



MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES		MARCADORES		
C O N S M É D I C A	Residentes em outro município	Valvupatias reumáticas em pessoas de 5 a14 anos		
	Residentes na área de Abragência da Equipe	< 1	Acidente Vascular Cerebral	
		1 - 4	Infarto Agudo do Miocárdio	
		5 - 9	DHEG (forma grave)	
		10 - 14	Doença Hemolítica Perinatal	
		15 - 19	Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
		20 - 39	Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
		40 - 49	Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
		50 - 59	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma In situ)	
	60 e mais	RN com peso < 2500g		
Total	Gravidez em Menor < 20 anos			
Total Geral de consultas		Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia		
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	Hospitalizações em < 5 anos por desidratação		
	Pré-Natal	Hospitalizações por abuso de álcool		
	Prevenção do Câncer Cérvico - Uterino	Hospitalizações por complicações do Diabetes		
	DST/AIDS	Hospitalizações por qualquer causa		
	Diabetes	Internações em Hospital Psiquiátrico		
	Hipertensão Arterial	Óbitos em < 1 ano por todas as causas		
	Hanseníase	Óbitos em < 1 ano por Diarréia		
	Tuberculose	Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória		
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica	Óbitos de Mulheres de 10 a 49 anos		
	Radiodiagnóstico	Óbitos de adolescentes (10-49) por violência		
	Citopatológico cérvico - vaginal			
	Ultrassonografia obstétrica			
	Outros			
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado			
	Internação Hospitalar			
	Urgência / Emergência			
Internação Domiciliar		VISITAS DOMICILIARES		
P	Atendimento específico para AT	Médico		
R	Visita de Inspeção Sanitária	Enfermeiro		
O	Atend. Individual Enfermeiro	Outros profissionais de nível superior		
C	Atend. Individual outros prof. nível superior	Profissionais de nível médio		
E	Curativos	ACS		
D	Inalações	Total		
I	Injeções			
M	Retirada de pontos			
E	Terapia da Reidratação Oral			
N	Sutura			
T	Atend. Grupo - Educação em Saúde			
O	Procedimentos Coletivos I (PCI)			
S	Reuniões			

Ass. e Carimbo do Profissionais

Relatório PMA2-C		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO	

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - COMPLEMENTAR

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO	
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada Demanda Imediata Cuidado Continuado Urgência com Observação
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de Alcool Usuário de Drogas Saúde Mental
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática Escovação Dental Supervisionada Tratamento Concluído Urgência Atendimento a gestantes Instalações de próteses dentárias
Encaminhamento Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal
MARCADOR DE SAÚDE BUCAL	
Diagnóstico de alteração na mucosa	

FICHA DE CADASTRAMENTO DO PACIENTE - SAD

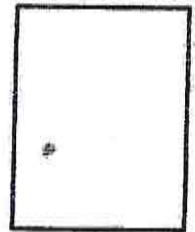
UNIDADE DE SAÚDE

UBS: _____ MUNICÍPIO: _____
UF: ____ DATA DO CADASTRO: __/__/__ Nº PRONTUÁRIO: _____

PACIENTE

CARTÃO SUS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOME: _____



IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____

Nº _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

TELEFONE (1): _____ TELEFONE (2): _____

RESPONSÁVEL/CUIDADOR

NOME: _____ IDADE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ SEXO: _____

TELEFONE (1): _____ TELEFONE (2): _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____

41

UF Código da Unidade de Saúde (CNES)

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

Identidade Orgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / Idade Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código 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 (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

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

Sim

Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

Sim. Quando fez a última mamografia?

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**

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

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica

mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Lesão papilar	<input type="checkbox"/> Lesão papilar
Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica	Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica
Nódulo:	Nódulo:
Localização	Localização
<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat	<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat
<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA
Espessamento:	Espessamento:
Localização	Localização
<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat	<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat
<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA
Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular	Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação: / / Examinador: _____

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

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - 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)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. 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
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

NOTIFICAÇÃO DE NASCIDOS VIVO

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - OUTRO ESTAB DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 3 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 - OUTROS	MUNICÍPIO ONDE FICA O LOCAL DO NASCIMENTO	
	NOME DO ESTABELECIMENTO/HOSPITAL ONDE NASCEU A CRIANÇA	

RECÉM - NASCIDOS

NASCIMENTO DATA			SEXO		RAÇA/COR		
DIA	MÊS	ANO	<input type="checkbox"/> 1-MASCULINO <input type="checkbox"/> 2-FEMININO	<input type="checkbox"/> 1-AMARELA <input type="checkbox"/> 2-BRANCA	<input type="checkbox"/> 3-INDÍGENA <input type="checkbox"/> 4-PARDA	<input type="checkbox"/> 5-PRETA	

PESO AO NASCER

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO				GESTAÇÃO E PARTO		
<input type="checkbox"/> 0 A 5 MESES	<input type="checkbox"/> 7 MESES	<input type="checkbox"/> 9 MESES	<input type="checkbox"/> 1 - ÚNICA	<input type="checkbox"/> 3 - TRIGÊMIOS	<input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO	
<input type="checkbox"/> 6 MESES	<input type="checkbox"/> 8 MESES	<input type="checkbox"/> IGNORADO	<input type="checkbox"/> 3 - GÊMIOS	<input type="checkbox"/> 4 - MAIS DE 3		

TIPO DE PARTO		Nº CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	
<input type="checkbox"/> 1-NORMAL	<input type="checkbox"/> 3-FORCEPS	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> MAIS DE 6
<input type="checkbox"/> 2-CESÁRIO		<input type="checkbox"/> ATÉ 6	

NOME DA MÃE:		IDADE:	
GRAU DE INSTRUÇÃO		FILHOS TIDOS	
<input type="checkbox"/> 1-NENHUMA	<input type="checkbox"/> 3-1º GRAU INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> 5-SUPERIOR	Indicar quantos e não incluir a presente gestação.
<input type="checkbox"/> 2-1º GRAU INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> 4-2º GRAU	<input type="checkbox"/> 9-IGNORADO	<input type="text"/> <input type="text"/> NASCIDOS VIVOS
			<input type="text"/> <input type="text"/> NASCIDOS MORTOS
			<input type="text"/> <input type="text"/> ABORTOS
ENDEREÇO:			
BAIRRO:			
MUNICÍPIO:			

NOME DO PAI:

SE PARTO DOMICILIAR COLOCAR O NOME DE QUEM FEZ O PARTO:

AGENTE DE SAÚDE: **COMUNIDADE:**



PLANILHA PARA ANOTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (3A)

PACAJUS/CE

1ª CRES

MÊS:

ANO:

NOME DA MÃE	ENDEREÇO	Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	SEXO	PESO	DATA DE NASCIMENTO	HOSPITALAR OU DOMICILIAR	MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANILHA PARA ANOTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (3A)

PACAJUS/CE

1º CRES

MÊS: _____ ANO: _____

NOME	NOME DA MÃE	DATA DO ÓBITO	IDADE	SEXO	ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA	LOCAL DE OCORRÊNCIA	CAUSA BÁSICA

COMISSÃO DE LICITAÇÃO - P.M. DE PACAJUS
Página 290
Melo

COMISSÃO DE LICITAÇÃO - P.M. DE PACAJUS
Página _____



45

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**

Código (CID10): W 64

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____

Código: _____

7 Data do Atendimento: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____

9 Data de Nascimento: _____

10 (ou) Idade: 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante: 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado

13 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade: 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS: _____

16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____

Código (IBGE): _____

19 Distrito: _____

20 Bairro: _____

21 Logradouro (rua, avenida,...): _____

Código: _____

22 Número: _____

23 Complemento (apto., casa, ...): _____

24 Geo campo 1: _____

25 Geo campo 2: _____

26 Ponto de Referência: _____

27 CEP: _____

28 (DDD) Telefone: _____

29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação: _____

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lamedura Mordedura Outro

33 Localização: 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores

34 Ferimento: 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado

35 Tipo de Ferimento: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dilacerante

36 Data da Exposição: _____

37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição

38 Se Houve, quando foi concluído?: 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias

39 Nº de Doses Aplicadas: _____

40 Espécie do Animal Agressor: 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra

41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento: 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido

42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato): 1 - Sim 2 - Não

Tratamento Atual

43 Tratamento Indicado: 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição

Vacina

44 Laboratório Produtor Vacina: 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar) _____

45 Número do Lote: _____

46 Data do Vencimento: _____

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose: [][][][][][]
 Data da 2ª dose: [][][][][][]
 Data da 3ª dose: [][][][][][]
 Data da 4ª dose: [][][][][][]
 Data da 5ª dose: [][][][][][]

48 Condição Final do Animal (após período de observação)
 1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado

49 Houve Interrupção do Tratamento **50** Qual o Motivo da Interrupção
 1 - Sim 2 - Não 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente **52** Evento Adverso à Vacina
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Anti-Rábico **54** Peso do Paciente **55** Quantidade de Soro Aplicada
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [][][][][] Kg. [][][][][] ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) **57** Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
 1 - Sim 2 - Não Total Parcial 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil
 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____

58 Número da Partida **59** Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico **60** Data do Encerramento do Caso
 [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [][][][][][][][][][][][]

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde
 [] [][][][][][][][][][][][]

Nome Assinatura
 [] [][][][][][][][][][][][]

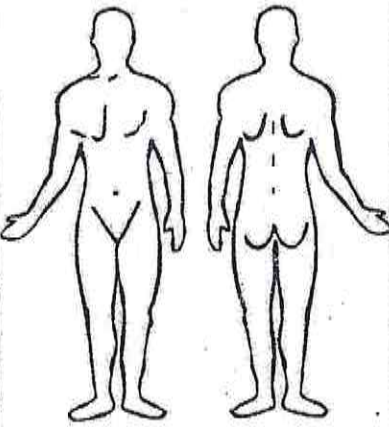
Função SVS
 [] [][][][][][][][][][][][]

Atendimento Anti-Rábico Humano Sinan Net 27/09/2005



GOVERNO DO ESTADO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CE
COMISSÃO ESTADUAL DE CONTROLE DAS ZOOSES

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
 292
 página
 Heloisa

Nº /			
UNIDADE DE SAÚDE:			
A) DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO:		DERES:	
1 - NOME DO ACIDENTADO:		2 - IDADE	3 - SEXO
		[] ANOS	[] MASCULINO [] FEMININO
4 - RESIDÊNCIA	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:
5 - NOME DO RESPONSÁVEL (caso o acidentado seja menor)			
6 - HOUVE TRATAMENTO ANTERIOR	7 - SE HOUVE, QUANDO FOI INICIADO	8 - Nº DE DOSES APLICADAS	9 - DATA DA ÚLTIMA DOSE APLICADA
[] SIM [] NÃO	[] DIA [] MÊS [] ANO	[] DOSES	[] DIA [] MÊS [] ANO
B) DADOS SOBRE A EXPOSIÇÃO:			
<p>ASSINALE COM UM "X" A LOCALIZAÇÃO DA MORDEDURA</p> 	10 - DATA DA EXPOSIÇÃO	11 - TIPO DE EXPOSIÇÃO	12 - LOCALIZAÇÃO DA MORDEDURA
	[] DIA [] MÊS [] ANO	[] ARRANHÃO [] CONT. INDIR. [] LAMBEDURA [] MORDEDURA	
	13 - FERIMENTO	14 - TIPO	15 - ONDE OCORREU ESSA AGRESSÃO
	[] ÚNICO [] MÚLTIPLO	[] SUPERFICIAL [] PROFUNDO	[] VIA PÚBLICA [] RESIDÊNCIA [] OUTRO LOCAL Endereço: _____
C) DADOS DO ANIMAL CAUSADOR DA EXPOSIÇÃO:			
16 - ESPÉCIE		17 - VACINADO	18 - CONDIÇÃO DO ANIMAL
[] CÃO [] GATO se outro, especificar abaixo		[] SIM [] NÃO [] NÃO SABE	[] SADIO [] SELVAGEM [] DOENTE [] SACRIFICADO [] RAIVOSO [] DESAPARECIDO

Nº /			
UNIDADE DE SAÚDE:			
NOME:		DATA DA AGRESSÃO: / /	
OBSERVAR O ESTADO DO ANIMAL AGRESSOR E ANOTAR ABAIXO			
1º DIA	SADIO <input type="checkbox"/>	DOENTE <input type="checkbox"/>	DESAPARECEU <input type="checkbox"/>
5º DIA	SADIO <input type="checkbox"/>	DOENTE <input type="checkbox"/>	DESAPARECEU <input type="checkbox"/>
10º DIA	SADIO <input type="checkbox"/>	DOENTE <input type="checkbox"/>	DESAPARECEU <input type="checkbox"/>
RETORNAR À UNIDADE DE SAÚDE NO DIA: / / OU ANTES, SE O ANIMAL TIVER MORRIDO OU DESAPARECIDO			
TRATAMENTO PRESCRITO:		DOSES DE VACINA ANTIRÁBICA HUMANA	
DOSES	1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª	REFORÇOS	SORO ANTIRÁBICO
DATA	[][]/[][]/[][]	1ª [][]/[][]/[][] 2ª [][]/[][]/[][] 3ª [][]/[][]/[][]	[] ML [] NÃO
OBS.: LEIA AS ORIENTAÇÕES NO VERSO DESTA FICHA			

D) DADOS SOBRE O TRATAMENTO PREVISTO:

19- NÚMERO DE DOSES INDICADAS	20 - LABORATÓRIO PRODUTOR DA VACINA	21 - Nº DA PARTIDA
INICIALMENTE <input type="checkbox"/>		DATA VENCIMENTO
POSTERIORMENTE <input type="checkbox"/>		

E) DATAS DAS APLICAÇÕES:

DOSES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	RÉFORÇOS	OBS.: Os três reforços são aplicados no 10º, 20º e 30º dias após a data da última dose do esquema básico	
DIA													
MÊS													

22- SE HOUVE INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO, A UNIDADE DE SAÚDE PROCUROU O PACIENTE?

SIM NÃO

QUAL O MOTIVO DO ABANDONO?

F) NO CASO DA INDICAÇÃO DO SORO ANTI-RÁBICO

OBSERVAR QUE 1 ml DE SORO CONTÉM 200 UI. APLICAR DOSE ÚNICA IM CORRESPONDENTE A 40 UI/Kg DE PESO NESTES CASOS, ANOTAR OS DADOS ABAIXO:

A) PESO DO PACIENTE _____ Kg

B) QUANTIDADE DE SORO APLICADA _____

C) LABORATÓRIO PRODUTOR DO SORO _____

D) PARTIDA Nº _____

Responsável pelo Preenchimento

Data

EM CASO DE ABANDONO AO TRATAMENTO, ANOTAR DATAS E RESULTADOS DAS VISITAS REALIZADAS

data e resultados se tiverem sido enviadas peças para exames laboratoriais:

1) INSTRUÇÕES PARA OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR (CÃO OU GATO)

O animal agressor (Cão ou Gato) deve ser observado rigorosamente, durante 10 dias, após a data da agressão.

Se durante este período o animal:

A) desaparecer ou morrer

B) ficar andando com dificuldade

C) mudar de hábitos (passar a se esconder em locais escuros, estranhar o dono, morder madeira, plástico ou outro objeto)

D) apresentar-se babando, como se estivesse engasgado

E) não conseguir engolir água ou alimentos

Volte imediatamente ao serviço de saúde para receber o tratamento adequado. Caso o animal morra, não o enterre, leve-o ao serviço de saúde, que o encaminhará para exame, ou conduza-o diretamente ao LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO DA RAIVA. Av. Jorge Duméril, 1703 - Montese - Fortaleza - Fone: 3494.7700

2) você somente estará tratado, quando tomar todas as vacinas prescritas. Portanto não abandone no meio do tratamento.

Nenhuma dieta precisa ser observada durante o tratamento. Porém não tomar bebida alcoólica durante este tempo. Qualquer dúvida, informe-se com o serviço de saúde.

Em caso de dúvida ligue:

0800.851520 / 3101.5439 / 3433.9700

SINAN



47

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	Código (CID10) A 90 - A 92	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados clínicos e laboratoriais				
	Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
33 Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital					
Dados clínicos	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica				
	Dados laboratoriais	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Exame PRNT Data da Coleta
38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado					
39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta	42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado
43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta	46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	

Investigador	Nome	Função	Assinatura
	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	

Observações Adicionais

Informações complementares e observações

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	71 Data de início dos sinais de gravidade:	
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Extrapassamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	69 Data de início dos sinais de alarme:	
	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou hipotímia <input type="checkbox"/> Instensa e contínua <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas <input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito >= 2cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos <input type="checkbox"/> Sangramento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Comportamento grave de órgãos: <input type="checkbox"/> Alteração da consciência <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:

Hospitalização	60 Ocorreu Hospitalização?	1-Sim 2- Não 9- Ignorado
	61 Data da Internação	UF
Municipalização	54 Nome do Hospital	Código
	55 (DDD) Telefone	
Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)	56 O caso é autóctone do município de residência?	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado
	57 UF	58 País
Condição	59 Município	Código (IBGE)
	60 Distrito	61 Bairro
Classificação	62 Classificação	5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya
	63 Critério de Confirmação/Descarte	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em Investigação
Evolução do Caso	64 Apresentação clínica	Aguda Crônica
	65 Evolução do Caso	1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado
Data do Encerramento	66 Data do Óbito	67 Data do Encerramento



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Secretaria municipal de saúde
 Rua: Tem. Joaquim de Queiroz, 138 - Centro - Pacajus - Ce
 Cep: 62.570.000



FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA

Estado: _____ Data: ____/____/____
 Município: _____ Período Revisado: _____

A - BUSCA ATIVA EM SERVIÇO DE SAÚDE

1 - Nome do serviço de saúde: _____

2 - Tipo de estabelecimento:
 Público Privado Outros

3 - Tipo de atendimento:
 Consulta ambulatorial Emergência Internação

4 - Busca ativa realizada em:
 Livro de registro Prontuário Ficha de atendimento
 AIH Relatório SAME

5 - Contatos:
 Pediatras Clínicos Infectologista
 Equipe de enfermagem Chefia de enfermagem Outros _____

6 - Total de atendimento revisado: _____

7 - Número de casos suspeitos de sarampo encontrados: _____

8 - Lista dos casos (verso)

9 - Conclusão dos casos:
 Sarampo Rubéola Dengue Outra

10 - Número de casos suspeitos de rubéola encontrados: _____

11 - Lista dos casos: (verso)

12 - Conclusão dos casos:
 Sarampo Rubéola Dengue Outra

OBS: Atendimento revisado, se houver registro de febre e exantema, ler com atenção a história clínica para verificar se é compatível com caso suspeito de sarampo ou rubéola.

B- BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE

1 - Localidade: _____

2 - Entrevista
 Sim Não Outra Nº de entrevistados _____

3 - Visita domiciliar
 Sim Não Outra Nº de domicílios _____

4 - Entrevista a profissional da saúde
 Médico Aux. Enfer Outros _____
 Enfermeiro Tec. em enf.
 Bioquímico Ag. Com. de Saúde Nº de entrevistado _____

5 - Número de casos suspeitos encontrados

Suspeito	Número	Notificados	Investigados	Não notificados
Sarampo				
Rubéola				

RESPONSÁVEL PELA BUSCA ATIVA: _____ Cargo: _____



49

2

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus - Ce
 Cep: 62870-000 - Fone: (85) 3348.1834 - Fax: (85) 3348.3487



CONSOLIDADO MENSAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

CRES: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ MÊS/ANO: _____

USUÁRIA		Nº CONSULTA MÉDICA	Nº CONSULTA ENFERMAGEM
NOVA	< 20 ANOS		
	> 20 ANOS		
SUBSEQUENTE			
TOTAL			

Nº PARTO	NORMAL	
	CESÁRIA	
Nº CURETAGEM - AMIU		
Nº DE VDRL NO PARTO		
Nº DE SÍFILIS CONGÊNITA		

MÉTODOS DISPENSADOS POR CLIENTES						
MÉTODOS HORMONAIS		UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE RECEBIDA POR			QUANT. DISTRIBUIDA
ORAL	COMBINADO DE BAIXA DOSAGEM	CARTELAS	MS	ESTADO	PPI	
	ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA	CARTELAS				
	MINI PÍLULA	CARTELAS				
INJETÁVEL	MENSAL	AMPOLAS				
	TRIMESTRAL	AMPOLAS				
OUTROS	CONDONS	FEMININO				
		MASCULINO				

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO			
VASECTOMIA			
LAQUEADURA TUBÁRIA			

DIU	UNIDADE				
CONSUMO DE IMUNOGLOBULINA	AMPOLAS				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 25 mg.	COMPRIMIDOS				
CONSUMO DE MISOPROSTOL 200 mg.	COMPRIMIDOS				
CONSUMO DE HIDRALAZINA	AMPOLAS				
IMPLANON	INTRADÉRMICO				

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
ESTADO: CEARÁ MUNICÍPIO: PACAJUS

PROFILAXIA NACIONAL DA RAIVA INFORME
MENSAL
MÊS: _____ ANO: _____

I - PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA

ATIVIDADE / LOCAL	Zona Urbana	Zona Rural	TOTAL
01 - NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS			
02 - NÚMERO DE PESSOAS TRATADAS			
02A - COM VACINA			
02B - COM VACINA E SORO			
03 - NÚMERO DE ABANDONOS DE TRATAMENTO			
04 - NÚMERO DE DOSES DE VACINAS APLICADAS			
05 - NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS			
06 - NÚMERO DE ANIMAIS AGRESSORES POR ESPÉCIE			
06.1 - CANINA			
06.2 - FELINA			
06.3 - QUIRÓPTERA (MORCEGO)			
06.4 - OUTROS (ESPECIFICAR) : Raposa + macaco			
07 - NÚMERO DE CÃES E GATOS OBSERVADOS			

OBS.: _____

ESPÉCIE	Zona Urbana			Zona Rural		
	POS	NEG	TOTAL	POS	NEG	TOTAL
HUMANA						
CANINA						
FELINA						
BOVINA						
QUIRÓPTERA						
OUTRAS						
ESPECIFICAR						
TOTAL						

OBS.: 1 - Nº DE AMOSTRAS COLETADAS E NÃO EXAMINADAS _____
2 - TÉCNICAS UTILIZADAS _____
3 - OUTRAS _____

III - PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL

ATIVIDADE / LOCAL	CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
01 - NÚMERO DE CÃES VACINADOS			
01.1 - ROTINA			
01.2 - ÁREA DE FOCAL			
01.3 - CAMPANHA			
02 - NÚMERO DE GATOS VACINADOS			
02.1 - ROTINA			
02.2 - ÁREA FOCAL			
02.3 - CAMPANHA			
03 - NÚMERO DE CÃES CAPTURADOS			
03.1 - ROTINA			
03.2 - ÁREA FOCAL			
04 - NÚMERO DE CÃES ELIMINADOS			
04.1 - ROTINA			
04.2 - ÁREA FOCAL			
05 - NÚMERO DE ÁREAS FOCALIS REGISTRADAS			
06 - NÚMERO DE ÁREAS FOCALIS TRABALHADAS			
07 - NÚMERO DE ÁREAS FOCALIS REINCIDENTES			
08 - NÚMERO DE ÁREAS FOCALIS TRABALHADAS (MORCEGOS)			

OBS.: _____
DATA: _____

51



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAUJUS
 Secretaria Municipal de Saúde.

Planilha de Controle de Oportunidade de Notificação e Investigação de Surtos de Doenças Transmissíveis por Alimentos e Água - DTA SMS

ESF	Nº de DTA notificados pelas ESF à SMS até dia 05 de cada mês.											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ALDEIA												
ALDEIA PARIK												
ALTO DA BOA VISTA												
BANGUÊ I												
BANGUÊ II												
BANGUBRÁS												
BASE												
BURITI												
COAÇÚ												
COHAB												
CROATÁ I												
CROATÁ II												
ITAIPABA												
LAGOA SECA												
MANGABEIRA												
PAULICÉIA												
PASCOAL												
TUCUM												
Número de ESF que estão realizando notificação negativa ou notificação de surtos de DTA até o dia 05 de cada mês.												
% ESF com notificação negativa ou notificação e investigação até dia 05 de cada mês.												



Resp. pela Informação: _____
 CARIMBO/ASSINATURA

Data: ____/____/____

52



Governo do
Estado do Ceará
Secretaria do Saúde

1ª Coordenadoria Regional de Saúde de Fortaleza DEMONSTRATIVO MENSAL DOS ACIDENTES CAUSADOS POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

1º CRES Município: _____ Mês: _____ ANO: 201

Unid Adm	Município		Nome (iniciais)	Idade	Sexo	Tipo do Animal	Local da picada	Data do acidente	Tempo acidente e o inicio do tratamento	Soroterapia (B, C, L, E, BC, BL)	Nº de ampolas	Classificação (J, M, G)	Evolução		
	Atendimento	Ocorrência											Cura	Óbito	

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: / /





Fique Sabendo

FICHA DE ATENDIMENTO DE DOENÇAS



Fique Sabendo

Identificação da Unidade

2. Nome da Unidade:

SEXUALMENTE

1. Data: ___/___/___

3. Nome profissional/rubrica: TRANSMISSÍVEIS

COMISSÃO DE LICENCIAMENTO - PÁGINA 299

4. Identificação do usuário - Nome social:

5. Nome:

6. Nome da mãe:

7. Sexo: Masculino Feminino

8. Travesti:

9. Transexual:

10. Gestante: Sim Não

11. Raça/Cor (auto-referida): Branca Preta Parda Amarela Indígena

12. Data de nascimento: ___/___/___

13. Idade: _____

Local de residência

14. Município: _____

15. Bairro: _____

16. Estado: _____

17. País: _____

Abordagem Consentida

18. Permite contato:

Sim Não

19. Tipo de contato: Telefone

Correio

e-mail

Visita

Outro, qual:

20. Se permite visita ou por correio coletar endereço:

21. Se permite telefone: Nº _____

Apenas com o (a) próprio (a) e/ou

Falar com:

22. Assinatura

do usuário:

23. Situação Conjugal:

Casado(a)/união estável

Viúvo(a)

24. Escolaridade (anos concluídos):

Separado(a)

Não informado

Nenhuma

de 8 a 11

Solteiro(a)

de 1 a 3

12 ou mais

de 4 a 7

Ignorado

25. É a primeira vez que faz um teste anti-HIV na vida? Sim Não

26. Como ficou sabendo do serviço/campanha?

Material de divulgação

Banco de Sangue

Serviço/Prof de Saúde

Amigos/Usuários

Jornais/rádio/TV

Serviço de informação telef

Escola

Outra, qual:

27. Tipo de parceria(s) sex. (últ. 12 m):

Não teve relações sexuais

Só homens

Só mulheres

Homens e Mulheres

Travestis/Transexuais

Não informado

28. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

Nenhum

11 a 20

1

21 a 50

2

51 a 100

3 a 5

+ de 100

6 a 10

Não informado

29. Tipo de exposição

Relação sexual sem camisinha

Transm/ Materno-infantil

Uso de droga injetável (UDI)

Hemofílica/Transfusão

Uso de outras drogas (UD)

Não possui risco

Outros, quais:

30. Recorte Populacional:

Usuário de Drogas

Usuário de Drogas INJETAV

Profissional do sexo

Homem que faz sexo com h

Parceiro(a) de portador(a) d

Outro:

31. Teve alguma DST nos últ. 12 meses? Sim Não

32. Uso de Drogas

na vida:

Nunca usou

Bebe ou já bebeu álcool com frequência

Usa ou usou drogas injetáveis (na veia)

Usa ou usou outras drogas (cocaína, crack, ecstasy, etc)

Tem ou teve parceiro(a) que usou drogas injetáveis

33. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) fixo(a):

Nunca Sempre Às vezes Não tem parceiro(a) fixo(a)

34. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) eventual:

Nunca Sempre Às vezes Não tem parceiro(a) eventual:

35. Exame

36. Resultado

37. Já sabia?

a) HIV Conv ITRD INR

a) Reage NÃO reage Discor. Indet

Já sabia? Sim Não

b) Sífilis ITR INR

b) Reage NÃO reage

Já sabia? Sim Não

c) Sífilis Conv INR

c) TPHA Reage NÃO reage VDRL

Já sabia? Sim Não



54



Fique Sabendo

FOLHA DE TRABALHO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS

NOME DO TÉCNICO: _____ DATA: ____/____/____
TESTES: _____ VALIDADE ____/____/____
HBV - HBSAG (25 testes) - BIOMERIEUX - LOTE _____
ANTI-HCV - (25 testes) - ALERE - LOTE _____

NÚMERO DE REGISTRO (SENHA + INICIAIS)	RESULTADOS		RUBRICA DO TÉCNICO
	HEPATITE B	HEPATITE C	

LEGENDA DOS RESULTADOS: 1) POSITIVO =POS ; 2) NEGATIVO =NEG; 3) INVÁLIDO = INV ; 4) NÃO REALIZADO = NR



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	EQUIPE
MÊS/ANO	FOLHA



SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NUMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NUMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NUMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ	
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

CARIMBO

RUBRICA

DATA

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	EQUIPE
MÊS/ANO	FOLHA

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. Fem.	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO			
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	E-MAIL			

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO RUBRICA

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA / /

DATA / /



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus - Ce
Cep: 62.870-000 - Fone: (85) 3348 3487

56



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ concordo que sejam realizados os testes rápidos ANTI-HIV a partir de uma amostra coletada da minha polpa digital. Cabe ressaltar, que fui devidamente esclarecido e que os testes rápidos ANTI-HIV serão realizados de acordo com a portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005, do Ministério da Saúde.

Assinatura: _____

RG: _____

DATA: ____ / ____ / ____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ten. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus - Ce
Cep: 62.870-000 - Fone: (85) 3348 3487

Eu _____ concordo que sejam realizados os testes rápidos ANTI-HIV a partir de uma amostra coletada da minha polpa digital. Cabe ressaltar, que fui devidamente esclarecido e que os testes rápidos ANTI-HIV serão realizados de acordo com a portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005, do Ministério da Saúde.

Assinatura: _____

RG: _____

DATA: ____ / ____ / ____



MENINGOCÓCICA C CONJUGADA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

POLIOMIELITE INATIVADA - VIP

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
2								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
2								
5								
10								
TOTAL								

POLIOMIELITE ORAL - VOP

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
10								
20								
25								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
10								
20								
25								
TOTAL								

PENTAVALENTE (DTP/ HB/ HIB)

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

TRÍPLICE VIRAL (Sarampo/ Rubéola/ Caxumba)

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
2								
5								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
2								
5								
TOTAL								

DILUENTE PARA TRÍPLICE VIRAL (Sarampo/ Rubéola/ Caxumba)

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
2								
5								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
2								
5								
TOTAL								

HEPATITE A PEDIÁTRICA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

TRÍPLICE BACTERIANA (Difteria/ Tétano/ Coqueluche) - DTP

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
10								
20								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
10								
20								
TOTAL								



DUPLA ADULTO (Difteria e Tétano) - DT

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

DTPA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS VERO)

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

VARICELA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/ VALIDADE VENCIDA	PERDA P/ PROCED. INADEQUADO	PERDA P/ FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

PAPILOMAVÍRUS HUMANO - HPV

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/VALIDADE VENCIDA	PERDA P/PROCED. INADEQUADO	PERDA P/FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

FEBRE AMARELA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/VALIDADE VENCIDA	PERDA P/PROCED. INADEQUADO	PERDA P/FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

INFLUENZA

DOSE	ESTOQUE ANTERIOR	DOSES RECEBIDAS	DOSES DISTRIBUIDAS	DOSES UTILIZADAS	DOSES TRANSFERIDAS	PERDA P/QUEBRA DE FRASCO	PERDA P/FALTA DE ENERGIA	PERDA P/FALHA NO EQUIPAMENTO
1								
5								
10								
TOTAL								
DOSE	PERDA P/VALIDADE VENCIDA	PERDA P/PROCED. INADEQUADO	PERDA P/FALHA NO TRANSPORTE	PERDA POR OUTROS MOTIVOS	SALDO INDISPONIVEL	SALDO DISPONIVEL	DOSES SOLICITADAS	
1								
5								
10								
TOTAL								

Técnico de enfermagem responsável

Enfermeiro (a) responsável



C

C



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria Estadual de Saúde - SESA

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde - COPROM

Núcleo de Imunizações - NUIMU

FICHA MENSAL DE NOTIFICAÇÃO NEGATIVA E POSITIVA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO (EAPV)

ANO:

MÊS DE NOTIFICAÇÃO:

CRES: *10*

MUNICÍPIO: *Pacajus*

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

ASSINALE COM UM "X"

()

NENHUMA NOTIFICAÇÃO DE EAPV

INFORMAMOS QUE NO MÊS
REFERIDO ACIMA, OCORREU:

Nome Completo do Paciente

Data de
notificação

1)

Nome Completo

2)

3)

4)

5)

DATA: / /
ASSINATURA:



0

0