

Anexo III

**Modelo de referência para o
material gráfico - Itens 01 ao 15**

ITEM 01



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Saúde



Nome:

Frederico Westphalen, ____/____/____

"SALVE VIDAS, DOE SANGUE E ÓRGÃOS"

ITEM 02 (FRENTE)

Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal de Frederico Westphalen

Nome: _____ Telefone: _____

Estado Civil: _____ Idade: _____ Endereço: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

É alérgico a algum tipo de medicamento: _____

Tem algum tipo de doença: _____

Hipertensão(a): _____ Toma medicamento para pressão: _____

DOENÇAS TIPO

Asma: _____ D. Renais: _____ D. Coração: _____

Tumor: _____ Hepatite: _____ AIDS: _____

Outras: _____ Diabetes: _____ Anti Depressivos: _____

Febre Reumática: _____ Anemia: _____ Hemorragia: _____

OBS.: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, para execução de tratamento e os testes que podem a minha saúde. Decorrente da intervenção Clínica.

Handwritten signature and name in stylized characters.

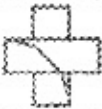
Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

(VERSO)

DATA	TRABALHO EXECUTADO	CLIENTE

Carimbo e Assinatura do Dentista

ITEM 04

 SIA/SUS - RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. NÚMERO DO ATENDIMENTO _____		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: _____ ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____ UF: _____ CEP: _____		3. CÓDIGO DE PROFISSIONAL ATIVO (Inclua 0)	4. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS CM - CBO	5. DATA DO ATENDIMENTO _____		11. DATA DE INSCRIÇÃO DO ATENDIMENTO DELEGADO DE PROFISSIONAL
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ RAÇA: _____ ENDEREÇO: _____ DATA: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____		6. TIPO (Inclua 0) _____	7. DATA DE INSCRIÇÃO _____	12. DATA DE INSCRIÇÃO DO ATENDIMENTO _____		13. ASSINATURA DO PACIENTE _____
8. DATA DO ATENDIMENTO _____	9. DATA DO ATENDIMENTO _____	10. DATA DO ATENDIMENTO _____	14. DATA DO ATENDIMENTO _____	15. DATA DO ATENDIMENTO _____		16. DATA DO ATENDIMENTO _____

ITEM 05

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ 87.612.917/0001-25

Rua 21 de Abril, s/n°
CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

ITEM 06



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN
Secretaria Municipal de Saúde,
Assistência Social e Meio Ambiente

Autorização

Autorizo ao _____ a
proceder _____
ao (Sr.) (Sra.) _____

Frederico Westphalen _____ / _____ / _____

Secretário(a) Municipal de Saúde
Assistência Social e Meio Ambiente

ITEM 07



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN - RIO GRANDE DO SUL
AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DESPESAS DE VIAGENS

R\$ _____

Autorizo a Secretaria Municipal da Fazenda a pagar ao Sr. _____

_____, a importância supra de
R\$ _____ (_____)

conforme notas fiscais
abaixo especificadas, referente despesas e viagens à cidade de _____


_____, nos dias _____ do mês de _____
de 20____, à serviços desta Prefeitura Municipal no _____

Notas nº	Valor
Total R\$	

Frederico Westphalen, _____ / _____ / 20____

Carimbo e Assinatura

ITEM 08 (FRENTE)

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
	Estabelecimento de Saúde		Nº CNES*	
	Equipe de Saúde		Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)	
	Microárea			
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração				
DADOS CADASTRAIS				
Cadastro de domicílio				
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*				
Bairro*	CEP	DDD	Telefone	
Cadastro do indivíduo				
NCNS (Nº Cartão Nacional da Saúde)**	CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**	NIS (Nº Identificação Social)**		
Nome completo (sem abreviaturas)*				Data de Nascimento*
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*			Nome completo do pai	
Sexo*	Raça / Cor*	Povo / Comunidade tradicional ⁽¹⁾	Escolaridade* ⁽²⁾	Situação familiar ⁽³⁾
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena			
Nacionalidade	Pais de Origem	UF Nascimento*	Município Nascimento*	
<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira				
Programas Vinculados:				
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***				
Data do acompanhamento*: / /				
Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Aleitamento Materno**** ⁽⁴⁾	Peso ao nascer (em gramas)
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação*: / /
Doenças*:	Deficiências e/ou intercorrências*:	Tipo de Acompanhamento*:		
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DD (Distúrbio por Deficiência de todo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções Intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências	<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____		

* Campos de preenchimento obrigatório.

** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

*** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

**** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

(VERSO)

Legendas:

(1) Povo / Comunidade tradicional:

1. Povos quilombolas
2. Agroextrativistas
3. Caatingueiros
4. Caiçaras
5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
6. Comunidades do cerrado
7. Extrativistas
8. Faxinalenses
9. Geraizeiros
10. Marisqueiros
11. Pantaneiros
12. Pescadores artesanais
13. Pomaranos
14. Povos ciganos
15. Povos de terreiro
16. Quebradeiras de coco-de-babaçu
17. Retireiros
18. Ribeirinhos
19. Seringueiros
20. Vazanteiros
21. Outros

(3) Situação familiar:

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s)
3. Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive com familiar(es), sem companheira(o)
5. Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

(2) Escolaridade:

1. Creche
2. Pré-escola (exceto CA)
3. Classe Alfabetizada - CA
4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
6. Ensino Fundamental Completo
7. Ensino Fundamental Especial
8. Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)
10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
11. Ensino Médio Especial
12. Ensino Médio EJA (Supletivo)
13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
14. Alfabetização para Adultos (Mobrai, etc)
15. Nenhum

(4) Aleitamento materno:

1. Exclusivo
2. Predominante
3. Complementar
4. Inexistente

ITEM 09

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

CNS DO CIDADÃO*: _____

Nome do Cidadão*: _____

Data de nascimento*: / / Sexo: Feminino Masculino Local de Atendimento: _____

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> So o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, berinjela, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

(VERSO)

Motivo da visita*	Nº																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
		Acompanhamento																							
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência Pessoa com hipertensão Pessoa com diabetes Pessoa com asma Pessoa com DPOC/enfisema Pessoa com câncer Pessoa com outras doenças crônicas Pessoa com Hanseníase Pessoa com tuberculose Sintomas nos respiratórios Tabagista Doenças/Accidentes Condições de vulnerabilidade social Condições de vulnerabilidade do Idoso/Família Saúde mental Usuário de álcool Usuário de outras drogas	Controle ambiental/vetorial Ação educativa Imóvel com foco Ação médica Tratamento focal Egresso de Internação Convênio ativas/coativas/campanha de saúde Orientação/prevenção Outros																						
Antropometria	Peso (kg)																								
	Altura (cm)																								
Desfecho*	Visita realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microáreas: usar FA para Fora da Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de imóvel: 01 Domício; 02 comércio; 03 terreno baldio; 04 Espaço Estruturado (PE, comércio, barracagem, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo ou grande porta); 05 Escola; 06 Creche; 07 Abrigo; 08 Instalação de longa permanência ou asilos; 09 Unidade prisional; 10 Unidade de saúde secundária; 11 Delegacia; 12 Estabelecimento religioso; 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

ITEM 11

(FRENTE)

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 de 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

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 masculina;

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
 Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no seio? Em que ano?*

- Sim, mama direita
- Sim, mama esquerda
- Não
 Não sabe

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

- | Mama direita | | Mama esquerda |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | Biópsia cirúrgica incisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia cirúrgica excisional | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Centralectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Segmentectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Ductectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora pele | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastectomia poupadora de pele e complexo areola-papilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Linfadenectomia axilar | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Biópsia de linfonodo sentinela | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Reconstrução mamária | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Mastoplastia redutora | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Inclusão de implantes | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Não fez cirurgia | |

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

(VERSO)

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados na exams clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supradavicular

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supradavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

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

Mama direita

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

Mama esquerda

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

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

Mama esquerda

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alta

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratada de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exams clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinais e sintomas de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supradavicular)

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 da 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 alta), ou mulheres de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: anastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:


QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroaxilar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
PA - PA realizada

ITEM 12

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

 **SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

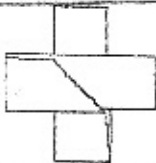
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

ITEM 13



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTI-VETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
	330350 - Frederico de Barros				URB

05	Cat. localid.	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epide.
	Com	2	1-sede 2-outros	1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	N	S-sim N-não	1	

12	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

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO														
13	Total quart. concl.	N.º imóveis trabalhados por tipo							N.º imóveis inspecionados			Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
		Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Focal	PE	Inspeccionados	Amostr. Coletadas	Recusa	Fechados	Repu. perdidos

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

N.º depósitos inspecionados por tipo										35	Depósito Eliminado				
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1			32	D2	33	E

Depósitos Tratados					
Larvicidas (L)			Larvicidas (Z)		
36	Tipo	37	Qtd. (Gramas)	38	Qt. dep. trat.

Adulterada	
42	43
Tipo	Qtd. (Cargas)

44	45
Total de fontes na semana	Total Dias trabalhados na semana

RESUMO DO LABORATORIO																
N.º depósitos com espécimes por tipo																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
		com Aedes aegypti														
		com Aedes albopictus														

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 rotantes

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

E - Depósitos naturais

N.º de imóveis com espécimes por tipo										N.º de exemplares										
	54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exocia de pupa	63	Adultos
		com Aedes aegypti																		
		com Aedes albopictus																		
		outros																		

64	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

65	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

66	N.º e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

67	Assinatura do Supervisor
----	--------------------------

68	Data do visita
----	----------------

ITEM 14



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE POLÍTICA DE CONTROLE DE ZOOSES E VETORES
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - PCFAD

BOLETIM DE RECONHECIMENTO

RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	
----	--

MUNICÍPIO		SUBLOCALIDADE	
-----------	--	---------------	--

LOCALIDADE		CATEGORIA		QUART. Nº	
------------	--	-----------	--	-----------	--

Rua ou Logradouro	Número	LADO	Tipo do Imóvel

Rua ou Logradouro	Número	LADO	Tipo do Imóvel

FECHAMENTO			
RESIDENCIAL	R		
COMERCIAL	C		
TERRENO BALDIO	TB		
PONTO ESTRATÉGICO	PE		
OUTROS	O		
TOTAL GERAL			

NOME	
ASSINATURA	

DATA	
------	--

ITEM 15

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SETOR DE FONOAUDIOLOGIA/TESTE DA ORELHINHA

NOME _____ DN ____/____/____

NOME DA MÃE _____ CARTÃO SUS _____

ENDEREÇO _____ TELEFONE _____

HOSPITAL _____ CIDADE _____ CONVÊNIO _____

FATORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA (ICIH, 2007;LEWIS et al., 2010):

- Antecedentes Familiares de perda auditiva neurosensorial (congenita)
- Infecções Congênitas (citomegalovírus, herpes, rubéola, sífilis, toxoplasmose e HIV) - *(se vírus ativo na gestação - assinar do médico do pré-natal)*
- Consanguinidade
- Peso ao nascer inferior a 1.500 Kg
- APGAR inferior a 4 no 1º minuto ou 6 no 5º minuto
- Permanência em UTI Neonatal (por mais de 48 horas)
- Ventilação Mecânica (por período mínimo de 5 dias)
- Hiperbilirubinemia nos casos que necessitou transfusão sanguínea.
- Medicamentos Otorróticos (antibióticos aminoglicosídeos ou diuréticos de alça) por mais de 5 dias
- Malformações Crânio-faciais incluindo pavilhão auricular e meato auditivo externo
- Sinais ou síndromes associadas à deficiência auditiva condutiva ou neurosensorial
- Síndromes associadas com perda auditiva progressiva (neurofibromatose-ostopetrosa, síndrome de Usher, Alport-Pendred)
- Outros sinais físicos associados à Síndromes Neurológicas (Síndrome de Down ou Waidenburg)
- Distúrbios neurovegetativos (Síndrome de Hunter) ou neuropatas sensorio motoras (Ataxia de Friedreich e Síndrome de Charcot-Marie-Tooth)
- Otitis média recorrente ou persistente por mais de 3 meses
- Traumatismo Craniano
- Quimioterapia
- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da audição, fala ou linguagem da criança
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite.

EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES

DATA					
IDADE					
OD presente					
OD ausente					
OE presente					
OE ausente					
RETORNO					
ASSINATURA					

Ciente das informações fornecidas acima e do recebimento das orientações, bem como do monitoramento: _____