Item - 42.091

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

"RESUMO SEMANAL DE CAPTURA

AT

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

DIRETORIA REGIONAL: _____ MUNICÍPIO: _____

SEMANA Nº [ ] TURMA: _____

DATA	Nº 56	LOCALIDADE	CONCLUÍDA	CASAS TRABALHADAS				CASAS PENDENTES			ANEXOS TRABALHADOS				UNIDADES DOMICILIARES			TRIATOMÍNEOS CAPTURADOS			HABIT. PROTEGIDOS	CONSUMO DE INSETÍFUGO (PIRIZA Cgs.)	CON CIB TRIN
				POSITIVAS		NEG.	TOTAL				POSITIVOS		NEG.	TOTAL									
				C/CAP.	C/VEST.			FECH.	REC.	TOTAL	C/CAP.	C/VEST.			POSIT.	NEG.	TOTAL	INT. D.	PER. D.	TOTAL			

Tupigraf - 3821-6099

Rendimento H/D: _____ _____ Assinatura do Guarda Chefe _____ Visto do Inspetor Data: _

FUNÇÃO	SUPERVISORES	DOMINGO	DIAS DA SEMANA					SÁBADO	TOTAL	OBSERVAÇÕES
			SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA			
CT										
G - 1										
G - 2										
G - 3										
G - 4										
G - 5										
G - 6										
G - 7										
TOTAL										

FUNÇÃO	NOME DO SUPERVISOR	DATA	HORA		CONSUMO DE INSCETICIDAS			NÚMERO SUCAM DAS CASAS		
			INÍCIO	TÉRMINO	RECIBO	GASTO	SALDO	NOME DA LOCALIDADE	CASAS NOVAS	CASAS DEMOLIDAS

Data	Procedimento	Código do procdimento	Assinatura do profissional	Assinatura do paciente

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

N° CARTÃO SUS

Item - 35.419

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO
IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____

Sexo: ☐ F ☐ M Data Nasc.:____/____/_____ Naturalidade:_____

Endereço: Rua / Av.:_____ N°____

Bairro_____ Tel.:_____

Área ☐☐ Micro - Área ☐☐ Família ☐☐☐☐☐

Pai:_____

Mãe:_____

☐ Gravidez	☐ Cardiopatia	☐ Hepatites	☐ Bronquite Asr
☐ Lactação	☐ Anemia	☐ Etilismo	☐ Epilepsia
☐ Diabetes	☐ Hemorragia	☐ Tabagismo	☐ Tuberculose
☐ Hipertenção Arterial	☐ HIV / aids	☐ Alegria	☐ Gastrite / Úlc

Tratamento médico:_____

Medicamentos em uso:_____

Observações:_____

_____

Assinatura do Responsável

Data:_____/_____/_____ CPITN:_____

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Assinatura do responsável:

Data:_____/_____/_____ CPITN:_____

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Assinatura do responsável:

Data:_____/_____/_____ CPITN:_____

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Assinatura do responsável:

Data:_____/_____/_____ CPITN:_____

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Assinatura do responsável:

Data	Procedimento	Código do procdimento	Assinatura do profissional	Assin pa

		Procedimento	Profissional	Paciente

1) Exame Clínica:

Alteração de cor na coroa:_____

Cimento provisório:_____

Dente aberto:_____

Obs:_____

_____

2) Exame Radiológico:

Periodonto Normal_____Espessamento Periodontal_____

Lesão Periapical_____Reabsorção: Interna_____Externa_____

Obturação Deficiente_____Instrumento Fraturado_____

Trepanação: Furca_____Radicular_____

Fratura Radicular_____Rizogênese Incompleta_____

Abertura Coronária Já Existente_____

3) Diagnóstico Clínico:

Vitalidade Pulpar_____Necrose_____Necrose com fistula_____

Obs:_____

_____

4) Indicação de Tratamento:

Tratamento Endodôntico_____Retratamento Endodôntico_____

Curetagem Apical_____Apicectomia_____Obturação retrógrada_____

Obs.:_____

_____

5) Terapêutica Sistêmica:

_____

_____

_____

_____

_____

6) Irrigação:

Soro Fisiológico_____Solução de Milton_____

Líquido de Dakin_____

7) Material Obturador:_____

_____

8) Selamento Provisório do Dente:_____

Odontometria:

Dente	Canal	Odontometria	Referência	Instrumento Inicial	Instrumento Final	Alívio núc

Dente	Data	Medicação iIntracanal

Data	Dente	Procedimento	Profissional	Pa

Item - 42.838

Prefeitura de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde
CLÍNICA MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO

ORIENTAÇÕES PARA OS PACIENTES OSTOMIZADOS

Em toda a higienização ou troca de bolsa preparar todo o material necessário antes de iniciar o procedimento;

- Trocar a bolsa uma vez por semana ou sempre que necessário (descolamento da placa, saída de fezes por debaixo da placa, em caso de coceira ou dor na região próxima do estoma).
- Evite que a pele sofra traumas ou ocorram dermatites, realize a higiene da pele e estoma de forma adequada:
- lave suavemente a pele periestomal (pele ao redor do estoma) e o estoma com a ajuda de uma esponja natural em água morna e sabão neutro;
- Seque bem a pele sem friccionar o estoma e a pele periestomal e mantenha a pele que está debaixo da bolsa limpa e seca;
- Não use substâncias irritantes na pele ao redor do estoma como álcool, éter, perfume, sabões agressivos;
- Se os pêlos ao redor do estoma são abundantes corte-os com uma tesoura (não utilize lâmina ou creme depilatório);
- Não utilize qualquer tipo de creme ou hidratante ao redor do estoma, pois pode impedir a boa fixação da base adesiva.
- Faça a medida do estoma e o corte adequado das bolsas, pois as placas são protetoras da pele e permitem tanto a fixação das bolsas ao corpo, como reduzem o risco de irritação da pele causada pelo contato dela com os efluentes (fezes ou urina).
- Desenhe o diâmetro de acordo com a mensuração, na base adesiva(placa) a ser utilizada.

- No caso da pele periestomal apresentar uma superfície com algumas pregas e cicatrizes, aplique pasta para nivelar as imperfeições e assim conseguir aplicar perfeitamente a base adesiva (placa) protetora da pele.
- Fixar a base adesiva (placa) centralizando o estoma ao orifício realizado, retirando ao papel protetor e massageando para melhor fixação por 10 minutos;
- Utilizar tesoura de extremidades curvas para recorte dos desenhos nas placas.
- Ficar em repouso (30 min.) após a troca da bolsa para que a mesma fique bem aderida à pele.
- Cuidado especial com as bolsas que possuem filtro para que o mesmo não molhe.
- Comunique o médico ou enfermeiro em caso de intercorrências ou alterações no estoma.

Contato:
34- 3822 9812 Clínica Totó Veloso

Stemi - 42.840

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA OSTOMIZADOS

- Mastigar bem os alimentos, comendo devagar para facilitar a digestão e evitar a formação de gases e desconforto abdominal.
- Fazer de 4 a 6 refeições diárias de 3 em 3 horas aproximadamente.
- Introduzir os alimentos na dieta gradualmente e em pequenas quantidades.
- Caso perceba intolerância a algum alimento, não o retire imediatamente da dieta. Se for realmente necessário retirá-lo, tente introduzir novamente em outro momento.
- Evitar os seguintes alimentos:
  a) Alimentos formadores de volume: aipo, comida chinesa, nozes, repolho, frutas secas, coco, pipoca, vegetais crus, grãos, alimentos ricos em fibras (cereais integrais, aveia, pão integral, milho verde, pipoca, etc...), cenoura e maçã.
  b) Alimentos que produzem gases: repolho, cebola, feijão, pepino, espinafre, couve-flor, nabo, rabanete, pimentão, ervilha, lentilha, milho verde, brócolis, abacate, maçã, melancia, uva, refrigerantes, chicletes, bebidas alcoólicas.
  c) Alimentos que produzem cheiros desagradáveis: repolho, cebola, feijão, pescados, margarina de milho, alho, óleo de fígado de bacalhau, queijos fortes, ovo, aspargo, preparados à base de multivitaminas (sustacal, novomilk) e condimentos.
  d) Alimentos que irritam o intestino: vegetais crus, leite, frutas secas, vegetais folhosos verde-escuros, ameixa, cereais de grãos integrais, bebidas alcoólicas.

- Alimentos que alteram a cor das fezes: morango, gelatina de morango, corantes vermelhos em doces, beterraba, suplementos de ferro. Obs.: Não há necessidade de retirar estes alimentos de sua dieta apenas porque modificam a cor das fezes.
- Controlar a consistência das fezes (prender ou soltar o intestino) através dos seguintes alimentos:
  a) Alimentos constipantes (que prendem o intestino): ricota ou queijo fresco, mandioquinha, maçã sem casca, banana prata, banana maçã, polpa de goiaba (somente a polpa, sem a casca e a semente), sopas e mingaus feitos com maisena, gelatina, arroz e creme de arroz.
  b) Alimentos laxantes (que soltam o intestino): feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, amendoim, soja, verduras cruas, mel, doces concentrados (bananada, goiabada, etc), condimentos fortes (pimenta, mostarda, catchup, molho inglês, noz-moscada), alimentos gordurosos, presunto, mortadela, salsicha, lingüiça, salame, laranja, uva, manga, etc...
- Beber bastante líquido, nos intervalos das refeições, pois a água ajuda na digestão dos alimentos e formação das fezes.
- Evitar o consumo excessivo de café e bebidas gasosas (água mineral com gás, refrigerantes).
- Procurar variar os alimentos da sua dieta e evitar o consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras, pois é prejudicial à saúde.

LAXANTES (solta o intestino)		NEUTROS (não solta nem prende)	OBSTIPANTES (prende o intestino)
abacate	figo	abio	abóbora (peneirada)
abacaxi	gérmen de trigo	abricó	aboborinha (sem casca)
abóbora-moranga	iogurte	açúcar	arroz
acelga	jabuticaba inteira	alcachofra	aspargo (ponta)
agrião	jaca	alho	banana
aipo	jiló	amora	batata
alcachofra (folha)	laranja	beringela	baunilha
alcaparra	lentilha	beterraba	biscoito de polvilho
álcool	levedo de cerveja	brócolis	caju
alface	mamão	café	cará
alimentos industrializados	manga	canela	cenoura cozida
	manteiga	caqui	chá de broto de goiaba
almeirão	melancia	carambola	chuchu
ameixa	melão	carnes brancas	goiaba (sem casca e sem semente)
amêndoa	milho	cenoura crua	
amendoin	nêspera	cereja	inhame
aspargo inteiro	nozes	chá de ervas verdes	limão (suco diluído)
aveia	óleos vegetais	chá de folha de pitanga	maçã (sem casca)
avelã	pepino	damasco	mandioca
azeitona	pimentão	fécula de batata	mandioquinha
bebidas carbonatadas	quiabo	fermento em pó	maracujá (suco)
carnes vermelhas	rabanete	framboesa	
caruru	repolho	fruta-do-conde	
castanha	romã	fubá	
cebola	rúcula	gelatina	
centeio	salsão	goiaba inteira	
cevada	sapoti	grão-de-bico (sem casca)	
chicória	sorvetes	graviola	
chocolate	tâmara	maizena	
cidra	tomate (inteiro)	mel	
coco	uva	nabo	
condimentos	vagem	ovo	
couve		queijo branco	
creme de leite		requeijão	
doces concentrados		ricota	
erva-doce		tapioca	
ervilha		tomate (sem pele e sem semente)	
espinafre			
feijões		verduras de folha	

DESCRIÇÃO	CBO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	515105
ASSISTENTE SOCIAL	251605
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	352210
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	3224F2
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	322230
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA	3222e2
AVALIADOR FÍSICO	224105
CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	223208
CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	223212
CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	223248
CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	223256
CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	223268
CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	2232B1
ENFERMEIRO	223505
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	2235C2
ENFERMEIRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	2235C1
FARMACÊUTICO	223405
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	223410
FISIOTERAPEUTA GERAL	223605
FONOAUDIÓLOGO	223810
MÉDICO ANGIOLOGISTA	223105
MÉDICO CARDIOLOGISTA	223106
MÉDICO CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	223108
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL	223110
MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO	223111
MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO	223112
MÉDICO CLÍNICO	223115
MÉDICO DERMATOLOGISTA	223117
MÉDICO DO PSF	223116
MÉDICO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2231F7
MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	223124
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	223125
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	223128
MÉDICO GENERALISTA	223129
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	223132
MÉDICO HANSENOLOGISTA	2231A2
MÉDICO HEMATOLOGISTA	223133
MÉDICO INFECTOLOGISTA	223136
MÉDICO MASTOLOGISTA	223138
MÉDICO NEFROLOGISTA	223139
MÉDICO NEUROLOGISTA	223142
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	223144
MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	223146
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	223147
MÉDICO PEDIATRA	223149
MÉDICO PNEUMOLOGISTA	223151
MÉDICO PROCTOLOGISTA	223152
MÉDICO PSIQUIATRA	223153
MÉDICO RADIOLOGISTA	223124
MÉDICO REUMATOLOGISTA	223155
MÉDICO UROLOGISTA	223157
NUTRICIONISTA	223710
OPERADOR DE RÁDIO-CHAMADA	422220
PSICÓLOGO CLÍNICO	251510
SOCORRISTA HABILITADO	3222B3
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	322205
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA FAMÍLIA	3222e1
TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA	3224F1
TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA - OPERADOR DE RAIO X	324115
TELEFONISTA	422205
TELEOPERADOR	422210
TERAPEUTA OCUPACIONAL	223620
VETERINÁRIO / MÉDICO VETERINÁRIO	[illegible]

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO DIÁRIO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL: ENFERMAGEM - NÍVEL MÉDIO - PACS/PSF - UNIDADE:

PROFISSIONAL: CBO: DATA: / / FLS: CNES:

PRONTUÁRIO	
IDADE DO PACIENTE	
03.01.10.002-0	ADM. MEDICAMENTO EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIENTE)
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL
03.01.05.005-8	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROF. EM NÍVEL MÉDIO
02.01.02.004-1	COLETA MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL
02.01.02.005-0	COLETA SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO)
04.01.01.002-3	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR
03.01.10.010-1	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO
03.01.10.013-6	ORDENHA MAMÁRIA
03.01.10.015-2	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)
03.01.10.018-7	TERAPIA REIDRATAÇÃO ORAL

Prom 37886

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA/CARIMBO: _____

Item - 42.845

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II

PTI - PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA:

REFERÊNCIA EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
PSF: _____ Médico: _____
Enfermeiro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: _____
Idade: _____ Profissão: _____

SINAIS DE ALERTA

( ) Risco de auto extermínio
( ) Abuso de álcool e/ou drogas ilícitas
( ) Maus tratos por terceiros
( ) Possibilidade de abandono do trabalho
( ) Auto e/ou hetero agressividade
( ) Histórico de abuso sexual

COMORBIDADES

( ) HAS ( ) Etilismo ( ) Epilepsia ( ) Retardo mental
( ) Diabetes ( ) Tabagismo ( ) SIDA ( ) Outra patologia: _____

MEDICAÇÃO EM USO

Neurolépticos e Psicotrópicos:	*Outras Medicações:*

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO DE:

( ) ACS ( ) T.O.
( ) Seriço Social ( ) Psicologia
( ) Psiquiatria ( ) Outro: _____
( ) Enfermagem

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

( ) Semanal ( ) Trimestral
( ) Mensal ( ) Semanal
( ) Bimestral ( ) Anual

EGRESSO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA?

( ) Sim ( ) Não

ÚLTIMAS INTERNAÇÕES

Local: _____
Período: _____
Local: _____
Período: _____
Local: _____
Período: _____

CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA

( ) Alta Vulnerabilidade ( ) Aposentado/ Pensionista
( ) Baixa Vulnerabilidade ( ) LOAS

MODALIDADE INDICADA

( ) Intensiva ( ) Semi Intensivo ( ) Não intensivo

PERMANÊNCIA NA UNIDADE

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
( ) Integral	( ) Integral	( ) Integral	( ) Integral	( ) Integral
( ) Manhã	( ) Manhã	( ) Manhã	( ) Manhã	( ) Manhã
( ) Tarde	( ) Tarde	( ) Tarde	( ) Tarde	( ) Tarde

INDICAÇÕES E INTERVENÇÕES

( ) Visita domiciliar ( ) Oficina de pintura ( ) Oficina de jogos
( ) Psicoterapia individual ( ) Assistência social ( ) Grupo de T.O.
( ) Grupo Terapêutico ( ) Grupo de atividades físicas ( ) Internação psiquiátrica
( ) Atendimento de enfermagem ( ) Grupo de apoio familiar ( ) Abandono do tratamento
( ) Oficina de cuidados pessoais ( ) Oficina de produção ( ) Alta

Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

	PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II
Data	Evolução do PTI

1

Item - 42-092

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

SUS

Município	Código e nome da localidade	Categ. localid.	Zona	Tipo (1-sede, 2-outros)	Concluída? (S-sim, N-não)

Data da atividade	Ciclofano	Atividade
/ /	/	1-LI - Levantamento de índice; 2-LI+T - Levantamento de índice+Tratamento; 3-PE-Ponto Estratégico; 4-T - Tratamento; 5-DF-Delimitação de Foco; 6-PVE-Pesquisa Vetorial Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO

No do quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	No	Seq.	Compl.	Tipo do Imóvel	Hora de entrada	Visita (N-Normal/R-Recup)	Pendência	No de depósito inspecionado A1	A2	B	C	D1	D2	E	Imóv. inspec. (L)	Coleta amostra: No da amostra Inicial	Final	Qtde tubitos	Tratamento: Depósitos Eliminados	Imov trat	Focal: Larvicida (1) Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Larvicida (2) Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Perifocal: Adulticida Tipo	Qtde. cargas

Assinatura do Agente

Assinatura do Supervisor

Tipo do Imóvel: R-residencial; C-comércio; TB-terreno Baldio; PE-ponto estratégico; O-outro

Pendência: R-recusado; F-fechado

FAD01 - frente - 20/09/2006

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

No Imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

No Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe-cionados	Recu-perados

No. Tubitos / Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

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

Depósitos						
Eliminado	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat

Adulticida	
Tipo	Qtde (Cargas)

No e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATORIO

No e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

No de imóveis com espécimes, por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
outros						

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

No de exemplares			
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

FAD01 - verso - 20/09/2006 v.2.

item 35480

PREFEITURA MUNICIPAL de PATOS DE MINAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Sexo
☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento* / /

Idade*

Cor/Raça
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP –

DDD

Telefone –

Ponto de Referência

Escolaridade
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*
☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*
☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Dutectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q IM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	Linfonodo axilar	☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo ☐ 8b. População de risco elevado (história familiar) ☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* __ __ / __ __ / __ __ __ __

Responsável* _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
7d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e -Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado
7f -Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas
8 - Mamografia de Rastreamento	Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed- União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)

item 36759

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Mês: _____ Ano: _____ Página: _____

ME DO ACS:

Seg.: _____ Área: _____ M. Área: _____

ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA / EQUIPE

Nome do Usuário	Nº Família	Endereço	Telefone	Dia	Hora	Assinatura (por extenso)	Ass. Supervisor

Nº	Nome do Usuário	Nº Família	Endereço	Telefone	Dia	Hora	Assinatura (por extenso)	Ass. Superv
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								
32								
33								
34								

item 35410

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UF

FICHA A

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA FAMÍLIA

ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	CEP

MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA

1- CADASTRO DA FAMÍLIA

Nº	PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO? QUE NÍVEL	OCUPAÇÃO	DOENÇA OU COND. REFERIDA
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					

Nº	PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO? QUE NÍVEL	OCUPAÇÃO	DOENÇA OU COND. REFERIDA
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					
			__/__/__					

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC - Alcoolismo	DRC - Usuário de Drogas		
BRQ - Bronquite	EPI - Epilepsia		
CHA - Chagas	GES - Gestação		
DEF - Deficiência Física	HAN - Hanseníase		
DME - Distúrbio Mental	OB - Obesidade		
DES - Desnutrição	DRC - Tuberculose		

2-SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

2.1 - TIPO DE DOMICÍLIO

- [ ] Tijolo/Alvenaria
- [ ] Adobe
- [ ] Taipa revestida
- [ ] Taipa não revestida
- [ ] Madeira
- [ ] Material aproveitado
- [ ] Outros

2.2 Nº de Cômodos

2.3 Trab. Água domicílio

- [ ] Filtração
- [ ] Fervura
- [ ] Cloração
- [ ] Sem tratamento

2.4 Abast. de água

- [ ] Rede pública
- [ ] Poço ou nascente
- [ ] Outros

2.6 Esgoto sanitário

- [ ] Rede pública
- [ ] Fossa
- [ ] Céu aberto

2.7 Destino do Lixo

- [ ] Coletado
- [ ] Queimado/enterrado
- [ ] Céu aberto

3 - OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?

- [ ] Sim
- [ ] Não

Nº de pessoas cobertas

Nome do plano

EM CASO DE DOENÇA PROCURA

- [ ] Hospital
- [ ] Unidade de Saúde
- [ ] Benzedeira
- [ ] Farmácia
- [ ] Outros.....

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS

- [ ] Cooperativa
- [ ] Grupo religioso
- [ ] Associações
- [ ] Outros.....
- [ ] Não

MEIOS DE TRANSPORTES

- [ ] Ônibus
- [ ] Caminhão
- [ ] Carro
- [ ] Carroça
- [ ] Outros.....

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA

- [ ] Rádio
- [ ] Televisão
- [ ] Outros.....

OBSERVAÇÕES

item 35413

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Prontuário n°:_____

Nome:_____ Sexo_____ Data de Nasc.:____/____/____

Nome da Mãe:_____ Seg.:_____ Área:_____ Microárea:_____ Fam:_____

DADOS VITAIS

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

GRÁFICA PINHEIRENSE (38) 3561-1567

DADOS VITAIS

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

PESO	ALTURA	TEMPO	PA	PC	PT

item 35425

PREFEITURA MUNICIPAL de PATOS DE MINAS — 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

Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento* / /

Idade

Raça/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
   - ☐ Rastreamento
   - ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
   - ☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
   - ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
   - ☐ Não ☐ Não sabe

3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:* / / ☐ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
   (não considerar a primeira relação sexual na vida)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra

10. 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

11. Inspeção do colo*
    - ☐ Normal
    - ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
    - ☐ Alterado
    - ☐ Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

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

Data da coleta* / /

Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:* / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- ☐ Lâmina danificada ou ausente
- ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- ☐ Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento 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
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação _____
- ☐ Outros; especificar:

MICROBIOLOGIA

- ☐ Lactobacillus sp
- ☐ Cocos
- ☐ 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*

CPF

Item - 042.843

SAMU 192

CHECK-LIST da USB___ / beta___

Data:_____/_____/_____ Horário:_____às_____hs

42843

Maleta de Medicamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
AAS 100	Comp.	20		
Agua Destilada	Frasco	5		
Atrovent	Frasco	1		
Berotec	Frasco	1		
Captopril 25mg	Comp.	20		
Isordil	Comp.	20		
Glicose 50%	Frasco	10		
RESERVA NO ARMARIO				
Soro Fisiologico 0,9%	Frasco	4		
Soro Glicosado 5%	Frasco	4		
Soro Ringer Lactato	Frasco	4		
Equipamentos		**Qdade**	**Usad.**	**Rep.**
DEA		1		
Pás adulto		2		
Pás infantil		1		

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
Maca com Rodas e Articulada	Unidade	1		
Cadeira de Rodas Dobravel	Unidade	1		
Rede portatil de oxigênio	Unidade	1		
Oculos	Unidade	2		
Talas moldáveis	Unidade	8		
Mascaras descartáveis	Unidade	10		
Filme metalico adulto pediatrico	Unidade	2		
Almotolias com anti-septico	Unidade	3		
Conjunto de colares cervical	Unidade	6		
Prancha longa adulta	Unidade	1		
Cobertor	Unidade	1		
Bachal adulto completo	Unidade	1		
MOCHILA AMARELA IMOBILIZAÇÃO				
Ataduras-crepon	20,15,12cm	8 de cada		
Gazes	Unidade	10		
Fita crepe	Unidade	1		
Compressa	Unidade	5		
Tesoura	Unidade	1		
Lençol	Unidade	1		
MOCHILA VERMELHA A.VENOSO				
Equipo macrogotas	Unidade	5		
Soro fisiologico	Unidade	2		
Ringer, glicose 5%	Unidade	1 de cada		
Gelco, 14,16,18,20,22,24	Unidade	4		
Scalp, 21, 23, 25	Unidade	2		
Tree way	Unidade	4		
Esparadrapo/micropore	Unidade	1 de cada		
Seringa, 1, 3, 5, 10, 20ml	Unidade	4 de cada		
Algodão	Unidade	10 bolas		
MOCHILA VERDE VIA AEREA				
Sonda nasograstrica 18 20 22	Unidade	3 de cada		
Kit de nebulização completo	Unidade	2		
Latéx	Unidade	2		
Mascara não reinalente c/reserv.	Unidade	2		
Cateter Tipo oculos	Unidade	4		
Ambú adulto e infantil	Unidade	1		
Espatulas de madeira	Unidade	5		
Sonda de apspiraçao adulto/infantil	Unidade	4 de cada		
kit parto normal completo	Unidade	1		
Kit/ Maleta verde PCR completo	Unidade	1		
Mochila Azul - Avaliação/SSVV				
Esteto/esfigmo. adulto/infantil	Unidade	1de cada		
Termometro/oximetro/glicosimetro	Unidade	1 de cada		
Lanterna				
Aparador de pêlos	Unidade			

Téc. Enf. q/ está passando plantão
(Assinatura e Carimbo)

Téc.Enf. q/ está recebendo plantão
(Assinatura e Carimbo)

SAMU 192

CHECK-LIST da USB___ / beta___

30 blocos c/100 folhas cada

Data:_____/_____/_____ Horário:_____às_____hs

Maleta de Medicamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
AAS 100	Comp.	20		
Agua Destilada	Frasco	5		
Atrovent	Frasco	1		
Berotec	Frasco	1		
Captopril 25mg	Comp.	20		
Isordil	Comp.	20		
Glicose 50%	Frasco	10		
RESERVA NO ARMARIO				
Soro Fisiologico 0,9%	Frasco	4		
Soro Glicosado 5%	Frasco	4		
Soro Ringer Lactato	Frasco	4		
Equipamentos		Qdade	Usad.	Rep.
DEA		1		
Pás adulto		2		
Pás infantil		1		

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
Maca com Rodas e Articulada	Unidade	1		
Cadeira de Rodas Dobravel	Unidade	1		
Rede portatil de oxigênio	Unidade	1		
Oculos	Unidade	2		
Talas moldáveis	Unidade	8		
Mascaras descartáveis	Unidade	10		
Filme metalico adulto pediatrico	Unidade	2		
Almotolias com anti-septico	Unidade	3		
Conjunto de colares cervical	Unidade	6		
Prancha longa adulta	Unidade	1		
Cobertor	Unidade	1		
Bachal adulto completo	Unidade	1		
MOCHILA AMARELA IMOBILIZAÇÃO				
Ataduras-crepon	20,15,12cm	8 de cada		
Gazes	Unidade	10		
Fita crepe	Unidade	1		
Compressa	Unidade	5		
Tesoura	Unidade	1		
Lençol	Unidade	1		
MOCHILA VERMELHA A.VENOSO				
Equipo macrogotas	Unidade	5		
Soro fisiologico	Unidade	2		
Ringer, glicose 5%	Unidade	1 de cada		
Gelco, 14,16,18,20,22,24	Unidade	4		
Scalp, 21, 23, 25	Unidade	2		
Tree way	Unidade	4		
Esparadrapo/micropore	Unidade	1 de cada		
Seringa, 1, 3, 5, 10, 20ml	Unidade	4 de cada		
Algodão	Unidade	10 bolas		
MOCHILA VERDE VIA AEREA				
Sonda nasograstrica 18 20 22	Unidade	3 de cada		
Kit de nebulização completo	Unidade	2		
Latéx	Unidade	2		
Mascara não reinalente c/reserv.	Unidade	2		
Cateter Tipo oculos	Unidade	4		
Ambú adulto e infantil	Unidade	1		
Espatulas de madeira	Unidade	5		
Sonda de apspiraçao adulto/infantil	Unidade	4 de cada		
kit parto normal completo	Unidade	1		
Kit/ Maleta verde PCR completo	Unidade	1		
Mochila Azul - Avaliação/SSVV				
Esteto/esfigmo. adulto/infantil	Unidade	1de cada		
Termometro/oximetro/glicosimetro	Unidade	1 de cada		
Lanterna				
Aparador de pêlos	Unidade			

Téc. Enf. q/ está passando plantão
(Assinatura e Carimbo)

Téc.Enf. q/ está recebendo plantão
(Assinatura e Carimbo)

Item_38.581

CHEK-LIST

30 blocos c/100 folhas cada de 3

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - SAMU 192

CONFERÊNCIA DOS VEÍCULOS PARA TROCA DE PLANTÕES

CONDUTOR:_____ VEÍCULO_____ KM_____
DATA_____/_____/_____. HORÁRIO:_____

	P	PERFEITO ESTADO
	D	DANIFICADO
	I	INEXISTENTE

PARTE ELÉTRICA		
FAROIS		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
SETAS		
LUZ DE FREIO		
LUZ DE ÓLEO		
LUZ DE RÉ		
LUZES INTERNAS		
LUZES EXTERNAS		
GIRO-FLEX		
RÁDIO		
MOTOR DO VIDRO		
PAINEL		

PARTE MECÂNICA		
DIREÇÃO		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
CÂMBIO DE MARCHAS		
FREIO DE MÃO		
EMBREAGEM		
ACELERADOR		
MOTOR		

PARTE DE LATARIA		
PINTURA		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
RETROVISOR		
VIDROS		
LANTERNAS		
ADESIVOS		

PNEUS		
ÓTIMO		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
BOM		
REGULAR		
RUIM		
INTRANSITÁVEL		

CONDUTOR ÚLTIMO PLANTÃO	CONDUTOR PRÓXIMO PLANTÃO

GRÁFICA PINHEIRENSE (38)3561-1567

CHEK-LIST

30 blocos c/100 folhas cada

3

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - SAMU 192

CONFERÊNCIA DOS VEÍCULOS PARA TROCA DE PLANTÕES

CONDUTOR:_____ VEÍCULO_____ KM_____

DATA_____/_____/_____. HORÁRIO:_____

	P	PERFEITO ESTADO
	D	DANIFICADO
	I	INEXISTENTE

PARTE ELÉTRICA		
FAROIS		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
SETAS		
LUZ DE FREIO		
LUZ DE ÓLEO		
LUZ DE RÉ		
LUZES INTERNAS		
LUZES EXTERNAS		
GIRO-FLEX		
RÁDIO		
MOTOR DO VIDRO		
PAINEL		

PARTE MECÂNICA		
DIREÇÃO		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
CÂMBIO DE MARCHAS		
FREIO DE MÃO		
EMBREAGEM		
ACELERADOR		
MOTOR		

PARTE DE LATARIA		
PINTURA		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
RETROVISOR		
VIDROS		
LANTERNAS		
ADESIVOS		

PNEUS		
ÓTIMO		OBS.: CASO TENHA ALGUM ÍTEM COM DEFEITO, ESPECIFICAR
BOM		
REGULAR		
RUIM		
INTRANSITÁVEL		

CONDUTOR ÚLTIMO PLANTÃO	CONDUTOR PRÓXIMO PLANTÃO

GRÁFICA PINHEIRENSE (38)3561-156

Item – 42.842.

SAMU 192

CHECK-LIST da USA

Data:___/___/_____ Horário:____ às ____hs

Medicamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
AAS 100	Cp.	20		
Adrenalina	Amp.	20		
Agua Destilada	Fc	5		
Aminofilina	Amp.	3		
Amiodarona	Amp.	5		
Atropina 50mg	Amp.	20		
Atrovent	Fc	1		
Berotec	Fc	1		
Buscopan	Amp.	1		
Captopril 25mg	Cp.	20		
Diazepam	Amp.	10		
Isordil	Cp.	30		
Dipirona	Amp.	3		
Dolantina	Amp.	5		
Dopamina	Amp.	5		
Fentanil	Amp.	5		
Furosemida	Amp.	10		
Glicose 50%	Fc	5		
Hidantal	Amp.	3		
Hidrocort. 100 e 500mg	Fc	2		
Ketamin-S	Fc	2		
Lanatosideo C	Amp.	5		
Lidocaina sem vaso.	Amp.	1		
Lidocaina com vaso.	Amp.	1		
Metroclopramida	Amp.	5		
Midazolan	Amp.	5		
Quelicin	Fc	2		
Soro fisiológico 0,9%	Fc	5		
Soro glicosado 5%	Fc	5		
Soro Ringer Lactato	Fc	5		
Temergan	Amp.	5		
Haldol	Amp.	5		

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
Maca com Rodas Articulada	Unid.	1		
Cadeira de Rodas Dobrável	Unid.	1		
Rede portátil de oxigênio	Unid.	1		
Respirador mecânico comp.	Unid.	1		
Oximetro não-invasivo	Unid.	1		
Monitor Cardioversor	Unid.	1		
Maleta verde PCR ad.comp.	Unid.	1		
Cânulas para Traqueostomia	Unid.	1		
Conjunto de drenagem torax	Unid.	1		
Caixa completa de peq. Cirurg.	Unid.	1		
Maleta de parto completa	Unid.	1		
Sonda vesical	Unid.	2		
Kit vias aéreas - c/oxigênio port.	Unid.	1		
Espátulas de madeira	Unid.	5		
Eletrodos descartáveis	Unid.	30		
Oculos / Avental	Unid.	3		
Máscaras descartáveis	Unid.	10		
Filme metálico adulto/inf.	Unid.	2		
Almotolias com anti-séptico	Unid.	3		
Conjunto de colares cervical	Unid.	6		
Prancha longa adulta	Unid.	1		
Incubadora de transporte	Unid.	1		
Bachal adulto completo	Unid.	1		
Talas moldáveis	Unid.	8		
Lanterna	Unid.			
MOC. AMARELA IMOBILIZAÇÃO				
Ataduras-crepon	20,15,12cm	8 de cd.		
Gazes	Unid.	10		
Fita crepe	Unid.	1		
Compressa	Unid.	5		
Tesoura	Unid.	1		
Lençol	Unid.	1		

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
MOC. VERM.A.VENOSO				
Equipo macrogotas	Unid.	5		
Soro fisiologico	Unid.	2		
Ringer, glicose 5%	Unid.	1 de cd		
Gelco, 14,16,18,20,22,24	Unid.	4		
Scalp, 21, 23, 25	Unid.	2		
Tree way	Unid.	4		
Esparadrapo/micropore	Unid.	1 de cd		
Seringa, 1, 3, 5, 10, 20ml	Unid.	4 de cd		
Algodão	Unid.	10 bolas		
MOC. VERDE VIA AEREA + PCR INFANTIL				
Sonda nasogas 18 20 22	Unid.	3 de cd		
Kit de nebulização comp.	Unid.	2		
Latéx	Unid.	2		
Mascara c/reserv.	Unid.	2		
Cateter Tipo oculos	Unid.	4		
Ambú adulto e infantil	Unid.	1		
Espatulas de madeira	Unid.	5		
Sonda de asp. adulto/inf.	Unid.	4 de cd		
Kit PCR infantil	Unid.	1		
Mochila Azul - Avaliação/SSVV				
Esteto/esfigmo. Ad./inf	Unid.	1de cd		
Term./oximetro/glicosimetro	Unid.	1de cd		

Relatório de Enfermagem:

Enf. q/ está passando plantão Carimbo

Enf. q/ está recebendo plantão Carimbo

SAMU 192

CHECK-LIST da USA

Data:___/___/_____ Horário:____ às ____hs

Medicamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
AAS 100	Cp.	20		-
Adrenalina	Amp.	20		
Agua Destilada	Fc	5		
Aminofilina	Amp.	3		
Amiodarona	Amp.	5		
Atropina 50mg	Amp.	20		
Atrovent	Fc	1		
Berotec	Fc	1		
Buscopan	Amp.	1		
Captopril 25mg	Cp.	20		
Diazepam	Amp.	10		
Isordil	Cp.	30		
Dipirona	Amp.	3		
Dolantina	Amp.	5		
Dopamina	Amp.	5		
Fentanil	Amp.	5		
Furosemida	Amp.	10		
Glicose 50%	Fc	5		
Hidantal	Amp.	3		
Hidrocort. 100 e 500mg	Fc	2		
Ketamin-S	Fc	2		
Lanatosideo C	Amp.	5		
Lidocaina sem vaso.	Amp.	1		
Lidocaina com vaso.	Amp.	1		
Metroclopramida	Amp.	5		
Midazolan	Amp.	5		
Quelicin	Fc	2		
Soro fisiológico 0,9%	Fc	5		
Soro glicosado 5%	Fc	5		
Soro Ringer Lactato	Fc	5		
Fernergan	Amp.	5		
Haldol	Amp.	5		

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
Maca com Rodas Articulada	Unid.	1		
Cadeira de Rodas Dobrável	Unid.	1		
Rede portátil de oxigênio	Unid.	1		
Respirador mecânico comp.	Unid.	1		
Oxímetro não-invasivo	Unid.	1		
Monitor Cardioversor	Unid.	1		
Maleta verde PCR ad.comp.	Unid.	1		
Cânulas para Traqueostomia	Unid.	1		
Conjunto de drenagem torax	Unid.	1		
Caixa completa de peq. Cirurg.	Unid.	1		
Maleta de parto completa	Unid.	1		
Sonda vesical	Unid.	2		
Kit vias aéreas - c/oxigênio port.	Unid.	1		
Espátulas de madeira	Unid.	5		
Eletrodos descartáveis	Unid.	30		
Oculos / Avental	Unid.	3		
Máscaras descartáveis	Unid.	10		
Filme metálico adulto/inf.	Unid.	2		
Almotolias com anti-séptico	Unid.	3		
Conjunto de colares cervical	Unid.	6		
Prancha longa adulta	Unid.	1		
Incubadora de transporte	Unid.	1		
Bachal adulto completo	Unid.	1		
Talas moldáveis	Unid.	8		
Lanterna	Unid.			
MOC. AMARELA IMOBILIZAÇÃO				
Ataduras-crepon	20,15,12cm	8 de cd.		
Gazes	Unid.	10		
Fita crepe	Unid.	1		
Compressa	Unid.	5		
Tesoura	Unid.	1		
Lençol	Unid.	1		

Equipamentos	Apres.	Qdade	Usad.	Rep.
MOC. VERM.A.VENOSO				
Equipo macrogotas	Unid.	5		
Soro fisiologico	Unid.	2		
Ringer, glicose 5%	Unid.	1 de cd		
Gelco, 14,16,18,20,22,24	Unid.	4		
Scalp, 21, 23, 25	Unid.	2		
Tree way	Unid.	4		
Esparadrapo/micropore	Unid.	1 de cd		
Seringa, 1, 3, 5, 10, 20ml	Unid.	4 de cd		
Algodão	Unid.	10 bolas		
MOC. VERDE VIA AEREA + PCR INFANTIL				
Sonda nasogas 18 20 22	Unid.	3 de cd		
Kit de nebulização comp.	Unid.	2		
Latéx	Unid.	2		
Mascara c/reserv.	Unid.	2		
Cateter Tipo oculos	Unid.	4		
Ambú adulto e infantil	Unid.	1		
Espatulas de madeira	Unid.	5		
Sonda de asp. adulto/inf.	Unid.	4 de cd		
Kit PCR infantil	Unid.	1		
Mochila Azul - Avaliação/SSVV				
Esteto/esfigmo. Ad./inf	Unid.	1de cd		
Term./oximetro/glicosimetro	Unid.	1de cd		

Relatório de Enfermagem:

Enf. q/ está passando plantão Carimbo

Enf. q/ está recebendo plantão Carimbo