

Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	223565 - Enfermeira do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

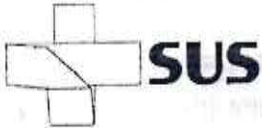
CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

liber...

BRUNO OLIVEIRA PEREIRA



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF MÊS ANO

FOLHA



ATENDIMENTO REALIZADO

Seq.	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	CBO do Profissional	Idade	Quantidade
01	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
02	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
03	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
04	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
05	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
06	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
07	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
08	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
09	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
10	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
11	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
12	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
13	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
14	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
15	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
16	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
17	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
18	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
19	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		
20	0301010110	CONSULTA PRÉ-NATAL	225142 - Médico do PSF		

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

007



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____

necessita de _____ dia(s) de licença para tratamento de Saúde.

CID: _____

Pacajus, ____/____/____

Ass. com carimbo



Handwritten signature



PREFEITURA
PACAJUS
RENOVADA E DE TODOS

mod 027

→ TIRAR

Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação do Programa de Controle das Diabetes/Hipertensão

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DIABÉTICOS/HIPERTENSOS

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

DOC. IDENT. Nº: _____ IDADE: _____

LOCALIDADE: _____

AGENTE DE SAÚDE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

OBSERVAÇÕES: _____



9 x 12 mod 031



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS
CARTÃO DE FREQUÊNCIA
TERAPIA OCUPACIONAL

IDADE: _____

CLIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

ENDEREÇO: _____

HORÁRIO: _____

TURNO: _____

TERAPEUTA OCUPACIONAL: _____



DATA	VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO PA	OBSERVAÇÃO

Form 3348 1498

PREFETURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS

CARTÃO DE FREQUÊNCIA
FISIOTERAPIA - 032

NOME: _____
FISIODIAGNÓSTICO: _____
TRATAMENTO: _____
D.N.: / / COR: IDADE: CID: _____
HORÁRIO: TURNO: COD: _____
FISIOTERAPEUTA: _____



TAM. 8 x 12 mod 033

ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Pacajus
Secretaria Municipal de Saúde

CLÍNICA DE REABILITAÇÃO DE PACAJUS
CARTÃO DE FREQUÊNCIA

FONOAUDIOLOGIA IDADE: _____

NOME: _____

DIAGNÓSTICO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

HORÁRIO: _____ TURNO: _____

FONOAUDIOLOGA: _____

silvane

Mod 44
FMS
15x02

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente:

realiza tratamento _____
neste setor, com o diagnóstico _____ desde o dia _____

Observação:

Pacajus, _____ de _____ de _____



Wilson

() 10090



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde
Clínica de Reabilitação
Setor: Fisioterapia

MOD. 060

Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

Nome do Paciente:	
Código:	CID
Con:	L, SUS
Fisioterapeuta:	
Data da Avaliação:	/ /
	Pacajus - Ceará



Rua Tenente Aviação Magalhães de Queiroz, nº 139, Centro - Pacajus - Ceará
CNPJ nº 11.990.518/0001-55, PABX: (85) 3348.0133
E-mail: opcaud@pacajus.ce.gov.br
sec.saude@pacajus.ce.gov.br

Wlcom

mad of



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



(Ficha de Referência Interna) NASF

DADOS:

Nome: _____

Sexo: M F

Data Nasc: ____/____/____ CNS: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

HISTÓRIA ATUAL: _____

ENCAMINHAMENTO

NASF _____

Avaliação

CAPS _____

Visita Domiciliar

SAD _____

Outros: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

Assinatura: _____
(Carimbo)

Data: ____/____/____



Suborno

()

mod 063 ()



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



Ficha de Contato-Referência Interna (UASE)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

PARECER CLÍNICO: _____

PROPOSTA DE ATENDIMENTO: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____
(O. arambo)

TERMINHO
DO REGISTRO
DO CENTRO
- AVIN ENTHY OF ESPRIS



Jilones

mod 1111



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico _____

Data: ____/____/____



João



mod 111



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

pkone

mod 079

Alcener



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
 Rua Tenente Joaquim Nequeira de Queiroz, s/n - Centro - Pacajus
 Fone/Fax: (85) 3348 1534 - E-mail: saudepacajus@ig.com.br

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

UF		MUNICÍPIO		CATEG.	QUART.	Nº IMÓVEL
MICROR		LOCALID.				

100.

DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL

DATA	HORA	ATIV.	Nº EQUIPE	NOME LEGÍVEL

15x10
 10cm

2 -> 15cm

(35) mod 118



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

REQUISICÃO DE EXAMES

PACIENTE: _____



Rua Tenente Joaquim Noqueira de Queiroz, S/N - Centro - Pacajus. Fone/Fax: (85) 3348.1834
E-mail: seccsaudepacajus@yahoo.com.br

Reens

mod 086

CENTRAL DE ABASTECIMENTO CENTRAL – CAF DE PACAÍUS
 Av. Cônego Edirlei Araújo, 1128. CEP: 62870-000. Centro, Pacaíus-CE

FORMULÁRIO PADRÃO DE SOLICITAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS

Unidade Básica de Saúde: _____ Data da Solicitação: _____

Descrição	Estoque	Solicit.	Atend.
BR0361446 - Reagente para anticorpos Anti-Treponema Pallidum (Teste Rápido Sifilis)			
BR0357783 - Reagente para Anti-HCV (Teste Rápido Hepatite C)			
BR0368252 - Reagente para HBV-HBSAG (Teste Rápido Hepatite B)			
BR430725 - Reagente para HIV I e II (Amostra de Fluido Oral)			
BR0403893 - Reagente para HIV I e II Duplo Percurso - DDP HIV			
BR0334484 - Reagente para HIV I e II, Teste Inicial			
BR0467048 - Reagente para Coronavírus Covid-19 IgG e IgM.			
Outros:			
Justificativa:			
Data do atendimento:			
Responsável Liberação:	Recebedor:		
Responsável CAF:			



plones

SÍFILIS NA GESTANTE: RELATÓRIO DE TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO

Gestante _____ apresentou _____

Teste Rápido reagente (TR) com _____ semanas de gestação.

Titulação do 1º VDRL 1: _____ Data ____/____/____

Prescrito Penicilina Benzatina SIM () NÃO ()

Esquema: 7.200.000 UI ()

Obs: Gestantes sem comprovação de tratamento, sempre usar esse esquema. Intervalo de 7 dias entre as doses.

Data aplicação Benzatina	Penicilina	Gestante	Assinatura COREN / CREMEC	Parceiro	Assinatura COREN / CREMEC
1ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
2ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
3ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Nota: Só deixar em branco se o parceiro não realizar o tratamento.

PARCEIRO:

Fez sorologia? () SIM () NÃO

TR () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

FTA-Abs () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL PARA CONTROLE DE CURA DURANTE O PRÉ-NATAL (SEGUIMENTO)

DATA VDRL	IG Titulação VDRL	RETRATAMENTO		
		Gestante	Assinatura COREN / CREMEC	Parceiro
____/____/____	sem. 1: _____	1ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	1ª dose (2.400.000 UI)
____/____/____	sem. 1: _____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	sem. 1: _____	2ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	2ª dose (2.400.000 UI)
____/____/____	sem. 1: _____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	sem. 1: _____	3ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____	3ª dose (2.400.000 UI)
____/____/____	sem. 1: _____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

NOTA: RETRATAR QUANDO A TITULAÇÃO FOR MAIOR OU IGUAL À TITULAÇÃO DO 1º VDRL.

Assinatura / Carimbo _____



30 BILHÕES

HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES - mod. 08/4

FOLHA DE RECÉM - NASCIDO



NOME DA MÃE: _____ N° REG.: _____
 BLOCO: _____ CLÍNICA: _____ CATEGORIA: _____ LEITO: _____
 DATA E HORA DO NASCIMENTO: _____ ÀS _____ SEXO: _____
 PESO: _____ ESTATURA: _____

HISTÓRICO DO PARTO

ROT. ME MB. <input type="checkbox"/> H	TIPOS DE PARTO	COMPLICAÇÕES DO PARTO
PRES. CEF. <input type="checkbox"/>	ESP. <input type="checkbox"/>	INF. <input type="checkbox"/>
PÉLV. <input type="checkbox"/>	FÔRC. <input type="checkbox"/>	PP. <input type="checkbox"/>
CÓRM. <input type="checkbox"/>	CES <input type="checkbox"/>	DPP. <input type="checkbox"/>
ANESTESIA <input type="checkbox"/>	C/ MAN. <input type="checkbox"/>	ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/>
ANALGESIA <input type="checkbox"/>		OUTRAS <input type="checkbox"/>

CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO

APGAR FC ER IR TM COR
 IM TP + CP + OP + E + L + PO + DO + OG
 + TGM + FM + PCP

Luiz

EXAME FÍSICO: T		BP	PC -	GC -	PT -
01	<input type="checkbox"/> Aspecto Geral: (facies, ativ. resp, maturidade, tônus, cor, choro edema)				
02	<input type="checkbox"/> Pele: (eritema, clonose, hematoma, palidez, icterica)				
03	<input type="checkbox"/> Cabeça: (bossa, cefalohematoma, crânio-tabes)				
04	<input type="checkbox"/> Fontanelas: (dimensões, tensão)				
05	<input type="checkbox"/> Suturas: (diástases, cavalgamentos)				
06	<input type="checkbox"/> Olhos, ouvidos, nariz: (anormalidades, conjuntivite, mal formações)				
07	<input type="checkbox"/> Boca, lábios, gengivas, palato, língua.				
08	<input type="checkbox"/> Torax: (hipertrofia de mama, deformidade, insp. resp.)				
09	<input type="checkbox"/> Pulmões				
10	<input type="checkbox"/> Coração (bulhas, supro)				
11	<input type="checkbox"/> Abdome: (coto umbilical, tumorações, fig. baço, onfalocele)				
12	<input type="checkbox"/> Genitais: (extrofia, edema, fimose)				
13	<input type="checkbox"/> Medula: (Meningocele, fistulas)				
14	<input type="checkbox"/> Membros: (sup., inf., clavic.)				
15	<input type="checkbox"/> Paralisa:				
16	<input type="checkbox"/> Reflexos:				
17	<input type="checkbox"/> Ânus:				
18	<input type="checkbox"/> Tocotraumatismos:				
19	<input type="checkbox"/> Malformações:				
DIAGNÓSTICO: PREMAT. <input type="checkbox"/>		DR: _____			
EUTROFIA <input type="checkbox"/>		EM: _____ / _____ / _____			
HIPOTROFIA <input type="checkbox"/>		ÂS: _____ h			
HIPERTROFIA <input type="checkbox"/>					



Folha Sumário de Internamento - mod. 085.

SAME		CLINICA		BLOCO		CATEGORIA	
Nome						Nº Registro	
Naturalidade		Sexo	Nascimento		Idade	Cor	Procedência
Estado Civil		Profissão		Grau de Instrução		Fone	
Residência					Bairro		
Filiação							
Nome do Cônjuge							
Pessoa a Notificar em caso de urgência						Parentesco	
Residência				Bairro		Fone	
Pessoa a Notificar em caso de urgência						Parentesco	
Residência				Bairro		Fone	
Documento apresentado para Internação							
Data da Internação		Data da Saída		Dias de Hospitalização		Destino dado ao Paciente	
Alta				G - ÓBITA			
Condições		Tipo		<input type="checkbox"/> 0 - Inexistência de Dados <input type="checkbox"/> 1 - óbito operado (ocorrido durante o ato Cirúrgico) <input type="checkbox"/> 2 - Óbito pós - operatório ocorrido nas primeiras 24h <input type="checkbox"/> 3 - Óbito pós - operatório ocorrido com mais de 24h e até 72h <input type="checkbox"/> 4 - Óbito pós - operatório ocorrido com mais de 72h <input type="checkbox"/> 5 - Óbito ocorrido depois da primeira semana após o ato cirúrgico <input type="checkbox"/> 6 - Óbito por anestesia			
<input type="checkbox"/> 1 - Curado <input type="checkbox"/> 2 - Melhorado <input type="checkbox"/> 3 - Inalterado <input type="checkbox"/> 4 - Apellido <input type="checkbox"/> 5 - Int. Para diagnóstico		<input type="checkbox"/> 6 - Administração <input type="checkbox"/> 7 - Por indisciplina <input type="checkbox"/> 8 - Evasão <input type="checkbox"/> 9 - Para complementação do tratamento em regime ambulatorial <input type="checkbox"/> 10 - Transparência					
Diagnóstico Definitivo: _____				Código: _____			
Diagnóstico Secundário: _____				Código: _____			
Operação: _____				Código: _____			
ÓBITO <input type="checkbox"/> Antes de 24h <input type="checkbox"/> Depois de 24h		AUTOPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					



Luizone



25/02/2025

PARTOGRAMA - MOD. 100

Clínica Obstétrica	Nome:	Pront:
UR ___/___/___	Gesta ___ Para ___ Aborto ___	Idade:
DPP ___/___/___	Partos: Vaginal ___ Césárea ___ Fórceps ___	Filho vivos: ___ Natimorto: ___
Pré-natal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Intercorrências:	
Situação fetal: Long <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/>	Apresentação Fetal: Cef <input type="checkbox"/> Pelv. <input type="checkbox"/> Com. <input type="checkbox"/>	Fletida <input type="checkbox"/> Defletida <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
Grupo ABO e Fator Rh: _____		

Partos Humanizados: Um resgate dos valores culturais e respeito à vida!

Planos de Hodge (X) I - II - III - IV -	Dilatação (cm) (0)																	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Vulva Desp.	Altura da Apresentação (X) (DeLee)
		Dia _____ Hora _____																	
BCF	Bat/min	180 160 140 120 100 80																Observações: 	
Contrações	Membranas	/ /																	
L. Amniótico	Pressão Arterial	/ /																	
Temperatura	Pulso	/ /																	
Medicamentos	Fluídos	/ /																	
E		/ /																	
Examinador (a)		/ /																	
Resolução:		/ /																	
Profissional Responsável:		/ /																	
Data:		/ /																	
Hora:		/ /																	



Albora



20.012.105

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE CORPOS DAS
UNIDADES DE SAÚDE PARA O SVO - MOD. 108**

CRITÉRIO DE ENCAMINHAMENTO
PESSOAS FALECIDAS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA DE CAUSA NATURAL, OU SEJA, SEM HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA OU ACIDENTES.

I - DADOS DO SOLICITANTE:

Instituição:	
Clínica:	Fone contato:
Data da solicitação:	Hora:
Médico solicitante:	



II - DADOS

Nome:		
Sexo:	Cor:	Idade:
Início do tratamento ou atendimento: / /		Hora:
Número do Prontuário:	Local do óbito:	
Data do óbito: / /	Hora:	

III - TRANSPORTE DO CORPO

Saída da instituição:	
Data: / /	Hora:
Empresa responsável pelo transporte:	
Motorista:	
Assinatura:	

IV - HISTÓRICO

--

Obs: Itens I e III devem ser preenchidos pela instituição e os demais pelo médico solicitante. Usar letra legível. Anular campos vazios. Enviar em folha. Anexar a outras informações que julgar importante.

Julho



500 1350005

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO - n100.115

DATA: / / PLANTÃO: RECEPCIONISTA:

Ord.	Nome	Hora	Idade	Resolução				Rubrica	Observação
				Alta	Transf.	Evasão	Obs Intern.		
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									



luheens

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
----------------------	------	-------	------	-------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

MICROÁREA* _____

NOME COMPLETO*: _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: / / SEXO*: M F

RACA/COR*: Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia:** _____ Nº NIS (PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*: _____ Desconhecido

NACIONALIDADE*: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:** _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO: / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / / TELEFONE CELULAR: () _____ E-MAIL: _____



INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR: Cônjuge/Companheira Filho(a) Entead(a) Neto(a)/Bisneto(a) Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

Ocupação: _____

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Moore) etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:

- Empregador
- Assalariado com carteira de trabalho
- Assalariado sem carteira de trabalho
- Autônomo com previdência social
- Autônomo sem previdência social
- Aposentado/Pensionista
- Desempregado
- Não trabalha
- Servidor público/militar
- Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não SE SIM, QUAL? Heterossexual Bissexual Outra Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? Sim Não SE SIM, QUAL? Homem transexual Travesti Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? Sim Não SE SIM, QUAL(S)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: Mudança de território Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito** / / Número da D/O: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura: _____

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: _____ DATA: _____
CONFERIDO: _____ FOLHA: _____

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*: _____ MUNICÍPIO*: _____ UF*: _____
BAIRRO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____
NÚMERO*: SEM NÚMERO COMPLEMENTO: _____ PTO. REFERÊNCIA: _____ MICROÁREA* _____



TIPO DE IMÓVEL* _____ TELEFONES PARA CONTATO
TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*
 Próprio Financiada Alugada Arrendada Cedida Ocupação Situação de Rua Outra
LOCALIZAÇÃO*
 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
 Casa Apartamento Cômodo Outro
EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Proprietário Parceiro(a)/Meiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se Aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro
MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Alvenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento
Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento
Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pipa Outro
ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Sética Fossa Rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Cou Aberto Outra Forma
DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Cou Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não
QUAL(IS)? Gato Cachorro Pássaro Outros
Quantos: _____

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	____/____/____	⑤②①②③④⑤	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	⑤②①②③④⑤	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	⑤②①②③④⑤	____	____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	⑤②①②③④⑤	____	____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA
EU, _____ portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto



silviana

Destino dado ao Paciente

- Residência

- Internar

- Em Obs.

Médico

— Cremec



HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DATILOSCÓPICA

POLEGAR DIREITO DA MÃE:

hagem

PARTURIENTE: _____

DATA DO PARTO: _____

REGISTRADO POR: _____
Servidor/ Funcionário

ASSINATURA: _____

IMPRESSÃO PLANTAR DO RECÉM - NASCIDO

PÉ DIREITO

PÉ ESQUERDO

NOME DA MÃE: _____

REGISTRO N°: _____

PROCEDÊNCIA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES
Rua Joaquim Nogueira Lopes, 463 - Centro - Pacajus - CE.

120



TERMOS DE RESPONSABILIDADES

O abaixo assinado _____
 pessoa responsável pelo doente _____
 Dê plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o assistiram para fazer as
 Investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar
 todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
 pessoa responsável pelo doente _____
 Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento assumindo inteira
 responsabilidade por sua decisão

Em _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
 pessoa responsável pelo doente _____
 Certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
 pessoa responsável pelo doente _____
 Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou qualquer
 outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para indução do mesmo.

Em _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DOENTE OU PESSOA RESPONSÁVEL

Testemunhas: _____

duenas



Continuação do histórico:

V – EVOLUÇÃO

VI – PROCEDIMENTOS E/OU EXAMES LABORATORIAIS

VII – HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

glooms

Data: ___ / ___ / ___

Carimbo e assinatura do Médico solicitante

Obs: Itens I e III devem ser preenchidos pela instituição e os demais pelo médico solicitante. Usar letra legível. Anular campos vazios. Enviar em folha. Anexar a outras informações que julgar importante.

Ord.	Nome	Hora	Idade	Resolução				Rubrica	Observação
				Alta	Transf.	Evasão	Obs		
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									



suborno



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Eu, _____
concordo que sejam realizados os testes rápidos de SIFILIS a partir de uma coleta da minha polpa digital. Cabe ressaltar, que fui devidamente esclarecida e que os testes rápidos SIFILIS serão realizados de acordo com a portaria nº 3.242, de 30 de dezembro do Ministério da Saúde.

ASSINATURA: _____

Nº SIS PRÉ-NATAL _____

RG: _____

CPF: _____ TELEFONE _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

DATA: _____ LOTE: _____

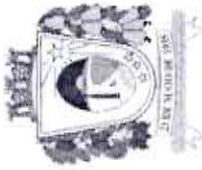
VÁLIDADE: _____

Rua Joaquim Nogueira Lopes, 763 Centro Pacajus-Ce
Email: hospitalpacajus@gmail.com

globo



mod 038
15x21
To 13/06/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal De Saúde
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES
 Rua Tenente Joaquim Nogueira Lopes, 463 - Centro - Pacajus/Ce
 Cep.: 62.870-000 - FONE/FAX: (85) 3348.0824

DECLARAÇÃO - mod. 013

Declaro que ESTÁ UNIDADE
 compareceu ao Hospital, para fins de _____ no _____
 dia ____ / ____ no turno da _____ às _____ hs.

DECLARO QUE
 POSSO COMPANHAR A ESTA UNIDADE _____, PARA
 FINS DE _____ NO DIA ____ / ____ NO TURNO DA
 _____ ÀS _____ HS.

Pacajus, ____ / ____ / ____

Ass. com carimbo



ulsona

1 DE 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

NOME DO PACIENTE: _____

ENFERMARIA: _____

LEITO

JUSTIFICATIVA:

DATA DE ADMISSÃO:

DATA DE SAÍDA:

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CRM + CARIMBO

DR. YURI MEIRELES ROLIM
MÉDICO AUDITOR

Rua Joaquim Nogueira Lopes, 763 Centro Pacajus-Ce
Email: hospitalpacajus@gmail.com

Albuquerque



50 15/10/2014
mod. 046

35 12/2013



LAUDO DO DIAGNÓSTICO - mod. 0910

PACIENTE _____

TESTE RÁPIDO PARA HIV

Teste 1

Nome do produto: _____

Resultado do teste _____

Amostra para HIV _____

Teste 2

Nome do produto: _____

Resultado do teste _____

Amostra para HIV _____



INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO Exame realizado em conformidade com a portaria SVS/MS nº29/2013;

- 1) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido 1, será submetida ao teste rápido 2 para que o diagnóstico seja definitivo;
- 2) Amostra NÃO REAGENTE para HIV em caso suspeito de infecção pelo vírus, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após data da coleta dessa amostra e submetida ao teste .

TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

Nome do produto: _____

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste Amostra para SÍFILIS _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

- 1) O teste rápido é um teste treponêmico.
- 2) Amostra NÃO REAGENTE para SÍFILIS em caso suspeito, uma nova amostra deverá ser coletada e submetida a outro teste de 30 dias após a primeira coleta.
- 3) Amostra REAGENTE para SÍFILIS no teste rápido, o paciente deverá realizar um teste não treponêmico para finalização do diagnóstico e acompanhamento do caso;
- 4) A situação clínica e epidemiológica do paciente também deverá ser observada.

TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B - ANTI-HBV

Nome do produto: _____

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste Amostra para HEPATITE B _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

- 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite B.
- 2) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do anti-HBV, encaminhar o paciente para realização do teste confirmatório.

TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C- ANTI-HCV

Nome do produto: _____

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste Amostra para HEPATITE C _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

- 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite C.
- 2) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do anti-HCV, encaminhar o paciente para realização do teste confirmatório.

Pacajus, _____ de _____ de _____.

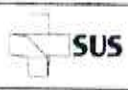
Responsável pela realização do exame: (carimbo e assinatura) _____

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ficar com o paciente e nos exames não realizados colocar o símbolo

388



700
13/06/05



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - MOD 091

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

2 UNAS UNBOMADO



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO/R

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

Subeons



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES
Rua Joaquim Nogueira Lopes, 463 - Centro - Pacajus - CE.



RESUMO DE ALTA

NOME: _____ DN: ____/____/____ Nº PRONTUÁRIO: _____
ENDEREÇO: Rua _____ Nº _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ Nº _____ DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: _____

TRATAMENTO FORA DO HOSPITAL: _____

OBS: _____

ASSINATURA C/ CARIMBO

DATA: ____/____/____

placote

FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO



Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data de Notificação
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 Gestante	
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
			30 País (se residente fora do Brasil)	
			27 CEP	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01- Empregado registrado com carteira assinada 05- Servidor público celetista 09- Cooperativado 02- Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08- Trabalho temporário 12- Outros 99- Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	34 Registro/ CNPJ ou CPF			
	35 Nome da Empresa ou Empregador			
	36 Atividade Econômica (CNAE)			
	37 UF 38 Município Código (IBGE)			
39 Distrito 40 Bairro 41 Endereço				
42 Número 43 Ponto de Referência 44 (DDD) Telefone				
45 O Empregador é Empresa Terceirizada				
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado				

silvanes



ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não. Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

Código (CID10): X 29

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 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) 3-3ª 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

31 Data da Investigação: _____

32 Ocupação: _____

33 Data do Acidente: _____

34 UF: _____ 35 Município de Ocorrência do Acidente: _____

Código (IBGE): _____

36 Localidade de Ocorrência do Acidente: _____

37 Zona de Ocorrência: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento: 1) 0-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24h 6) 24 e + h 9) Ignorado

39 Local da Picada: 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Manifestações Locais: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.) _____

42 Manifestações Sistêmicas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

neuroparalíticas (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) vagais (vômitos, diarreias)

miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.) _____

44 Tempo de Coagulação: 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado

Dados do Acidente

45 Tipo de Acidente: 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado

46 Serpente - Tipo de Acidente: 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquético 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado

47 Aranha - Tipo de Acidente: 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado

48 Lagarta - Tipo de Acidente: 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado

Animais Peçonhentos

plano

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

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, cefaleia, 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		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Codigo (CID10) A 90 A 92	
	4 UF	5 Município de Notificação	Codigo (IBGE)	
Dados de Residência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Codigo	
	7 Data dos Primeiros Sintomas		8 Nome do Paciente *	
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade	
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado		12 Gestante	
	13 Raça/Cor		14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
	19 Distrito		20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
Dados clínicos e laboratoriais	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)	
	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos 1-Sim 2- Não			
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não 9-Ignorado			
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya		36 Exame PRNT	
	37 Sorologia (IgM) Dengue		38 Exame NS1	
	39 Isolamento		40 RT-PCR	
	41 Sorotipo		42 Histopatologia	
43 Chikungunya/Dengue		44 Imunohistoquímica		



Wagner



mod. 067

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou se que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se faz para a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).



1 - Tipo de Notificação: 2 - Individual

Dados Gerais

2 - Agravado(a): **GESTANTE HIV** Código (CID10): **Z 21**

3 - Data de Notificação: _____

4 - UF: 3 - Município de Notificação: _____

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

7 - Data do Diagnóstico: _____

8 - Nome do Paciente: _____

9 - Data de Nascimento: _____

Notificação Individual

10 - (ou) Idade: 1 - Menor 2 - De 14 a 17 anos 3 - Adulto 4 - Idoso

11 - Sexo: Feminino Masculino

12 - Estado Civil: Casada Solteira Viúva Divorciada Não se aplica

13 - Raça/Cor: Branca Preta Amarela Indígena Não se aplica

14 - Escolaridade: 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário do 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário do 2º grau) 4 - 9ª a 11ª série incompleta do EF (antigo secundário do 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial do 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial do 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Licenciado 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

31 - Ocupação: _____

32 - Evidências laboratoriais do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto

Pre-Natal

33 - Fez/ Faz pré-natal: sim não ignorado

34 - UF: _____

35 - Município de realização ou Pré-natal: _____ Código (IBGE): _____

36 - Unidade de realização do pré-natal: _____ Código: _____

37 - Nº da Gestante no SISPREENATAL: _____

38 - Uso de antiretrovirais para profilaxia: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

39 - Data de início do uso de antiretroviral para profilaxia: _____

Parto

40 - UF: 41 - Município do local do parto: _____ Código (IBGE): _____

42 - Local de realização do parto: _____ Código: _____

43 - Data do parto: _____

44 - Tipo de parto: 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica

45 - Fez uso de profilaxia antiretroviral durante o parto: sim não ignorado

46 - Avaliação do parto: 1 - Normal 2 - Anormal 3 - Não se aplica

47 - Início da profilaxia antiretroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado

Investigador

Município/Unidade de Saúde: _____

Cód. do Muni. de Saúde: _____

Nome: _____

Função: _____

Assinatura: _____

fulgenc

CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: **MENINGITE** 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES

3 Data da Notificação: Código (CID10): **G03.9**

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 1 - 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):



fulgens

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação: 32 Ocupação:

33 Vacinação:

	Nº Doses	Data da Última Dose	Nº Doses	Data da Última Dose
1 - Sim <input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C			<input type="checkbox"/> Triplice	
2 - Não <input type="checkbox"/> Polissacarídica B/C			<input type="checkbox"/> Hemofílico (Tetravalente ou Hib)	
9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Conjugada meningocócica			<input type="checkbox"/> Pneumococo	
<input type="checkbox"/> BCG			<input type="checkbox"/> Outra	

Antecedentes Epidemiológicos

34 Doenças Pré-existentes: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

AIDS/HIV+ Outras Doenças Imunodepressoras IRA Tuberculose

Traumatismo Infecção Hospitalar Outro

35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas):

1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola

5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado

36 Nome do Contato: 37 (DDD) Telefone:

38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc): 39 Caso Secundário: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Sinais e Sintomas: Meningite

Cefaléia Vômitos Rigidez de Nuca Abaulamento de Fontanela Petéquias/Sufusões Hemorrágicas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Febre Convulsões Kernig/Brudzinski Coma Outras

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresenta evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 1 - Individual 2 - Individual

2 Agravado/doença: **SÍFILIS EM GESTANTE**

Código (CID10): **O98.1**

3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____

Código (IBGE): _____

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

Código: _____

7 Data do Diagnóstico: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____

9 Data de Nascimento: _____

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

11 Sexo: F - Feminino M - Masculino

12 Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 9 - Ignorado

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

14 Escolaridade: 9 - 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 ginasio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasio 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...): _____

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

31 Ocupação: _____

32 UF: _____ 33 Município de realização do Pré-Natal: _____

Código (IBGE): _____

34 Unidade de realização do pré-natal: _____

Código: _____

35 Nº da Gestante no SISPRENATAL: _____

36 Classificação Clínica: 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados Laboratoriais

Resultado dos Exames

37 Teste não treponêmico no pré-natal: 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado

38 Título: _____

39 Data: _____

40 Teste treponêmico no pré-natal: 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado

Tratamento gestante

41 Esquema de tratamento prescrito à gestante

1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI

4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceira sexual

42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro

1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI

4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante

luoone

mod 070

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	3 Data da Notificação					
	2 Agravado(a)	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 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - 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 6ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio 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				
	17 Data dos 10 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar				
Dados de Residência	20 UF 21 Município de Residência Código (IBGE)	22 Distrito					
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida, ...) Código					
	25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1					
Notificante	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP				
	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)				
Município/Unidade de Saúde		Nome		Função		Assinatura	

juvens



Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: AIDS

3 Data da Notificação: B 24

4 UF: B 5 Município de Notificação: B 24

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código: 7 Data do Diagnóstico:

8 Nome do Paciente: 9 Data de Nascimento:

10 (ou) Idade: 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante: 13 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

Notificação Individual

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:

Provável modo de transmissão

32 Transmissão vertical: 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado

33 Sexual: 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado

34 Sanguínea: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Uso de drogas injetáveis: Transfusão sanguínea:

Tratamento/hemotransfusão para hemofilia: Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses:

Informações sobre transfusão/acidente

35 Data da transfusão/acidente: 36 UF: 37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente: Código (IBGE):

38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente: Código:

39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica

Dados do Laboratório

40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV

1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado

Teste de triagem: Data da coleta: Teste confirmatório:

Teste rápido 1: Teste rápido 2: Teste rápido 3:

ulceras

