIO DE INICIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO () SIM () NÃO	
HOUVE TRANSFUÇÃO DE HEMODERIVADOS? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em litotomia.
- 2) Assepsia e antissepsia com posterior aposição dos campos cirurgicos.
- 3) Inserção de espéculo vaginal de Collins e identificação do colo uterino.
- 4) Pinçamento do colo uterino com pinça de Pozzi
- 5) Retirada de moderada quantidade de material amorfo compatível com restos ovulares.
- 6) Retirada da pinça de Pozzi e espéculo vaginal

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)



173

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME:		
CLÍNICA: GINECO - OBSTÉTRICA	PRONTUÁRIO:	ENF / LEITO:
DATA DA CIRURGIA:		

EQUIPE MÉDICA E ENFERMAGEM

CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
ANESTESISTA:	ENFERMEIRA (O):	
INSTRUMENTADORA (O):		CIRCULANTE:
RESPONSÁVEL PELA CONTAGEM DE COMPRESSAS:		

DADOS DO ATO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PLANEJAMENTO FAMILIAR	
TIPO DE CIRURGIA: LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL	
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: IDEM PRÉ-OPERATÓRIO	
HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA:	HORÁRIO DE TÉRMINO DA CIRURGIA:
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO: () SIM () NÃO	
MATERIAL ENVIADO PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO () SIM () NÃO	
HOUVE TRANSFUÇÃO DE HEMODERIVADOS? () SIM () NÃO	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

() Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- 2) Assepsia e antisepsia com posterior posição dos campos cirúrgicos.
- 3) Incisão transversa tipo Pfannestiel e posterior diérese dos planos cirúrgicos.
- 4) Identificação das tubas uterinas
- 5) Laqueadura das tubas uterinas (bilateralmente)
- 6) Revisão cuidadosa da hemostasia e posterior síntese dos planos cirúrgicos.
- 7) Síntese da pele e curativo oclusivo

Cirurgião
(Carimbo e Assinatura)

1º Auxiliar
Carimbo e Assinatura)

Anestesista
(Carimbo e Assinatura)

~~AE~~

UAPS
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

SSA2 - Mês: _____

Ano: _____

MICROÁREA 		TOTAL
Nascidos vivos		
RN pesados ao nascer		
RN pesados ao nascer com peso < 2500g		
De 0 a 3 meses e 29 dias		
C Aleitamento Exclusivo		
R Aleitamento Misto		
I De 0 a 11 meses e 29 dias		
A Com vacinas em dia		
N Pesadas		
Ç Desnutridas		
S De 12 a 23 meses e 29 dias		
Com vacinas em dia		
Pesadas		
Desnutridas		
Menores de 2 anos		
Que tiveram diarreia		
Que tiveram diarreia e usaram TRO		
Que tiveram Infecção Resp. Aguda		
Cadastradas		
Acompanhadas por acs		
G Com vacina em dia		
E Fez consulta de pré-natal no mês		
S Com pré-natal iniciado no TRI		
T Desnutridas		
< 20 anos cadastradas		



175

[Handwritten signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
Rua Luiza Noronha, Nº 45, Zumbi - Horizonte - CE
CEP: 62880-000 Fone: (88) 3336.6060



Relatório de Alta

Data da Admissão	Hora da Admissão	Data da Alta	Hora da Alta	T. Dias Permanecência
------------------	------------------	--------------	--------------	-----------------------

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

176

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES:

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

Hosp. e Mat. Venâncio
Raimundo de Sousa
Resumo de Alta

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário

Clinica:

Nº do Atendimento

Enfermaria:

Leito:



TERAPEUTICA:

Lined area for therapeutic notes.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Lined area for definitive diagnosis notes.

ORIENTAÇÃO MÉDICA DADA AO PACIENTE:

Lined area for medical orientation notes.

CONDIÇÕES DA ALTA:

Curado Melhorado Inalterado A Pedido

Transferido:

Outra:

Óbito Solicitado Necropsia

CARIMBO DO SERVIÇO

Horizonte (Ce), ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO-CRM
(NOME LEGÍVEL)

REQUERIMENTO DE SALÁRIO - FAMÍLIA

177

SERVIDOR: _____

CARGO: _____ MATRÍCULA: _____

DOC. INSC - Nº E SÉRIE: _____

PRENOME DO FILHO:

DATA DO NASCIMENTO

1. _____	-	____	/	____	/	____
2. _____	-	____	/	____	/	____
3. _____	-	____	/	____	/	____
4. _____	-	____	/	____	/	____
5. _____	-	____	/	____	/	____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

INSTRUÇÕES

1 - Este requerimento poderá ser feito pelo próprio segurado, por seu empregador ou, no caso de trabalhadores avulsos pelo respectivo sindicato, quando se tratar de inclusão de filho nascido durante a manutenção do auxílio doença.

2 - Se o requerente for a empresa ou o sindicato, deverá contar o respectivo carimbo da assinatura.

3 - O requerimento será preenchido exclusivamente pelo segurado quando requerer aposentadoria e fizer jus ao salário família ou quando, já aposentado, vier a adquirir direito ao benefício.

4 - Em qualquer hipótese o requerente deverá estar acompanhado de certidão de nascimento do(s) filho(s) e do Termo de Responsabilidade.

5 - Fazer Acompanhar a seguinte documentação: Crianças até 06 (seis) anos de idade Certidão de Nascimento e Cartão de Vacinação; Crianças de 07 (sete) à 14 (catorze) anos de idade Certidão de Nascimento e Declaração da Escola em que a criança está matriculada.

De acordo com a Portaria Interministerial MPS/MF Nº 02, de 06/01/2012

REQUERIMENTO		
<input type="checkbox"/> SR. PREFEITO		<input type="checkbox"/> SR. SECRETÁRIO
DADOS PESSOAIS		
NOME:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
Nº:	BAIRRO:	MUNICÍPIO:
MATRÍCULA:	FONE:	
CARGO/FUNÇÃO:	CPF:	
SECRETARIA:		
LOTAÇÃO:		

ASSUNTO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licença para tratar de Interesse Particular. | <input type="checkbox"/> Exoneração | <input type="checkbox"/> Declaração |
| <input type="checkbox"/> Prorrogação de Licença para tratar de Interesse Particular. | <input type="checkbox"/> Licença Paternidade | <input type="checkbox"/> Solicitação/Negociação de Férias |
| <input type="checkbox"/> Licença prêmio | <input type="checkbox"/> Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família | <input type="checkbox"/> Solicitação de Gratificação por Titulação |
| <input type="checkbox"/> Licença para Atividades Políticas | <input type="checkbox"/> Desconto Previdenciário sobre Insalubridade | <input type="checkbox"/> Solicitação de transferência de Unidade |
| <input type="checkbox"/> Disposição para outros órgãos públicos. | <input type="checkbox"/> Desconto Previdenciário sobre Gratificação Fixa | <input type="checkbox"/> OUTROS |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ASSINATURA DO REQUERENTE: _____ DATA: _____

VISTO DO CHEFE IMEDIATO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Rua Santa Edwírges, Nº 36, Sala 40 - Parque Diadema - Horizonte - CE.
Fone/Fax: (0xx85) 3336-6038

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DA RECEITA *

Nome do Requiritante: _____
Endereço Completo: _____
C.R.M.: _____ Especialidade: _____

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº: _____

Pelo presente, autorizo o(a) Sr(a) _____ RG _____

Data de emissão: ____/____/____, residente à _____

Notificação de Receita B1 _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Notificação de Receita B2 _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Notificação de Receita C2 _____ talão (ões) com numeração concedida de _____ a _____

Horizonte, _____ de _____

Assinatura e carimbo com C.R.M.

Assinatura e carimbo da VISA



179



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF, CNES da Unidade de Saúde, N° Protocolo, Unidade de Saúde, Município, Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS, Nome Completo da Mulher, Nome Completo da Mãe, CPF, Data de Nascimento, Idade, Raza/cor, Dados Residenciais, Logradouro, Número, Complemento, Bairro, UF, Código do Município, Município, CEP, DDD, Telefone, Ponto de Referência, Escolaridade

180

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*, 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*, 3. Usa DIU?*, 4. Está grávida?*, 5. Usa pílula anticoncepcional?*, 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*, 7. Já fez tratamento por radioterapia?*, 8. Data da última menstruação / regra?*, 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*, 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*, 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?*, Data da coleta*, Responsável*

NOTA: Na presença de colo alterado, em lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNCS do Laboratório* _____ Número do Exame* _____
 Nome do Laboratório* _____ Recebido em* _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Atenção ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas efeitos do laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Plácitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Neutrofilia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Carbocellulose* sp
- Cores
- Sugestivo de *Chlamydia* sp
- Actinomyces* sp
- Candida* sp
- Trichomonas vaginalis*
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____ Responsável* _____

Data do Resultado* _____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DE SAÚDE
1040

HORIZONTE
Prazer Muito Mais

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de M

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento

Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Código do Município

Município

Bairro

UF

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

Sim. Quando fez o último exame?

ano

Não Não sabe

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Está grávida? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

/ / Não sabe / Não ler

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

Sim
 Não

Data da coleta

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

181



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF CNEs da Unidade de saúde N° Protocolo
 (n° gerado automaticamente pelo sisCAN)

Unidade de saúde

Município rotatório P

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão sUs*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF Apelido da Mulher

Nacionalidade

Data de Nascimento* Idade* Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

182

ESCOLARIDADE Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino superior Completo

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO*

RESULTADO NORMAL / BENIGNO

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas Possivelmente não neoplásicas (AsC-U's)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (AsC-H)

Glandulares Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
 Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
 Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
 Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

Adenocarcinoma "in situ"
 Adenocarcinoma invasor: Cervical Endometrial
 sem outras especificações

outras neoplasias malignas. Quais?

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICOS DO COLO DO ÚTERO

1. Achados colposcópicos (Informe o achado mais importante)*

Normal Anormal Alterações Menores (sug. Baixo grau, Grau I)
 Alterações Maiores (sug. Alto grau; Grau II)
 sugestivo de câncer
 Miscelânea (condiloma, sequela pós tratamento, pólipos, estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose)

2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:

satisfatória ZT completamente visível e ectocervical (ZT tipo I)
 satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II)
 JEC até 1 cm do canal
 JEC além de 1 cm do canal

insatisfatória
 ZT não visível ou parcialmente visível (predom./complet endocervical) (ZT tipo III)
 Atrofia/inflamação severa/trauma colar/cérvice não visível (colposcopia inadequada)

3. Procedimento:

Biópsia Exereses da Zona de Transformação
 Ver e Tratar Pós biópsia
 Conização outras

Nota: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos em outras localizações anatômicas (vulva, vagina)

Informações adicionais para o patologista

Data da coleta*

Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios





IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNEs do Laboratório*

Número do Exam

Nome do Laboratório

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

TIPO de procedimento cirúrgico*

- Biópsia
- Exeresse da Zona de Transformação
- Conização
- Histerectomia simples
- Histerectomia c/anexectomia uni ou bilateral
- outros _____

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

- Biópsia, número de fragmentos [] [] []
- Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ cm _____ mm
- Distância da margem mais próxima _____ mm
- localização do tumor: Ectocérvice Endocérvice Junção escamo-colunar
- *Adequabilidade do material satisfatório Insatisfatório. Especificar _____

MICROSCOPIA

Lesões de caráter benigno

- Metaplasia Escamosa
- Cervicite crônica inespecífica
- Pólipo Endocervical
- Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

- NIC I (displasia leve)
- NIC II (displasia moderada)
- NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)
- Carcinoma epidermóide microinvasivo
- Carcinoma epidermóide invasivo
- Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma invasor
- outras neoplasias malignas _____

GRAU DE DIFERENCIAÇÃO

- Não se aplica
- Bem diferenciado (Grau I)
- Moderadamente diferenciado (Grau II)
- Pouco diferenciado (Grau III)
- Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

Profundidade da invasão mm _____

- Vascular sim Não
- Corpo uterino sim Não
- Peri-neural sim Não
- Vagina sim Não
- Parametrial sim Não

Linfonodos regionais _____ e comprometidos _____

Margens cirúrgicas

- Livres
- Comprometidas
- Impossível de serem avaliadas

Diagnóstico Descritivo _____

Controle de representação histológica* Fragmentos Blocos

Data do resultado* [] [] / [] [] / [] [] [] []

Responsável* _____

CRM _____

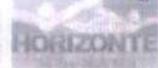




PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



186

Nome: _____

ÓCULOS

	ESF	CIL	EIXO
OD			
OE			
ADIÇÃO			

OBS.: DISTANCIA NASOPUPILAR, NA PUPILÔMETRO.

LENTE: _____

MATERIAL: _____

DATA: ____/____/____

OBS: Traga esta receita na sua próxima consulta.

Para manter uma ótima saúde oftalmológica compareça uma vez ao ano ao seu oftalmologista.



RESUMO DIÁRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Residência	C	TB	PE	O	Total

Nº de Imóveis	
Trat. Focal	Inspecionad

Fechado	Pendência	
	Recusado	Recuperado

Nº de depósitos por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

R- Residência C- Comércio TB- Terreno Baldio PE- Ponto Estratégico O- Outro

Eliminados	Depósitos	
	Tratados	Larvicida
	Qide. (Gramas)	Qide. desp. Tratados

Total de Amostras Coletadas (Tubitos)
--

Nº e seq dos quartelões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nº e seq dos quartelões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq dos quartelões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq dos quartelões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Depósitos com	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Aedes aegypti								
Aedes albopictus								
Outros								

Imóveis com	R	C	TB	PE	O	TOTAL
Aedes aegypti						
Aedes albopictus						
Outros						

Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - depósitos fixos
 D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas, sucatas, entulhos) E - Depósitos naturais

Data da Entrada

Data da Conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



DATA DE ADMISSÃO: ___ / ___ / ___

Prontuário Usuário: _____

Prontuário Familiar: _____

188

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ DN: ___ / ___ / ___ Como gosta de ser chamado? _____

Naturalidade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

RG: _____ CPF: _____

Filiação: MÃE _____

PAI _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () Divorciado () União Estável

Cor da pele: () Branca () Negra () Parda Quantos filhos: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Ponto de referência: _____

UBS: _____ ACS: _____

Há quanto tempo reside no município? _____

Como se desloca para o serviço? _____

Queixa/Razão para a procura? _____

Escolaridade: () Analfabeto () Semi-analfabeto () Fundamental Completo

() Médio Completo () Fundamental Incompleto () Médio Incompleto

() Superior Completo () Superior Incompleto

Orientação religiosa: _____

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Carteira Assinada: () Sim () Não Tempo de contribuição: _____

Renda Mensal: () Sem renda () até 1 SM () até 2 SM () até 3 SM () mais de 3 SM

() Autônomo.

Benefícios: () Não () Sim Qual: _____

Situação da moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Outro: _____

Número de cômodos: _____ Número de moradores: _____

Moradores	Parentesco	Idade	Ocupação





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Como tornou conhecimento do serviço? _____

Procedência: () Demanda Espontânea () PSF () Hospital Psiquiátrico () Caps Geral () Outra, qual? _____

Quando iniciou o uso? (idade)

() Infância () Adolescência () Fase Adulta (até 10 anos) (11 - 17 anos) (a partir de 18 anos)

Por que iniciou o uso?

() Curiosidade () Influência de amigos () Timidez () Insegurança () Ansiedade () Nervosismo () Diversão () Propaganda () Outros _____

Outras observações relevantes: _____

3. HISTÓRIA PESSOAL (Fale sobre você)

Blank lines for personal history.

4. ANTECEDENTES PSICOSSOCIAIS

O que você faz no seu dia a dia? _____

Hábitos de sono: _____

Lazer: _____

Hábitos alimentares: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Abuso de álcool: _____

Outras drogas: _____

Familiar com transtorno mental: _____





**PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE**



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



ROTEIRO DE ANAMNESE

PAGINA

HISTÓRIA PREGRESSA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tipos de substância psicoativa e frequência de uso:

TIPOS DE SUBSTÂNCIAS	USOU	EXPERI- MENTOU	USA	FREQUÊNCIA
Alcool (tipo)				
Crack				
Tabaco				
Maconha				
Comprimidos (tipos)				
Cocaína				
Mesclado				
Outros:				

Padrão de consumo de drogas

(Quando usa? Onde? Com quem? Qual a quantidade? Uso associado? Usa ininterruptamente por alguns dias sem dormir e sem comer? Falta ao trabalho?)

Quando você usa, o que sente?

() Excitação () Depressão () Diminuição da ansiedade () Falta de apetite () Amnésia ()
Confusão Mental () Desorientação () Agressividade () Alucinação
() Outros _____

Quando para de usar, o que sente?

() Excitação () Alteração do humor () Desorientação
() Vômitos () Insônia () Ansiedade () Falta de apetite () Febre () Amnésia
() Alucinações () Agitação () Tremores () Disartria () Delírios () Sudorese
() Taquicardia () Outros _____

Problemas relacionados a drogas:

FÍSICOS - embriaguez, amnésia, colapso, vômitos, úlcera, hepatite, cirrose P, convulsões, acidentes, feridas, tosse, queimadura nos dedos e nos lábios, pneumonia, hepatite B ou C.

PSICOLÓGICOS - depressão, agressividade, ansiedade, delírio tremens, mentiras, psicose, tentativa e/ou ideação de suicídio _____

SOCIAIS -- problemas com a(o) esposa(o), a família, os amigos, a polícia, no trabalho, financeiros, justiça.

OBS: _____

7. HISTÓRIA DE ATENDIMENTO PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALCÓOL OU OUTRAS DROGAS

Já tentou parar? () Sim () Não





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



Quanto tempo ficou sem usar?

Já fez algum tratamento? () SIM () NÃO

Internação psiquiátrica () SIM () NÃO

Alterações Clínicas / Psiquiátricas

- () Hipertensão () Problemas Respiratórios () Epilepsia () Tuberculose () Hanseníase
- () Alterações do Sist. Digestivo () HIV () Depressão () Transtorno
- () Outros

Medicação em uso? Há quanto tempo?

Plano Terapêutico

Impressões e Observações do Entrevistador

