



Prefeitura de **Cariré**
Sempre Juntos



1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ** Território da ESF: _____

Nome: _____ Prontuário Nº _____

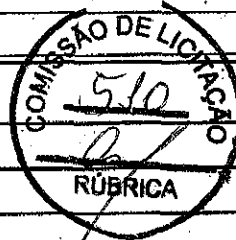
Sexo: M F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: _____



Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ** Território da ESF: _____

Nome: _____ Prontuário Nº _____

Sexo: M F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

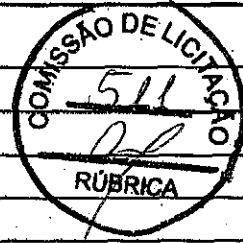
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta





Prefeitura de
Cariré
Sempre Juntos



SUS
Sistema
Único
de Saúde
Cariré

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CARIRÉ** Território da ESF: _____

Nome: _____ Prontuário Nº _____

Sexo: M F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____



Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

TERMO DE VISTORIA

Estabelecimento	FIRMA		
	DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
	ENDEREÇO		MUNICÍPIO
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
	RAMO DE NEGÓCIO	INSCRIÇÃO DO CGC - MF	ASS. SANITÁRIO N°



Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____, do ano de 20____, às _____ horas, no exercício de FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE, vistorei(amos) a firma acima citada, para fins de _____, conforme requerimento registrado sob nº _____ e constatei(amos) que:

CIÊNCIA	Recebi a 2° Via em / /	de de
	INTERESSADO	INSPETOR
		INCOETAB



TERMO DE VISTORIA



Estabelecimento	FIRMA		
	DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
	ENDEREÇO		MUNICÍPIO
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL		
	RAMO DE NEGÓCIO	INSCRIÇÃO DO CGC - MF	ASS. SANITÁRIO Nº

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____, do ano de 20____, às _____ horas, no exercício de FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE, vistorei(amos) a firma acima citada, para fins de _____, conforme requerimento registrado sob nº _____ e constatei(amos) que:

C I Ê N C I A	Recebi a 2º Via em / / de de
	_____ INTERESSADO _____ INSPETOR _____



TERMO DE VISTORIA



Estabelecimento	FIRMA				MUNICÍPIO
	DENOMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
	ENDEREÇO				
	PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL				
	RAMO DE NEGÓCIO		INSCRIÇÃO DO CGC - MF		ASS. SANITÁRIO Nº

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____, do ano de 20____, às _____ horas, no exercício de FISCALIZAÇÃO DE SAÚDE, vistiquei(amos) a firma acima citada, para fins de _____, conforme requerimento registrado sob nº _____ e constatee(amos) que:

CIÊNCIA	Recebi a 2º Via em / / de	de
	_____ INTERESSADO _____	INSPETOR _____

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:
-----------	----------	---------	------	-----------	--------------

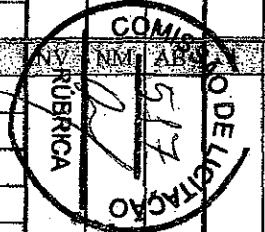
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina			Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco			Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério											
			1	2	3	R	Mês de gestação									Mês de gestação																									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NV	NM	AB	1	2																
Nome: Endereço: OBS:																																									
																							6 ou mais gestações																		
																							Natimorto/Aborto																		
																							36 anos e mais																		
																							Menos de 20 anos																		
																							Sangramento																		
																							Edema																		
																						Diabetes																			
																						Pressão Alta																			
Nome: Endereço: OBS:																																									
																							6 ou mais gestações																		
																							Natimorto/Aborto																		
																							36 anos e mais																		
																							Menos de 20 anos																		
																							Sangramento																		
																							Edema																		
																						Diabetes																			
																						Pressão Alta																			
Nome: Endereço: OBS:																																									
																							6 ou mais gestações																		
																							Natimorto/Aborto																		
																							36 anos e mais																		
																							Menos de 20 anos																		
																							Sangramento																		
																							Edema																		
																						Diabetes																			
																						Pressão Alta																			



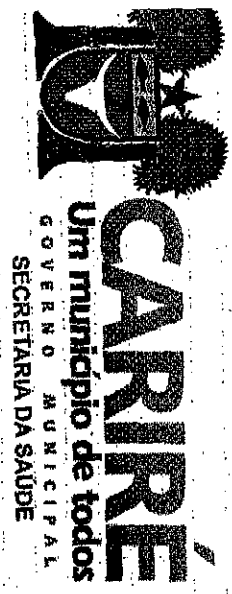
CS

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério					
			1	2	3	R	Mês de gestação									Mês de gestação										NV	NM	AB	1	2				
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
Nome:																													6 ou mais gestações					
Endereço:																													Natimorto/Aborto					
																													36 anos e mais					
																													Menos de 20 anos					
																													Sangramento					
																													Edema					
																													Diabetes					
																													Pressão Alta					
Nome:																													6 ou mais gestações					
Endereço:																													Natimorto/Aborto					
																													36 anos e mais					
																													Menos de 20 anos					
																													Sangramento					
																													Edema					
																													Diabetes					
																													Pressão Alta					
Nome:																													6 ou mais gestações					
Endereço:																													Natimorto/Aborto					
																													36 anos e mais					
																													Menos de 20 anos					
																													Sangramento					
																													Edema					
																													Diabetes					
																													Pressão Alta					



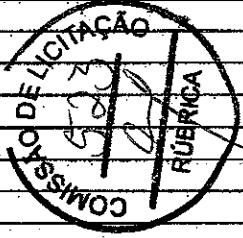
CS

CSF:
OD:
ACD:
THD:



IDADE	
03.01.01.015-3	CONSULTA ODONTOLÓGICA (1ª CONS.)
03.01.06.003-7	ATEND. DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR
03.07.03.001-8	RASP. E ALIS. POLIM. SUPRAGENGIVAL
03.07.03.002-4	RASP. E ALIS. SUB GENGIVAL
04.14.02.040-5	ULOTOMIA/ ULECTOMIA
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA POR SEXTANTE
04.14.02.016-2	GENGIVOPLÁSTIA POR SEXTANTE
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ S/ PREP. BIO-MECANIC
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERM. ANTERIOR
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERM. POSTERIOR
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENT.
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
04.14.02.028-8	REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL
04.14.02.035-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04.14.02.035-9	TRA. CIRURG. DE HEMORRAG. BUCO-DENTAL
03.07.04.001-1	INSTALAÇÃO DE PLACA DE MÓRDIDA
03.07.04.003-8	INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENT.
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓT. DENT.
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERIAPICAL / INTERPROXIMAL (BIT-WING)
TRATAMENTO CONCLUÍDO	

[Handwritten mark]



ORSEMPAÇOS

20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ACS

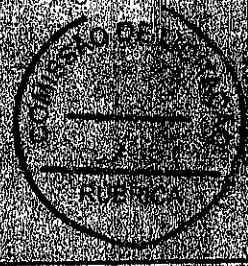
N.º PRONTUÁRIO

ENDEREÇO BAIRRO

ASSINATURA

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y PESQUERIA
 SISTEMA DE INFORMACION AGROPECUARIA

FOLIA: 1
 H. A. A.:
 MUNICIPIO: SEQUEN
 AREA: 1
 MUNICIPIO: SEQUEN
 COMEDOR: AGS



Nombre	Identificación	Especie	Evolución						Observaciones	
			Jan	Fev	Mar	Abr	May	Jun		
Nombre		Nombre de la especie								
Indicador		Indicador								
Nombre		Nombre de la especie								
Indicador		Indicador								

FICHA
B - HA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

ANO: [] [] [] [] [] []

MUNICIPIO

SEGMENTO

UNIBABE

ÁREA

MICROÁREA

NOME DO ACS:

ACOMPAANHAMENTO DE HIPERTENSO

Identificação	Sexo	Idade	Enquanto vive não	Meses												Observações				
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez					
Nome:																				
Endereço:																				
Nome:																				
Endereço:																				



RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº de Imóveis Trabalhados Por Tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total

Nº de Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perf.	Inspecionados	Recuperados
	X		

Número Tubito / Amostras Coletadas

Pendências	
Fechado	Recusa

Nº de Depósitos Inspeccionados por Tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL

TB-Terreno Baldio

PE-Ponto Estratégico

Nº de Depósitos							
Eliminados	Tratados						
	LARVICIDA(COLHER)				Larvicida (Z)		
	Tipo	ladol. Menor	ladol. Maior	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.
					X	X	X

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Gramas)
X	X

Nº e Sequência dos Quarteirões Trabalhados							

Nº e Sequência dos Quarteirões Concluídos							

A1 - Caixa d'agua A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (Recipiente plástico, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais.

RESUMO DO LABORATORIO

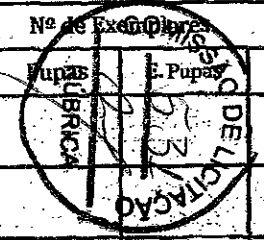
Nº e Sequência dos Quarteirões com Aedes aegypti							

Nº e Sequência dos Quarteirões com Aedes albopictus							

Nº de 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						

Nº de Exemplos			
Larvas	Pupas	E. Pupas	Adultos



TB-Terreno Baldio

PE-Ponto Estratégico

--	--	--	--	--

1 Nº da Solicitação: _____ 2 Nº da Vigilância: _____ 3 Nº do Processo: _____

4 Nome do Solicitante: _____ 5 Código do CNES: ** _____

6 Município do Solicitante: _____ 7 Código IBGE: * _____ 8 UF: _____

9 DDD / Telefone: _____ 10 E-mail: _____

11 Natureza: 1 - Judicial 2 - Particular 3 - Projeto 4 - Pública
12 Origem: _____

13 Finalidade: * 1 - Contrato 2 - Convênio 3 - Estudo/Pesquisa 4 - Investigação 5 - Monitoramento 6 - Particular 7 - Vigilância Mensal 8 - Vigilância Semestral
14 Motivo da Coleta: * 1 - Inadequabilidade 2 - Classificação/Enquadramento 3 - Denúncia 4 - Desastre 5 - Potabilidade 6 - Surto

15 Descrição: _____ 16 Município da Coleta: _____ 17 Código IBGE: * _____ 18 UF: _____ 19 RA: _____

20 Forma: SAA SAC SAI
21 Nome do Sistema de Abastecimento: _____ 22 Código SISAGUA: _____

23 Procedência da Coleta: *
1 - Água de Chuva 2 - Água Subterrânea 3 - Água Superficial 4 - Estabelecimento de Ensino 5 - Estabelecimento de Saúde 6 - Estação Trat. de Água 7 - Estação Trat. de Esgoto
8 - Local de Hospedagem 9 - Mar 10 - Sistema de Distribuição 11 - Veículo Transportador 12 - Áreas de Grande Circulação 13 - Ponto de Captação 14 - Intra-Domiliar/Intra-Predial 15 - Solução Alternativa
16 Ponto de Coleta: *
1 - Cisterna 2 - Reservatório 3 - Poço Tubular / Profundo 4 - Poço Raso / Cascalho 5 - Fonte / Nascente / Mina 6 - Chafariz 7 - Açude / Barragem / Represa 8 - Poço 9 - Ponto de Captação 10 - Estuário 11 - Lago / Lagoa 12 - Mar 13 - Látrea 14 - Fossa 15 - Tomina antes da Reservação 16 - Tomina em Reservação 17 - Bobodouro 18 - Torneira após Reservação 19 - Pós-desinfecção 20 - Reservatório Int. da Estação 21 - Saída de Tratamento 22 - Praia 23 - Cavalete / Hidrômetro 24 - Tomina sem Reservação 25 - Caminhão 26 - Veículo de Tração Animal 27 - Barco 28 - Antes do Tratamento 29 - Mar Aberto 30 - Pós-Filtração/Pré-Desinfec. 31 - Saída de Tratamento/ Pós-Desinfec. 32 - Veículo Transportador 33 - Reservatório de Distribuição 34 - Reservatório de Água 35 - Água Superficial ou Subterrânea 36 - Ponto de Captação 37 - Ponto de Captação

24 Área: _____ 25 Local: _____ 26 ETA ou LTA: _____

27 Nome do Local: * _____ 28 Endereço do Local: * _____

29 Outras Informações do Ponto: _____

30 Latitude (*): _____ 31 Longitude (*): _____ 32 Área de Coleta: 1 - Urbana 2 - Rural
33 Referência do Local: _____

34 Responsável pela Coleta: _____ 35 Documento: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNB 5 - CNAC 6 - PRONT 7 - INEPEN 8 - MAT
36 DDD / Telefone: _____

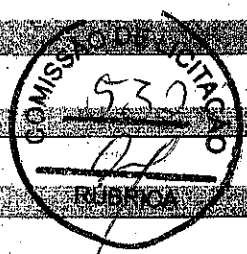
37 Tipo da Amostra: * 4 - Água Tratada 2 - Água não Tratada 3 - Água de Lastro 4 - Água Reagente 5 - Esgoto Tratado 6 - Esgoto não Tratado
38 Data da Coleta: * _____ 39 Hora da Coleta: * _____ 40 Apresentação: * 1 - Swab/Mecha 2 - Amostra Líquida
41 Acondicionamento: * 1 - Congelado 3 - Conservado 5 - Gelo Seco 2 - Refrigerado 4 - Temperatura Ambiente 6 - Gelo Reciclado
42 Tipo de Conservante: * _____ 43 Chuvas 48h: * 1 - Não 2 - Sim

44 Cloro (mg/L): _____ 45 Fitor (mg/L): _____ 46 Temperatura (°C): _____ 47 pH: 7,2
48 Turbidez (UT): _____

49 Outros Parâmetros: _____

50 Tipo de Análise: * (Marcar com um X pelo menos um tipo de análise)
 Biológica Físico-Química Microbiológica Microscópica Organoléptica Radioativa Toxicológica

51 Observações: _____



Handwritten signature

* Campo de preenchimento obrigatório

1 Nº da Solicitação: 2 Nº da Vigilância: 3 Nº do Processo:

4 Nome do Solicitante: 5 Código do CNES: *

6 Município do Solicitante: 7 Código IBGE: * 8 UF:

9 DDD / Telefone: 10 E-mail:

11 Natureza: 1 - Jurídica 2 - Particular 3 - Projeto 4 - Pública
12 Origem:

13 Finalidade: * 1 - Contrato 2 - Convênio 3 - Estudo/Pesquisa 4 - Investigação 5 - Monitoramento 6 - Particular 7 - Vigiaqua Mensal 8 - Vigiaqua Semestral
14 Motivo da Coleta: * 1 - Balneabilidade 2 - Classificação/Enquadramento 3 - Denúncia 4 - Desastre 5 - Potabilidade 6 - Surto

15 Descrição: 16 Município da Coleta: 17 Código IBGE: * 18 UF: 19 RA:

20 Forma: SAA SAC SAI 21 Nome do Sistema de Abastecimento: 22 Código SISAGUA:

23 Procedência da Coleta: *
1 - Água de Chuva 2 - Água Subterrâneas 3 - Água Superficial 4 - Estabelecimento de Ensino 5 - Estabelecimento de Saúde 6 - Estação Trat. de Água 7 - Estação Trat. de Esgoto
8 - Local de Hospedagem 9 - Litoral 10 - Sistema de Distribuição 11 - Veículo Transportador 12 - Áreas de Grande Circulação 13 - Ponto de Captação 14 - Intra-Domiciliar/Intra-Predial 15 - Solução Alternativa
24 Ponto de Coleta: *
1 - Sistema 2 - Reservatório 3 - Poço Tubular / Profundo 4 - Poço Raso / Cachimbo
5 - Fonte / Nascente / Mina 6 - Chafariz 7 - Açude / Barragem / Represa 8 - Poço
9 - Ponto de Captação 10 - Estuário 11 - Lago / Lagoa 12 - Mar
13 - Latrina 14 - Fossa 15 - Torneira antes da Reservação 16 - Rio / Riacho / Córrego
17 - Bebedouro 18 - Torneira após Reservação 19 - Pós-desinfecção 20 - Reservatório Int. da Estação
21 - Saída de Tratamento 22 - Prele 23 - Cavalete / Hidrômetro 24 - Torneira sem Reservação
25 - Caminhão 26 - Veículo de Tração Animal 27 - Barco 28 - Antes do Tratamento
29 - Mar Aberto 30 - Pós-Filtração/Pré-Desinfec. 31 - Saída de Tratamento/ Pós-Desinfec. 32 - Veículo Transportador
33 - Reservatório da Distribuição 34 - Reservatório de Água 35 - Água Superficial ou Subterrâneas 36 - Ponto de Captação
37 Ponto de Captação:

26 Área: 27 Local: 28 ETA ou UTA:

29 Nome do Local: * 30 Endereço do Local: *

31 Outras Informações do Ponto:

32 Latitude(°): 33 Longitude(°): 34 Área da Coleta: 1 - Urbana 2 - Rural 35 Referência do Local:

36 Responsável pela Coleta: 37 Documento: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNE 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOEN 8 - MAT Número: 38 DDD / Telefone:

39 Tipo da Amostra: * 40 Data da Coleta: * 41 Hora da Coleta: * 42 Apresentação: * 1 - Swab/Mecha 2 - Amostra Líquida 43 Volume (mL): *
4 - Água Tratada 2 - Água não Tratada 3 - Água de Lastro 4 - Água Reagente 5 - Esgoto Tratado 6 - Esgoto não Tratado
44 Acondicionamento: * 1 - Congelado 2 - Refrigerado 3 - Conservado 4 - Temperatura Ambiente 5 - Gelo Seco 6 - Gelo Reciclado 45 Tipo de Conservante: * 46 Chuvas 48h: * 1 - Não 2 - Sim

47 Cloro (mg/L): 48 Flúor (mg/L): 49 Temperatura (°C): 50 pH: 51 Turbidez (UT):

52 Outros Parâmetros:

53 Tipo de Análise: * (Marcar com um X pelo menos um tipo de análise)
54 Biológica 55 Físico-Química 56 Microbiológica 57 Microscópica 58 Organoléptica 59 Radioativa 60 Toxicológica

61 Observações:



Handwritten mark on the right side of the form.

*Campo de preenchimento obrigatório



Prefeitura Municipal de Cariré
 Mapa de Atividades Diárias
 ENDEMIAS

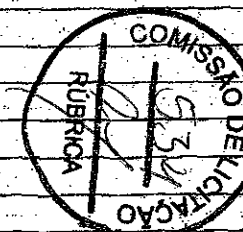


Agente de Endemias: _____

Área: _____

Território ESF: _____

Nº	Quart	Casa	Nome do Morador	Imóvel Com Foco?	Data da Visita	Assinatura do Morador
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						



Agente de Endemias: _____

Supervisor: _____



Prefeitura Municipal de Cariré
**Mapa de Atividades Diárias
 ENDEMIAS**

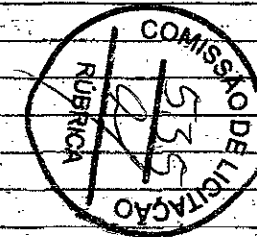


Agente de Endemias: _____

Área: _____

Território ESF: _____

Nº	Quart	Casa	Nome do Morador	Imóvel Com Foco?	Data da Visita	Assinatura do Morador
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						



Agente de Endemias: _____

Supervisor: _____





COF


PREFEITURA DE CARIRÉ
 SECRETARIA DE SAÚDE
FORMULÁRIO DIÁRIO DE ATIVIDADE - FPCDCH - 01

1 - Localização da Unidade Domiciliar		Qt.	SEMANA:
Código do Município 2303105	Município Cariré	Data Atividade / /	Atividade <input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Atendimento ao PIT
Código da Localidade	Nome da Localidade	Categoria	
Nº Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa <input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada	Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
Tipo de Imóvel <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outros		Nº Habit.	Nº Anexos
Nome do Morador			
Tipo de Parede <input type="checkbox"/> 1-Alvenaria c/ Reboco <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria s/ Reboco <input type="checkbox"/> 3-Barro c/ Reboco <input type="checkbox"/> 4-Barro s/ Reboco <input type="checkbox"/> 5-Metálico <input type="checkbox"/> 6-Outros			
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros		Situação da Casa <input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2-Demolida	
2 - Dados da Pesquisa e Borrifação			
Intradomicílio		Peridomicílio	
Captura	Presença de Vestígio	Utilizando	Captura
<input type="checkbox"/> 1 - Triatômico <input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos	<input type="checkbox"/> 3 - Ovos <input type="checkbox"/> 4 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Triatômico <input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida
Nº de Cargas		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif.	Mat. do Ag. Endemias	Assinatura de Agente de Endemias
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe		ETIQUETA
Nº de Cães		Nº de Macacos	
Nº de Gatos		Nº de Raposas	Nº de Redores
FPCDCH-01 24/04/07		Outros	



 PREFEITURA DE CARIRÉ SECRETARIA DE SAÚDE		 SUS CARIRÉ	
FORMULÁRIO DIÁRIO DE ATIVIDADE - FPCDCH - 01			
1 - Localização da Unidade Domiciliar		Qt.	SEMANA
Código do Município	Município	Data Atividade	Atividade
2303105	Cariré	/ /	<input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Atendimento ao PIT
Código da Localidade	Nome da Localidade	Categoria	
Nº Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa	Pendência da Borrifação
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada	<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
Tipo de Imóvel		Nº Habit.	Nº Anexos
<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outros			
Nome do Morador			
Tipo de Parede			
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria c/ Reboco <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria s/ Reboco <input type="checkbox"/> 3-Berço c/ Reboco <input type="checkbox"/> 4-Berço s/ Reboco <input type="checkbox"/> 5-Metálico <input type="checkbox"/> 6-Outros			
Tipo de Teto		Situação da Casa	
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros		<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2-Demolida	
2 - Dados da Pesquisa e Borrifação			
Intradomicílio		Peridomicílio	
Captura	Presença de Vestígio	Utilizando	Captura
<input type="checkbox"/> 1 - Trítomíneo <input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos	<input type="checkbox"/> 3 - Ovos <input type="checkbox"/> 4 - Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> Instrumento de Detecção	<input type="checkbox"/> 1 - Trítomíneo <input type="checkbox"/> 2 - Outros insetos
			<input type="checkbox"/> 3 - Ovos <input type="checkbox"/> 4 - Outros Vestígios
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de inseticida
Nº do PIT	Nº Notif.	Mat. do Ag. Endemias	Assinatura de Agente de Endemias
Data do Visto	Visto do Chefe da Equipe		ETIQUETA
/ /			
Nº de Cães	Nº de Macacos	Nº de Guaxinins	
Nº de Gatos	Nº de Raposas	Nº de Roedores	
FPCDCH-01 24/04/07		Outros	

CR

ATESTADO MÉDICO



Atesto que _____

necessita de _____

dias de licença para tratamento de saúde.

C.I.D. _____

Data ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Data: ____/____/____

Hipótese / Diagnóstico: _____ Idade: _____



BIOQUÍMICA

- Ácido Úrico
- Bilirrubina Total Frações
- Colesterol Total
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol VLDL
- Creatinina
- Glicemia Em Jejum
- Glicemia Pós-prandial
- Lipídios Totais
- Mucoproteínas
- Transaminase Oxalacética - TGO
- Transaminase Lurúvica - TGP
- Uréla

- Albumina
- Fosfatase Alcalina
- Fosfatase Ácido Total
- Fosfatase Ácido Prostática
- Magnésio
- Cálcio
- Ferro Sérico
- Fósforo
- Proteínas Totais e Frações
- Amilase
- CK - NAC
- CK - MB
- GAMA_GT
- LDH

- Hemoglobina
- Coágulograma
- Contagem de Plaquetas
- Grupo Sanguíneo
- Fator RH
- VHS
- Tempo de Sanguíneo
- Tempo de Coagulação
- Combs Direto
- Combs Indireto

HEMATOLOGIA

- Hematologia Completo
- Eritrograma
- Leucograma
- Hematócrito

BACTERIOLOGIA

- Pesquisa de BAAR
- Pesquisa de Hansen (4 coletas)
- Bacterioscopia do Sed. Urinária
- Bacterioscopia Secreção Uretral
- Bacterioscopia Secreção Vaginal
- Exame Direto do Exudato Vaginal
- Exame Direto do Exudato Uretral

PARASITOLOGIA

- Parasitológico de Fezes (simples)
- Direto e esriquecido
- Parasitológico de Fezes (seriado c/ líquido conservado)
- Pesquisa de leucócitos
- Pesquisa de Plasmodium
- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
- Substâncias Redutora

URINA

- Sumário de Urina
- Glicose (benedict)
- Pesquisa de Proteínas
- Outros

IMUNOLOGIA

- Reação de Widal (febre tifóide)
- Anti-estreptolisina 'O' - ASO
- Proteína C Reativa - PCR
- Fator Reumatóide Reação de Montenegro
- Teste Imunológico p/ Gravidez
- VDRL Reação de Machado Guerreiro
- PPD Reação Waaler Rose
- Outros: _____
- Beta HCG TIC

Assinatura do Profissional

RECEITUÁRIO

Nome: _____



Território da Estratégica Saúde da Família: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____
End. Completo: _____

Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

Carimbo e assinatura do médico



Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
Data: ____/____/____



CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA DE CARIRÉ



Ficha de Marcação de Consultas - F.M.C. Procedimento Pelo Profissional Solicitante

Consulta de Retorno? () Sim, Após ____ Dias () Não

Especialidade e/ou Exame

Nome do Cliente

Nome da Mãe

Nome da Pai

Endereço

ACS

Motivo do Encaminhamento

Carimbo da US de Origem

Nº do Prontuário

Idade

A/M/D

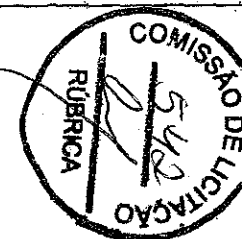
Sexo

Data do Nascimento

RG/CPF

Data da Emissão ____ / ____ / ____

Carimbo do Profissional



RESPONSÁVEL PELA MARCAÇÃO DA CONSULTA - VIA CENTRAL

CÓDIGO DA CONSULTA

NOME DO MÉDICO (Preenchimento pelo médico, quando for o caso de retorno)

UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO

ENDEREÇO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

VIDEOFONISTA

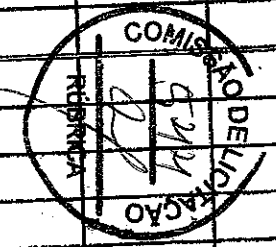
ASS. DO RESPONSÁVEL PELA MARCAÇÃO

ATENÇÃO, SR. USUÁRIO!!!

- Compareça à unidade de Saúde 30 Minutos antes da hora marcada.
- Entregue esta ficha na recepção do ambulatório no dia da sua consulta.
- Se por qualquer motivo, você não for consultado, retorne ao guichê da recepção do Ambulatório

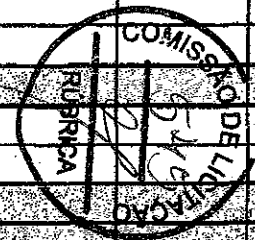


Relatório SSA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					MÊS: [] [] []	ANO: [] [] [] []				
MUNICÍPIO (nome):		MUNICÍPIO (código): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			SEGMENTO [] []	UNIDADE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			ÁREA [] [] [] []			
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE												
MICROÁREA →		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
C R I A N C I S	Nascidos vivos no mês											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
	Aleitamento misto											
	De 0 a 11 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	De 12 a 23 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	Menores de 2 anos											
	Que tiveram diarreia											
	Que tiveram diarreia e usaram TRO											
	Que tiveram infecção respiratória aguda											
	Cadastradas											
	Acompanhadas											
Com vacina em dia												
Fez consulta de pré-natal no mês												
Com pré-natal iniciado no 1º TRI												
< 20 anos cadastradas												



[Handwritten signature]

MICROÁREA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Diabéticos	cadastrados											
	acompanhados											
Hipertensos	cadastrados											
	acompanhados											
Pessoas com Tuberculose	cadastradas											
	acompanhadas											
Pessoas com Hanseníase	cadastradas											
	acompanhadas											
H	Menores de 5 anos por pneumonia											
O	Menores de 5 anos por desidratação											
S	Por abuso de álcool											
P	Por complicações do Diabetes											
I	Por outras causas											
T	Total											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	De menores de 28 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
	Por diarreia											
O	Por infecção respiratória											
B	Por outras causas											
I	De menores de 1 ano											
T	Por diarreia											
O	Por infecção respiratória											
S	Por outras causas											
	De mulheres de 10 a 49 anos											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
	Outros óbitos											
	Total de óbitos											
	De adolescentes (10-19 anos) por violência											
	Total de famílias acompanhadas											
	Visita domiciliar - ACS											



CSA