







MUNICÍPIO DE NOVA FATIMA - PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, nº 540
E-mail: smsnovafatima@hotmail.com
Telefone: (43) 3552-1478

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. (a) _____

- _____
- () Goza de Boa Saúde Física e Mental
- () Esteve em Consulta Médica
- () Acompanhou o Sr. (a) _____
- () Deve ficar afastado do serviço para tratamento por
_____ dias a partir desta data.

CID _____

Nova Fátima ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo
Médico Responsável



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua prefeito José Andrade Marinho, nº 540
E-mail: smsnovafatima@hotmail.com
Fone: (43)3552-1478

23

ATENÇÃO

À

**CASA DE MISERICÓRDIA
CORNÉLIO PROCÓPIO – PR**

AUTOCOPIATIVA

Autorizo a Avaliação (Consulta/Internação) para o paciente:

Motivo: _____

____ / ____ / ____

Regiani Gobbi Leite de Medeiros
Secretária Municipal de Saúde

NOVA FATIMA - PR

MUNICÍPIO/UF: _____

BAIRRO: _____

N.º DE QUARTEIÕES: _____

N.º DE IMÓVEIS: _____

ESTRATO: _____

FOLHA : _____ / _____

Nome: _____

Data: ____/____/____

Visto do Supervisor

Responsável pela identificação

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME**:

- Melhora súbita da febre alta até o 5º dia
- Vômitos frequentes ou com sangue
- Dor muito forte na barriga
- Dificuldade de respirar
- Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias
- Agitação ou muita sonolência
- Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta)
- Suor frio
- Diminuição do volume da urina
- Ponto ou manchas vermelhas ou roxas na pele

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

sal de cozinha ----- 1 colher de café
açúcar ----- 2 colheres de sopa
água potável ----- 1 litro

Unidade de Referência



26/1ª Parte

Cartão do Usuário - Acompanhamento Ambulatorial - Dengue

Nome: _____

Mãe: _____

Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Início dos sintomas ____/____/____

Notificação ☐ Sim ☐ Não

1ª Coleta de exames

• Hematócrito em ____/____/____ Resultado: _____ %
• Plaquetas em ____/____/____ Resultado: _____ .000/mm³
• Sorologia em ____/____/____ Resultado: _____

Controle sinais vitais

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Auxiliar °C							

2ª Coleta de exames

• Hematócrito em ____/____/____ Resultado: _____ %
• Plaquetas em ____/____/____ Resultado: _____ .000/mm³
• Sorologia em ____/____/____ Resultado: _____

3ª Coleta de exames

• Hematócrito em ____/____/____ Resultado: _____ %
• Plaquetas em ____/____/____ Resultado: _____ .000/mm³
• Sorologia em ____/____/____ Resultado: _____

Informações complementares

Secretaria Municipal de Saúde

- Nome: _____

Endereço: _____

Prontuário: _____

CNS: _____

D.N: / /

CARTÃO HIPERDIA

[illegible]

28

Município de Nova Fátima

Secretaria Municipal de Saúde

CARTÃO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Nome: _____

Endereço: _____

Prontuário: _____

CNS: _____

D.N: _____ / _____ / _____

- *Sexo seguro: use camisinha sempre!
- *Faça exames preventivos anualmente.
- *Tenha uma alimentação saudável.
- *Evite cigarros.
- *Evite bebidas alcoólicas.
- *Pratique atividades físicas.
- *Mantenha o peso adequado.
- *Use corretamente o método contraceptivo conforme a orientação médica

[illegible]

Outras Vacinas	Outras Vacinas	Outras Vacinas	Outras Vacinas
Toga	Toga	Toga	Toga
Dtao	Dtao	Dtao	Dtao
Lote	Lote	Lote	Lote
Unid	Unid	Unid	Unid
Ass	Ass	Ass	Ass

Toga	Toga	Toga	Toga
Dtao	Dtao	Dtao	Dtao
Lote	Lote	Lote	Lote
Unid	Unid	Unid	Unid
Ass	Ass	Ass	Ass

Toga	Toga	Toga	Toga
Dtao	Dtao	Dtao	Dtao
Lote	Lote	Lote	Lote
Unid	Unid	Unid	Unid
Ass	Ass	Ass	Ass

Toga	Toga	Toga	Toga
Dtao	Dtao	Dtao	Dtao
Lote	Lote	Lote	Lote
Unid	Unid	Unid	Unid
Ass	Ass	Ass	Ass

CARTEIRA DE VACINAS

Nome da criança _____

Nome de Mãe _____

Endereço _____

Cidade _____

Estado _____

CPF _____

Unidade de Saúde _____

Dose/Vacinas	BCG-G	Hepatitis B	Pentavalente (DTP+Hib+Vib)	Vacina Polivalente Infância (VP E VOP)	Vacina Oral de Rotavírus Humano	Vacina Pneumocócica 10	Vacina Hemofílica C	Dose/Vacinas	Pélio Amarelo	Triplice Ind.	Vacina Influenza
1º Dose	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.		Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.
2ª Dose			Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.			Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.
3ª Dose			Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.		Data Lote Unid. Ass.					Data Lote Unid. Ass.
1º Reforço						Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.				Data Lote Unid. Ass.
2º Reforço						Data Lote Unid. Ass.	Data Lote Unid. Ass.				Data Lote Unid. Ass.



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

30

Secretaria Municipal de Saúde

Rua José Andrade Marinho nº 540 - Esquina com Rua Moyses Lupion
Fone (43) 3552-1478 - e-mail: smsnovafatima@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que o(a) aluno(a): _____

_____, encontra-se com a situação vacinal em

dia até a data ____/____/____.

Nova Fátima, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional

Ouvidoria – Ficha para Cadastro

Nome: _____

CPF: _____

Telefone: _____

**REIVINDICAÇÃO / SUGESTÃO / ELOGIO / DENÚNCIA / OUTROS:**



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, Nº 540 - Centro
Fone: (43) 3552-1478

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a) _____

_____ esteve em consulta/procedimento _____

_____ nesta unidade de saúde no dia

_____/_____/_____, durante o período _____.

Nova Fátima ____/____/____

Assinatura e Carimbo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA FÁTIMA/PR

CNPJ: 75.828.418/0001-90

Rua José Andrade Marinho, Nº 540 - Centro - Fone: (43) 3552-1478

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO

PACIENTE _____

RG: _____, CPF: _____

CNS: _____, DECLARA DESISTÊNCIA deste
agendamento de: _____

_____ datado de: ____/____/____.

Motivo: _____

Está ciente que a vaga agendada passará para o próximo paciente da fila e
que não será reagendado esse atendimento.

Nova Fátima, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura Paciente

Assinatura Servidor

Município de Nova Fátima - Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho, 540 - Centro - Telefone: (43) 3552-1478

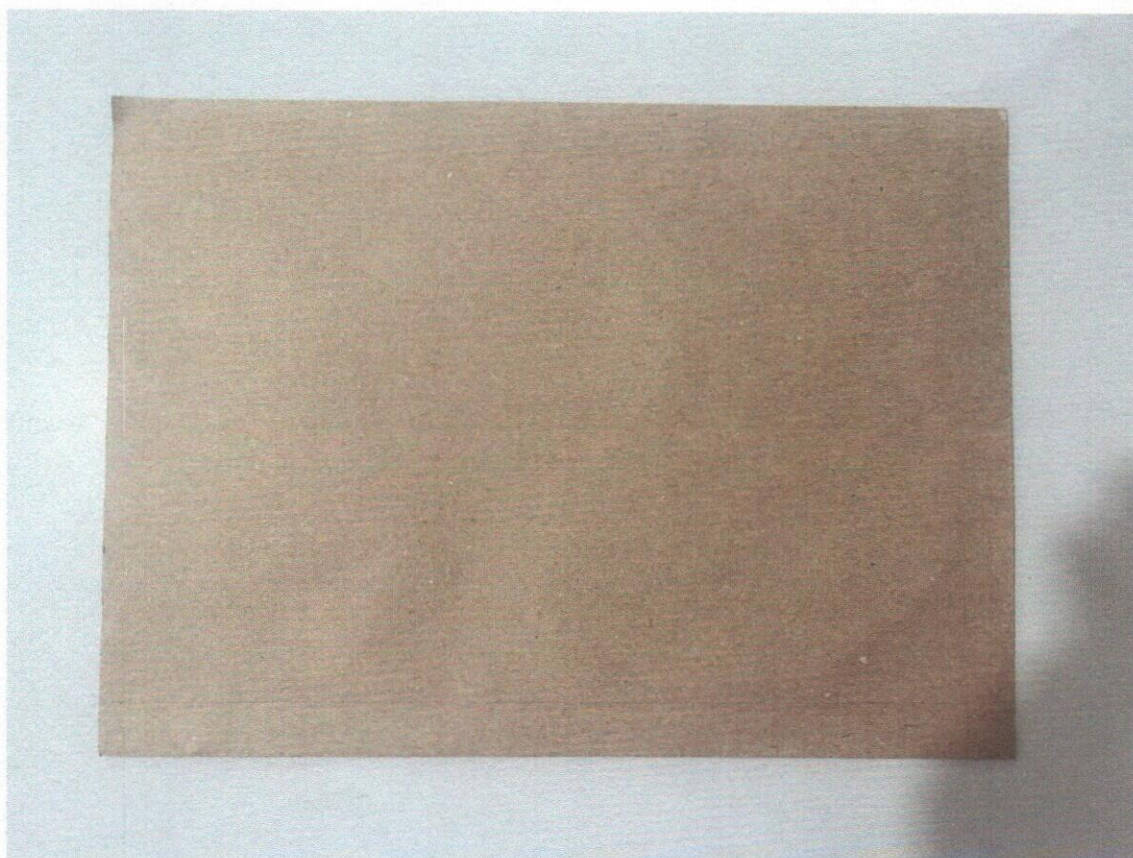
Cep: 86.310-000 - Nova Fátima - PR

DIÁRIO DE BORDO

Veículo:

Mês/Ano:

[illegible]



* ATENDIMENTO MÉDICO DA SEMANA* - MÉDICO: _____ DATA ____/____/____ DIA: _____

NOME COMPLETO	CARTÃO SUS	DATA NASC.	ID	TELEFONE	PROCEDIMETO ORIENTAÇÕES						PRONTUÁRIO	
					D M	H A	C O N	P A	H G T	P E S O		
01		/ /					X				X	
02		/ /					X				X	
03		/ /					X				X	
04		/ /					X				X	
05		/ /					X				X	
06		/ /					X				X	
07		/ /					X				X	
08		/ /					X				X	
09		/ /					X				X	
10		/ /					X				X	
11		/ /					X				X	
12		/ /					X				X	
13		/ /					X				X	
14		/ /					X				X	
15		/ /					X				X	
16		/ /					X				X	
17		/ /					X				X	
18		/ /					X				X	
19		/ /					X				X	
20		/ /					X				X	



SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE IRMÃOS PILUSKI
MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA37 *Fruntu*

FICHA DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS

Nº CARTÃO NACIONAL DO SUS (CNS): / / / / / / / / / / / / / / /	Nº PRONTUÁRIO	TIPAGEM SANGÜINEA	COOMBS INDIRETO	SEXO FEMININO
---	---------------	-------------------	-----------------	------------------

* NOME GESTANTE:			DATA DO NASCIMENTO: / /	IDADE:
*ESCOLARIDADE:	*RAÇA/ETNIA:	OCUPAÇÃO/LOCAL DE TRABALHO:		
NATURALIDADE:	*RG:	ORGÃO EMISSOR	*CPF:	
ESTADO CIVIL:	NOME DO CONJUGUE E / OU RESPONSÁVEL:			
FILIAÇÃO: * MÃE:				
* PAI:				
*ENDEREÇO RESIDENCIAL:			Nº	CEP: 86310-000
*BAIRRO:	*FONE PESSOAL ()	FONE CONTATO /EMERGÊNCIAL- NOME: ()		

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:	☐ HABITUAL	☐ INTERMEDIÁRIO	☒ ALTO RISCO
JUSTIFICATIVA:			

ANTECEDENTES PESSOAIS (PATOLOGIAS): CITAR:	GESTÃO PLANEJADA: ☐ SIM ☐ NÃO
---	--

USO DE SUBSTÂNCIA QUE GERAM DEPENDÊNCIAS: () ÀLCOL () CIGARRO/ QUANTIDADES / DIA: () DROGAS () OUTROS
--

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAÇÃO: PARTO: ABORTO: CESÁREA: GRAV. ECTÓPICA: IMUNOGLOBINA ANTI RhD. ÓBITO FETAL: IG: CAUSA: * NATIMORTO: CAUSA:
--

USO DE MEDICAÇÕES: () SIM () NÃO QUAIS:
--

DUM: / /	DPP: / /	IG:	PESO INICIAL	ALTURA	IMC	* 1º USG / /	IG:	DPP: / /
-------------	-------------	-----	--------------	--------	-----	-----------------	-----	-------------

DOSES DATAS	ANTI TETÂNICA	DTPA	HEPATITE B	REVACINAR HEPATITE B	OUTRAS VACINAS	TESTES RÁPIDOS	EXAMES Laboratoriais	RESULTADO DO EXAME: ANTI - HBS
1º						1º / /	1º / /	
2º						2º / /	2º / /	
3º						3º / /	3º / /	
1º REF								OBS:
2º REF								

• TESTE DA MÃEZINHA Data da coleta: / / * Resultado:	
• EX. CITOPATOLÓGICO - Colo do Útero Data da coleta: / / * Resultado:	

REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE

DATA: / /	HISTORIA CLÍNICA (1º CONSULTA DE PRÉ - NATAL - *ENFERMEIRA*)	ASSINATURA
PA:		
Tº:		
HGT:		
FC:		
SAT:		

NOME: _____

[illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO TR

Identificação da Unidade

Data: ____/____/____

Nome da Unidade:

Nome profissional/rubrica:

CNS/CPF:

Identificação do usuário - Nome social: _____

Nome do usuário: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Travesti () Transexual () Parceiro: () Sim () Não

Gestante: () Sim () Não () 1º trim () 2º trim () 3º trim

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

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Local de residência

Município: _____

[se estrangeiro]

Bairro: _____ Estado: _____ País: _____

Abordagem Consentida

Permite contato:

Tipo de contato:

() Telefone

() Correio

() e-mail

() Sim () Não

() Visita

() Outro, qual:

Se permite visita ou por correio coletar endereço:

Se permite telefone : Nº _____

() Apenas com o (a) próprio (a) e/ou

() Falar com :

Assinatura

do usuário:

Situação Conjugal :

() Casado(a)/uniao estavel

() Viúvo(a)

() Separado(a)

() Não Informado

() Solteiro(a)

Escolaridade (anos concluídos):

() Nenhuma

() de 8 a 11

() de 1 a 3

() 12 ou mais

() de 4 a 7

() Ignorado

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

Como ficou sabendo do serviço?

() Material de divulgação

() Banco de Sangue

() Serviço/Prof de Saúde

() Amigos/Usuários

() Jornais/rádio/TV

() Serviço de informação telefônica

() Escola

() Outra, qual:

Tipo de parceiro nos ult. 12 meses:

() Nunca teve relações sexuais

() Só homens

() Só mulheres

() Homens e Mulheres

() Travestis/Transexuais

() Não Informado

Nº de parceiros sexuais nos ultimos 12 meses:

() Nenhum

() 11 a 20

() 1

() 21 a 50

() 2

() 51 a 100

() 3 a 5

() + de 100

() 6 a 10

() Não Informado

Tipo de exposição

() Relação sexual sem camisinha

() Transm/ Materno-infantil

() Uso de droga injetável (UDI)

() Hemofílico/Transfusão

() Uso de outras drogas (UD)

() Não possui risco

() Outros, quais:

Recorte Populacional:

() Usuario de Drogas

() Usuario de Drogas INJETAVEIS

() Profissional do sexo

() Homem que faz sexo com homem

Teve alguma DST nos últ. 12 meses?

() Sim () Não

() Outro:

Uso de Drogas

() Bebe ou já bebeu álcool com frequencia

na vida:

() Usa ou usou drogas injetáveis (na veia)

() Nunca usou

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

() Tem ou teve parceiro(a) que usou drogas injetáveis

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

() Nunca

() Sempre

() Às vezes

() Não tem parceiro(a) fixo(a)

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

() Nunca

() Sempre

() Às vezes

() Não tem parceiro(a) eventual:

Exame de HIV

Resultado do exame anti-HIV:

() Convencional () TRD HIV

() Reagente

() NÃO reagente

() Discordante

() Indeterminado

Se reagente, já sabia que era portador?

() Sim () Não () Não Informado

Nome da unidade e município para onde portador foi encaminhado

Exame de sífilis

Resultado do teste

() TR

() Reagente

() Não reagente

() Não treponêmico

titulação: _____

() HEPATITE B () REAG. () NÃO REAGENTE

1ª Parte



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FÁTIMA - PR
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE PUERICULTURA

*ACS: _____

*Certidão de Nascimento: _____

*Ficha Geral: _____ *Cartão do SUS: _____

*Nome: _____

*Data de Nascimento: _____ *Sexo: _____

*Nome da Mãe: _____

*Endereço: _____ *Telefone: _____

PSE-NATAL: Sim () Não () *Onde: _____

Doenças na Gravidez: _____

***PARTO:**

*Domiciliar () Hospitalar () - Onde? _____

*Normal () Forceps () Episiotomia () Cesária ()

*Idade Gestacional: _____ Apgar 1º min: _____ Apgar 5º min: _____

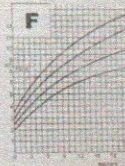
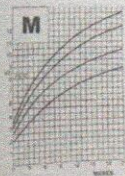
*Peso ao Nascer: _____ *Peso na alta: _____

*Estatura ao Nascer: _____ *PC: _____ *PT: _____

*Nº de irmãos: _____

*Mãe trabalha fora de casa? (Profissão): _____

*Quem cuida das crianças? _____



2ª Parte

Idade				
Data				
Temp.				
Peso				
Estatura				
P.T.				
P.C.				
Grau de Nutrição				
Leite Materno				
Nº de vezes				
Duração				
Técnica				
Outro leite				
Diluição				
Quantidade				
Nº de vezes				
Sucos				
Frutas				
Gema de Ovo (nº de vezes)				
Outros alimentos				
Queixas				
Evacuação				
Micção				
Sono				
Higiene				
Fontanelas				
Lesões de pele				
Genitais				
Dentição				
Vacinas				
DNPM				
Exposição ao sol				
Outras orientações				
*prevenção de acidentes				
*retorno				

Idade				
Data				
Temp.				
Peso				
Estatura				
P.T.				
P.C.				
Grau de Nutrição				
Leite Materno				
Nº de vezes				
Duração				
Técnica				
Outro leite				
Diluição				
Quantidade				
Nº de vezes				
Sucos				
Frutas				
Gema de Ovo (nº de vezes)				
Outros alimentos				
Queixas				
Evacuação				
Micção				
Sono				
Higiene				
Fontanelas				
Lesões de pele				
Genitais				
Dentição				
Vacinas				
DNPM				
Exposição ao sol				
Outras orientações				
*prevenção de acidentes				
*retorno				

**FICHA GERAL DE ATENDIMENTO**

Nº CARTÃO NACIONAL DO SUS - CNS:

Nº PRONTUÁRIO:

SEXO:

☐ MASC.☐ FEM.

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

ESCOLARIDADE:

RAÇA/ ETNIA

OCUPAÇÃO/ LOCAL DE TRABALHO:

NATURALIDADE:

* RG:

ORGÃO EMISSOR:

* CPF:

ESTADO CIVIL:

NOME DO CONJUGUE E / OU RESPONSÁVEL:

FILIAÇÃO: * MÃE:

* PAI:

* ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Nº

CEP:

* BAIRRO:

* FONE PESSOAL

()

FONE CONTATO / EMERGÊNCIA

()

ANTECEDENTES PESSOAIS - PATOLOGIAS CRÔNICAS:

☐ DIABETES MELLITUS - TIPO: _____☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL☐ OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS - QUAIS: _____**DATA**SINAIS VITAIS/
ANTROPOMÉTRICOS**REGISTROS DE ATENDIMENTOS DA EQUIPE DE SAÚDE**PRÉ- CONSULTAS - EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICOS - TRATAMENTO - EXAMES COMPLEMENTARES - EVOLUÇÕES/
INTERCORRÊNCIAS - PÓS-CONSULTAS - ENCAMINHAMENTOS - OUTROS ATENDIMENTOS.

NOME:

[illegible]

NOME:

[illegible]



CENTRO DE SAÚDE IRMÃOS PILUSKI

RUA JOSÉ ANDRADE MARINHO, 540 - FONE: (43) 3552-1478
CEP: 86.310-000 - NOVA FÁTIMA - PARANÁ
smsnovafatima@hotmail.com

NOME:

Nº

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

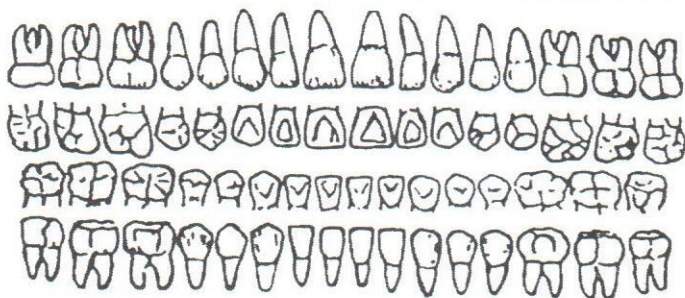
TEL:

PROFISSÃO

NASC: / /

CNS:

CPF:



RADIOGRAFIAS

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

DENTES

ANOTAÇÕES

COR ESC.

FORMA

T C

T S

PA-MAX

PA-MIN.

SENSIB. ANESTESIA

SENSIB. ANTIBIÓTICOS



REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

Município	Código e nome da localidade	Categ. Localid.	Zona	Tipo	Concluída
				1-sede 2-outros	S-sim N-não

Atividade	
1-LI - Levantamento de índice	2-LI+T - Levantamento de índice + tratamento
4-T-Tratamento	5-DF-Deleitação de Foco
	3-PE-Ponto Estratégico
	6-PVE-Pesquisa Vetorial Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA/TRATAMENTO

[illegible]

Assinatura do Agente		Assinatura do Supervisor		Tipo do Imóvel	R-residencial C-comercial TB-terreno baldio	PE-ponto estratégico O-outras	Pendência	R-recusado F-fechado
----------------------	--	--------------------------	--	----------------	---	----------------------------------	-----------	-------------------------

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo				Nº depósitos inspecionados por tipo									
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL

Nº Imóveis		Nº. Tubitos/ Amostras Coletadas	
Trat. Focal	Trat. Inspecionados	Recuperados	

Pendência	
Recusa	Fechados

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos				
Tratados				
Eliminado	Larvicida (1)		Larvicida (2)	
	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.dep.trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões concluídos

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

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

Nº depósitos com espécimes por tipo							Nº de imóveis com espécimes, por tipo				Nº de exemplares								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total		R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos
com Aedes aegypti									com Aedes aegypti										
com Aedes albopictus									com Aedes albopictus										
									Outros										

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01 Controle Digitação

02	Município				03	Código e nome da localidade				04	Zona									
05	Categ. Localid.		06	Tipo		07	Ciclo/Ano		08	Concluído?		09	Sem. Epidem.		10	Data Início		11	Data Final	
				1 - sede 2 - outros			/			S-sim N-não			/			/ /			/ /	

12	Atividade																	
	1 LI - levantamento de índice						2-LI+T Levantamento de índice + Tratamento						3-PE-Ponto estratégico					
	4-T - tratamento						5-DF - Delimitação de foco						6-PVE-Pesquisa Vetoria Especial					

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO																		
13	Total quart. Concl.		Nº Imóveis trabalhados por tipos										Nº imóveis				Pendência	
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26					
	Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados					

TB - terreno baldio

PE - ponto estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo															
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	Total

35 Depósito Eliminado

Nº Depósitos Tratados											
Larvicida (1)			Larvicida (2)								
36	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38	Qtde. Dep. Trat	39	Tipo	40	Qtde. (Gramas)	41	Qtde. Dep. Trat

Adulticida	
42	43
Tipo	Qtde. (Carga)

44 Agentes por dia trabalhado

RESUMO DO LABORATÓRIO																
Nº Depósitos com espécimes por tipo																
	45	A1	46	A2	47	B	48	C	49	D1	50	D2	51	E	52	Total
Com Aedes aegypti																
Com Aedes albopictus																

A1 - caixa d'água elevada

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixo

D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo										Nº de exemplares										
	53	Residência	54	Comércio	55	Terreno Baldio	56	Ponto Estratégico	57	Outros	58	Total	59	Larvas	60	Pupas	61	Exúvia de pupa	62	Adultos
Com Aedes aegypti																				
Com Aedes albopictus																				
Outros																				

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

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

65	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

66 Visto do Supervisor

67 Data do visto



Secretaria Municipal de Saúde

Rua: José Andrade Marinho, 540 - Nova Fátima-PR

Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone/fax (43) 3552-1478

FICHA PUERPERAL

1) IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Sexo: () M () F

CPF do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CNS do Paciente: _____ Telefone: () _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

2) DATA DA VISITA PUERPERAL: ____/____/____

3) DADOS SOBRE O PARTO

Local da ocorrência: _____

Duração da gestação: _____

Tipo de gravidez: _____

Tipo de parto: _____

Nº de consultas de pré-natal: _____

Data do parto: _____

Sexo do RN: _____

Peso ao nascer: _____

Índice de Apgar: _____ 1º minuto _____ 5º minuto

4) QUEIXAS

5) EXAME FÍSICO GERAL



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR 46

(Vouso)

Secretaria Municipal de Saúde

Rua: José Andrade Marinho, 540 - Nova Fátima-PR

Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone/fax (43) 3552-1478

P.A: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

6) EXAME GINECOLÓGICO

Mamas: _____

Abdômen (involução uterina e corte cesariana): _____

Genitais externos (Higiene, presença de edema, hematomas, aspecto da episiorrafia, características do lóquio): _____

MMII: _____

7) ORIENTAÇÕES

Nutrição

Atividade Física

Aleitamento Materno

Controle de Câncer do colo uterino e de mama

Abstinência Sexual

Puericultura: _____

Consulta Puerperal: _____

8) ANOTAÇÕES



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

Secretaria Municipal de Saúde

Rua José Andrade Marinho nº 540 -

Email: smsnovafatima@hotmail.com - Fone (43) 3552-1478

RETORNO DE NUTRIÇÃO

NOME: _____

DATA: / /

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Aranhas

ARANHA ARMADORA



Phoneutria sp.

- É muito agressiva. É encontrada em bananeiras, troncos, madeiras e pode entrar nas residências.
- A picada causa dor imediata no local, e pode ser grave em crianças e idosos.
- Pode atingir cerca de 10 cm de diâmetro e não constroi tela.

ARANHA MARROM



Loxosceles intermedia (fêmea)

- É pouco agressiva, com hábitos noturnos.
- É muito comum no ambiente domiciliar, podendo ser encontrada em pilhas de tijolos, telhas, madeiras, frestas, atrás e no interior de móveis, em roupas e calçados.
- A picada é pouco dolorosa e os sintomas podem aparecer várias horas após o acidente.
- Pode atingir cerca de 4 cm de diâmetro quando adulta.

Outras espécies

Aranhas caranguejeiras e aranhas de jardim, apesar da picada dolorida, não têm veneno muito ativo em seres humanos. Acidentes com esses animais geralmente são de baixa gravidade.



Aranha de jardim - Lycosa sp.



Caranguejeira - Diplura sp.

Como evitar acidentes

- Utilizar equipamentos de segurança adequados em ambientes propícios à ocorrência desses animais (ex.: botas e luvas de couro);
- Não colocar as mãos em buracos no solo, árvores ou folhagens;
- Sempre examinar calçados, roupas pessoais e de cama e banho antes de usá-los;
- Vedar frestas e buracos de paredes e assoalhos que permitam a entrada desses animais no ambiente doméstico;
- Manter a casa e o quintal limpos, livres de entulho e lixo;
- Redobrar os cuidados e atenção nas épocas quentes, pois é quando esses animais são mais ativos e se reproduzem.

Como agir em caso de acidentes

- Não cortar, furar ou fazer tomiquete no membro afetado;
- Não sugar o local da ferida e não colocar produtos caseiros no ferimento;
- Lavar o ferimento com água e sabão;
- Manter a vítima calma e em repouso;
- Levantar a vítima para atendimento médico o mais rápido possível;
- Em caso de acidentes com lagartas, ficar atento ao surgimento de sangramentos ou hematomas nas primeiras 48 horas;
- Sempre que possível levar ao posto de atendimento, junto com a vítima, o animal causador do acidente, mesmo morto, para facilitar o diagnóstico.

EM CASO DE DÚVIDAS, ENTRE EM CONTATO COM O CENTRO DE CONTROLE DE ENVENENAMENTOS

0800 410148



Pacto Global
Rede Brasileira



COPEL
Pura Energia



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

Serpentes

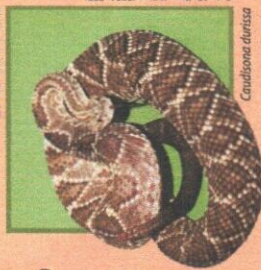
JARARACA



- A jararaca é a serpente que mais causa acidentes no Brasil;
- Apresenta desenhos no corpo semelhantes a um "V" invertido;

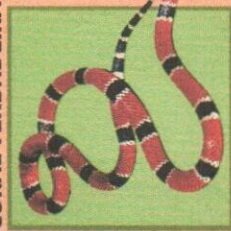
- Seu corpo pode chegar até a 1,5 m de comprimento total;
- Algumas espécies são bastante agressivas. Geralmente são encontradas em locais úmidos.

CASCABEL



- Apresenta guizo ou chocalho no final da cauda;
- É uma serpente menos agressiva que a jararaca e encontra-se geralmente em locais mais secos.
- Seu corpo pode chegar até a 1,2 m de comprimento total.

CORAL VERDADEIRA



- Principal característica: coloração padrão em anéis vermelhos, pretos e brancos (ou amarelos);
- Seu corpo pode chegar até a 80 cm de comprimento total.

Informações Gerais

Os acidentes envolvendo serpentes ocorrem principalmente nas pernas e nos pés. As serpentes em geral têm hábitos noturnos e atacam principalmente quando se sentem ameaçadas.

Escorpiões

- Destacam-se duas espécies de maior importância médica no Brasil: *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo) e *Tityus bahiensis* (escorpião preto ou marrom).



Tityus serrulatus (escorpião amarelo)

- Têm hábitos noturnos, mantendo-se escondidos durante o dia em troncos, galhos, buracos e rochas. O escorpião amarelo é a espécie mais perigosa. Nas áreas urbanas são encontrados principalmente nos entulhos em torno das residências e terrenos baldios. Outros escorpiões de coloração marrom ou preta causam acidentes de menor gravidade.

- Injetam o veneno pelo ferrão que fica no último segmento da cauda. Sua picada é dolorida e pode ser muito grave em crianças e idosos.



Tityus bahiensis (escorpião preto ou marrom)

Lagartas

- São larvas de mariposas ou borboletas. Os acidentes mais graves geralmente ocorrem com a espécie *Lonomia obliqua*, que é comumente encontrada em grupos nos troncos de árvores. Seu veneno pode provocar hemorragias.



Grupo de *Lonomia obliqua*

- O contato com as cerdas do corpo da lagarta libera o veneno que causa dor, queimadura, vermelhidão e inchaço. As manchas hemorrágicas ou sangramentos pelo nariz, gengivas ou urina podem aparecer entre 8 a 72 horas após o contato.



Lonomia obliqua

Foto: Emanuel Marques da Silva

- Em caso de acidente com lagartas, se possível leve o animal para auxiliar no diagnóstico e tratamento.



Lonomia adulta (Macho)

Lonomia adulta (Fêmea)

Foto: Emanuel Marques da Silva

ESCORPIÃO

É um aracnídeo peçonhento, com um ferrão na ponta da calda, através do qual injeta seu veneno. Os escorpiões picam para matar sua presa (alimento) ou quando se sentem ameaçados.

Seu corpo é formado pelo tronco e pela cauda. Vivem na natureza sob cascas e frestas de árvores, troncos apodrecidos, embaixo de pedras, frestas de barrancos e cupinzeiros.

Possuem hábitos noturnos, saindo para se alimentar ao anoitecer. Preferem lugares úmidos e escuros. São animais carnívoros e alimentam-se e principalmente de insetos: baratas, grilos e cupins, ou aracnídeos como aranha e outros escorpiões.

No ambiente urbano, podem abrigar-se próximos das residências e terrenos baldios com mato, lixo doméstico, restos de tijolos, telhas, lenha e em cemitérios.

Infestam também as redes de esgoto e pluvial das cidades, fossas e caixas de gorduras, sendo de difícil controle nesta estágio.



NO ESTADO DO PARANÁ EXISTEM VÁRIAS ESPÉCIES, ENTRE AS MAIS COMUNS TEMOS:

Bothriurus sp escorpião de coloração marrom, variando até o preto, podendo atingir 4cm. Vivem em locais úmidos sob pedras e em buracos no solo. Seu veneno não é muito tóxico ao homem, sendo os acidentes de pouca gravidade.



Tityus costatus possui três faixas escuras na parte superior do tronco podendo apresentar variação no colorido.

As patas também são manchadas. Podem atingir até 6 cm de tamanho. Essa espécie é comum nas áreas de mata no Paraná.



PORÉM, SOMENTE DUAS ESPÉCIES MERECEM MAIOR ATENÇÃO:

Tityus serrulatus ou escorpião amarelo: possui a maior parte do corpo de coloração amarela. Pode atingir até 7 cm de comprimento. Nesta espécie só existem fêmeas que se reproduzem por partenogênese (não existem machos). São adaptadas ao ambiente urbano, proliferando em torno das habitações humanas. Seu veneno é altamente tóxico podendo levar a casos fatais.



Tityus bahiensis ou escorpião marrom. seu tamanho médio é de 6 cm. Nesta espécie existem fêmeas e machos. São comuns em áreas de mata ou campos, podendo também ser encontrados em áreas urbanas. Seu veneno é tóxico podendo causar acidente moderados com pouca gravidade.



SINTOMAS CAUSADOS PELA PICADA DOS ESCORPIÕES:

LEVE - Dor e amortecimento leve no local da picada.

MODERADO - Dor intensa, vômitos ocasionais, suor, agitação, taquicardia, hipertensão arterial.

GRAVE - Dor, suor e vômitos intensos, pulso lento, falta de ar intensa e choque, podendo levar à morte

- Atenção especial com menores de 7 anos e maiores de 60 anos.

EM CASO DE ACIDENTE POR ESCORPIÃO

- Lavar o local da picada com água e sabão.
- Com segurança, capturar e levar o animal para que seja feito a identificação.
- Procurar assistência médica.

PARA EVITAR ACIDENTES

- Não acumular entulhos como tijolos, telhas e garrafas vazias no fundo do quintal, terrenos baldios ou áreas livres.
- Usar botas e luvas para remover o entulho e o lixo.
- Evitar plantas com muitas folhagens.
- Eliminar insetos, principalmente as baratas, o alimento preferido dos escorpiões.
- manter o lixo em sacos plásticos sempre dentro de latas fechadas.
- Acabar com buracos e frestas em paredes, janelas, portas, pisos e muros.



51

- Colocar sacos de areia na soleira das portas e telas nas janelas e ralos.
- Inspeccionar panos de chão antes de usá-los e deixá-los sempre pendurados.
- Examinar roupas e calçados antes de vesti-los.
- Antes de dormir verificar se não há escorpião nos lençóis e embaixo da cama.
- Lembre-se: sapos, corujas, seriemas, pássaros, macacos e galinhas se alimentam também de escorpiões.

PARA MAIS INFORMAÇÕES:



- Centro de Saúde Ambiental Divisão de Zoonoses e Intoxicações
- DVVZI: 41 - 3330 4470

Centro de Produção de Pesquisa de Imunobiológicos
Seção de Animais Pegonhentos
- CPPI/SAP: 41 3673-8800

Centro de Informações Toxicológicas de Londrina
- CIT: 43 3371-2244

Centro de Controle de Envenenamentos
- CCE: 0800 41 0148

Centro de Controle de Intoxicações de Maringá
- CCI: 44 3225-8484

Centro de Assistência em Toxicologia Cascavel
- CEATOX 0800 645 1148



VIGIASUS



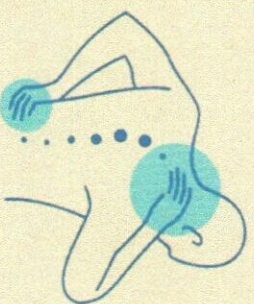
92 (11) 3161-1111

CONTRA ESCORPIÃO



É A MELHOR SOLUÇÃO

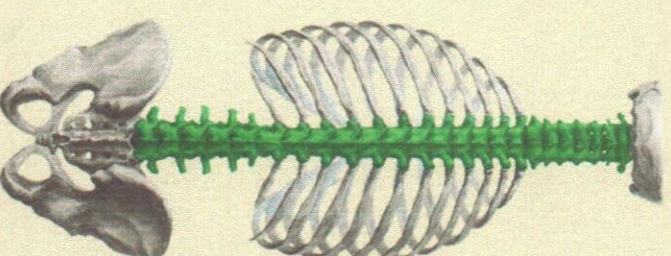
FATORES DE RISCO



- Postura inadequada;
- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Esforços repetitivos;
- Lesões musculares;
- Fatores psicossociais, como estresse, ansiedade e depressão;
- Uso excessivo do celular.



PROJETO INTEGRADO ALGIAS DE COLUNA

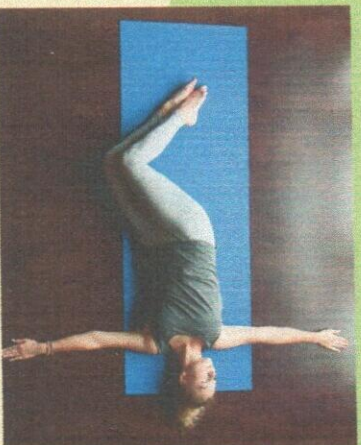


SETOR DE FISIOTERAPIA

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

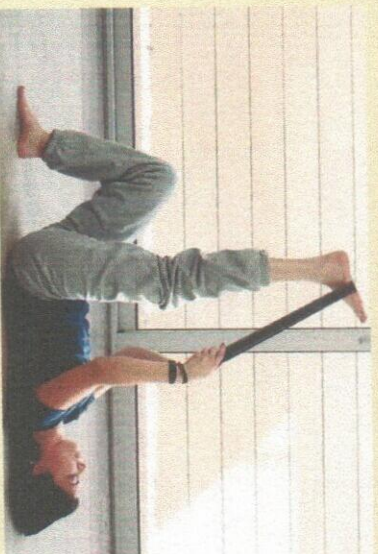


ALONGAMENTOS PARA FAZER NO DIA A DIA



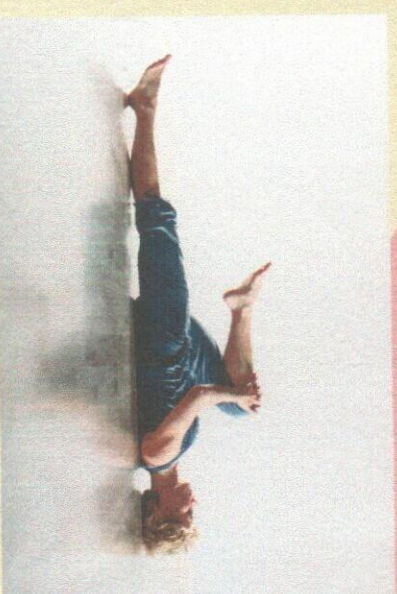
Como fazer:

1. Deite-se de barriga para cima, com os braços abertos ao lado do corpo, formando a letra "T".
2. Dobre os joelhos e mantenha os pés apoiados no chão.
3. Com calma, deixe os dois joelhos caírem para um lado, até onde for confortável.
4. Vire a cabeça para o lado contrário dos joelhos.
5. Fique assim por 20 a 30 segundos, respirando devagar.
6. Volte para o centro com cuidado e faça para o outro lado.
7. Repita o movimento de 2 a 3 vezes para cada lado.



Como fazer:

1. Deite-se de barriga para cima (no chão ou colchonete).
2. Dobre uma das pernas e deixe o pé apoiado no chão.
3. Com a outra perna esticada, coloque uma faixa, toalha ou elástico ao redor do pé.
4. Puxe suavemente a perna para cima, mantendo o joelho estendido (ou o mais esticado que conseguir).
5. Leve a perna em direção ao peito, até sentir um alongamento na parte de trás da coxa.
6. Mantenha a posição por 20 a 30 segundos, respirando de forma tranquila.
7. Abaixe devagar e repita com a outra perna.
8. Faça 2 a 3 repetições de cada lado.



Como fazer:

1. Deite-se de barriga para cima, com as pernas esticadas.
2. Dobre uma perna e abrace o joelho com as duas mãos, puxando-o em direção ao peito.
3. Mantenha a outra perna esticada no chão.
4. Puxe até sentir um alongamento leve no glúteo da perna que está puxando.
5. Fique assim por 20 a 30 segundos, respirando devagar.
6. Solte com calma e troque de perna.
7. Faça 2 a 3 vezes de cada lado.

SHOT DE AÇÚCÃO

* TOMAR EM JEIUM

- 1/2 colher de chá de açúcar
- Suco de limão (1 unidade)
- 50 ml de água filtrada ou fervida
- 1 colher de chá de mel
- 1/2 colher de café de pimenta preta



ÁGUA SABORIZADA

- 500 ML DE ÁGUA FILTRADA OU FERVIDA
- APROX. 1 GARRAFINHA
- SABOR LIVRE
- GENGIBRE
- HORTELÃ
- CANELA
- FRUTAS



PROJETO INTEGRADO ALGIAS DE COLUNA



SETOR DE NUTRIÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



ORIENTAÇÕES

1. Pratique atividade física
2. Ingerir líquidos (de preferência água filtrada ou fervida)
3. Mastigar devagar
4. Não ingerir líquidos com refeições
5. Consumir legumes, verduras e frutas diariamente
6. Evitar alimentos processados e ultra processados



DICAS PARA O INTESTINO

1. Copo de água (250ml) em jejum (morna, se conseguir).
2. Beba água de acordo com a quantidade do seu cálculo diário.
3. Frutas laxantes: mamão, abacate, laranja, mexerica, manga, figo.
4. Verduras e legumes devem ocupar metade do prato nas refeições diárias.
5. **Cuidado:** leite e derivados e alimentos com farinha de trigo podem prender o seu intestino!

ALIMENTOS

ANTI-INFLAMATÓRIOS

1. Folhas verdes escuras
2. Gengibre
3. Açafrão (cúrcuma)
4. Chás anti-inflamatórios
5. Ômega 3 (chia/linhça)
6. Frutas vermelhas
7. Azeite de oliva extravirgem

RECEITAS

31 (2º Parte)

SUCO DETOX



- 1 Folha de couve
- 1 Fruta (laranja/limão/abacaxi/maçã)
- Lascas de gengibre
- Hortelã a gosto
- Água filtrada ou fervida para completar 300ml
- Bater no liquidificador
- Não adoçar e nem coar
- Tomar em jejum de preferência

CHÁ DE ALECRIM



- 1 Colher de sopa de alecrim seco
- 100ml de água
- Não deixar a água ferver/ coloque o alecrim/ não adoçar/ deixar abafar por 3 a 5 minutos/ coar
- Tomar 15 min antes do almoço/jantar

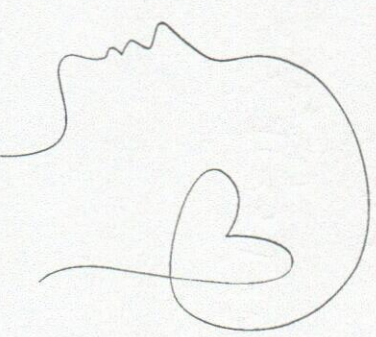
CHÁ DE LOURO



- 2 a 3 Folhas de louro
- 150ml de água
- Ferver a água/ coloque o louro/ deixe em infusão por 5 a 10 min/ coar
- Tomar o chá

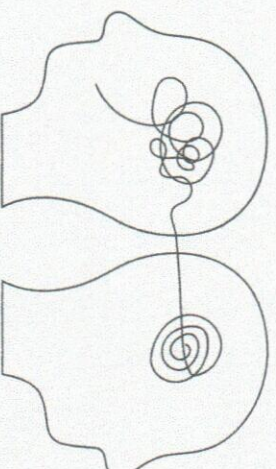
Cuide da Sua Saúde e Bem-Estar

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física. Ela influencia nosso bem-estar, relacionamentos e qualidade de vida. Cuidar da mente é um ato de autocuidado e prevenção!



Sinais que a sua saúde mental precisa de atenção:

- Cansaço excessivo ou falta de energia constante.
- Mudanças no sono ou no apetite.
- Dificuldade em lidar com emoções como ansiedade e tristeza.
- Isolamento social ou falta de interesse em atividades antes prazerosas.
- Pensamentos negativos frequentes ou sensação de sobrecarga.



CUIDE DA SUA SAÚDE MENTAL

SETOR DE PSICOLOGIA

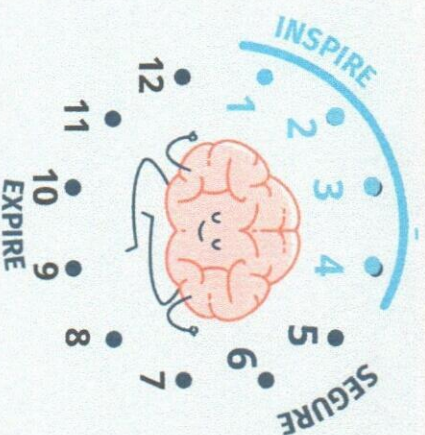
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Dicas para Cuidar da Sua Saúde Mental:

- Pratique atividades físicas regularmente.
- Estabeleça uma rotina de sono saudável.
- Expresse seus sentimentos e busque apoio.
- Reserve um tempo para lazer e relaxamento.
- Evite a autocrítica excessiva e pratique a autocompaixão.
- Busque ajuda profissional quando necessário.

Exercício de respiração



O nosso corpo tem mecanismos inteligentes para auxiliar na regulação das emoções. Um deles é a respiração.

- Inspire, puxando o ar devagar, contando até 4;
- Segure o ar por 2 segundos (conte 5 e 6);
- Expire, soltando o ar pela boca devagar, contando até 12;
- Repita de 3 a 5 vezes.

Quando procurar ajuda?

Se os sintomas persistirem ou estiverem interferindo intensamente no seu dia a dia, um profissional de saúde mental pode ajudar. Um espaço seguro para entender suas emoções e desenvolver estratégias para lidar com os desafios faz a diferença. Ninguém precisa sofrer sozinho!

Compartilhar os sentimentos e vivências reduz a angústia.



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - I

Secretaria Municipal de Saúde

Rua: José Andrade Marinho, 540 - Nova Fátima-PR

Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone/fax (43) 3552-1478

55 (Famtu)

GUIA DE REFERÊNCIA PARA EXAME E/OU CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Nome do Estabelecimento: **Centro Municipal de Saúde "Irmãos Piluski."**

Dados Operacionais:

Data do Atendimento: ___/___/___

P: 1 () 2 () 3 () 4 ()

Nome do Paciente: _____ Sexo: () M () F

CPF do Paciente: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

RG do Paciente: _____ Data de Emissão: ___/___/___

CNS do Paciente: _____ Raça/Cor: _____

Telefone: () _____ Telefone: () _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____

Procedimento Solicitado:

Nome do procedimento: _____

Cód.Procedimento: _____ QTD: _____ CID-10 _____

Categoria Profissional do Solicitante: _____

CPF do Solicitante: _____ Assinatura do médico/carimbo _____

Justificativa (legível):

Hipótese Diagnóstica: _____ CID-10: _____

Resumo da História Clínica, Exames Físicos e Complementares:



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

55 (Vinte e cinco)

Secretaria Municipal de Saúde

Rua: José Andrade Marinho, 540 - Nova Fátima-PR

Email: smsnovafatima@hotmail.com Fone/fax (43) 3552-1478

CONTRA – REFERÊNCIA

Est. de Saúde Executante: _____	
CNES: _____	
Especialidade: _____	
Para Unidade Solicitante: _____	
Nome do Paciente: _____	DN: _____
Nº Cartão SUS: _____	Nº do Prontuário da Unidade Solicitante: _____

PARECER DA ESPECIALIDADE:

ORIENTAÇÕES À UNIDADE DE SAÚDE:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

DATA: ____/____/____

Médico CRM: _____

RETORNO

Médico/especialidade: _____

Nome do Paciente: _____

Local de atendimento: _____

Data Nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Exames prontos: () SIM

Retorno de Acompanhamento: () SIM

Data de entrada: ____/____/202____.

	MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA- PR SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SOLICITAÇÃO DE EXAMES REDE MATERNO- INFANTIL
--	---

Nome: _____ DN: ____ / ____ / ____

Endereço: _____ FONE: _____

1º TRIMESTRE (1ª CONSULTA)	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
☐ ABO – FATOR Rh	☐ Urina I	☐ Urina I
☐ Urina I	☐ Urocultura/ Antib.	☐ Urocultura/ Antib.
☐ Urocultura/ Antib.	☐ Glicemia	☐ Glicemia
☐ Glicemia	☐ Hemograma C.	☐ Hemograma C.
☐ Hemograma C.	☐ Toxoplasm. IgM e IgG	☐ Toxoplasm. IgM e IgG
☐ Toxoplasm. IgM e IgG	☐ TSH	☐ TSH
☐ TSH	☐ T4 livre	☐ T4 livre
☐ T4 livre	☐ VDRL	☐ VDRL
☐ Vitamina D	☐ FTA- Abs	☐ FTA- Abs
☐ Vitamina B12	☐ Vitamina D	☐ Vitamina D
☐ Parasitológ. Fezes	☐ TTG (24° á 28° sem)	
☐ Anti – HBS (Hep. B)	Obs: JEJUM / 1 h / 2h	
☐ VDRL ☐ FTA- Abs		
☐ Eletrof. Hemoglobina	☐ Úreia	
☐ Hemoglob. Glicada	☐ Creatinina	
☐ Teste Aidez IgG	☐ Ácido Úrico	
☐ Coombs Indireto	☐ Dosag. Prot. 24 horas	
☐ Anti- HIV 1/2 (Elisa)		
☐ Hepatite B (HBSAG)		
☐ Hepatite C (Anti- HCV)		
☐ Uréia		
☐ Creatinina		
☐ Ácido úrico		
☐ Ferro sérico		
☐ Ferritina		
		JEJUM:

Autocapiativa

Laboratório:	Assinatura e Carimbo	
Data da coleta:	Horário:	
____ / ____ / ____	____	

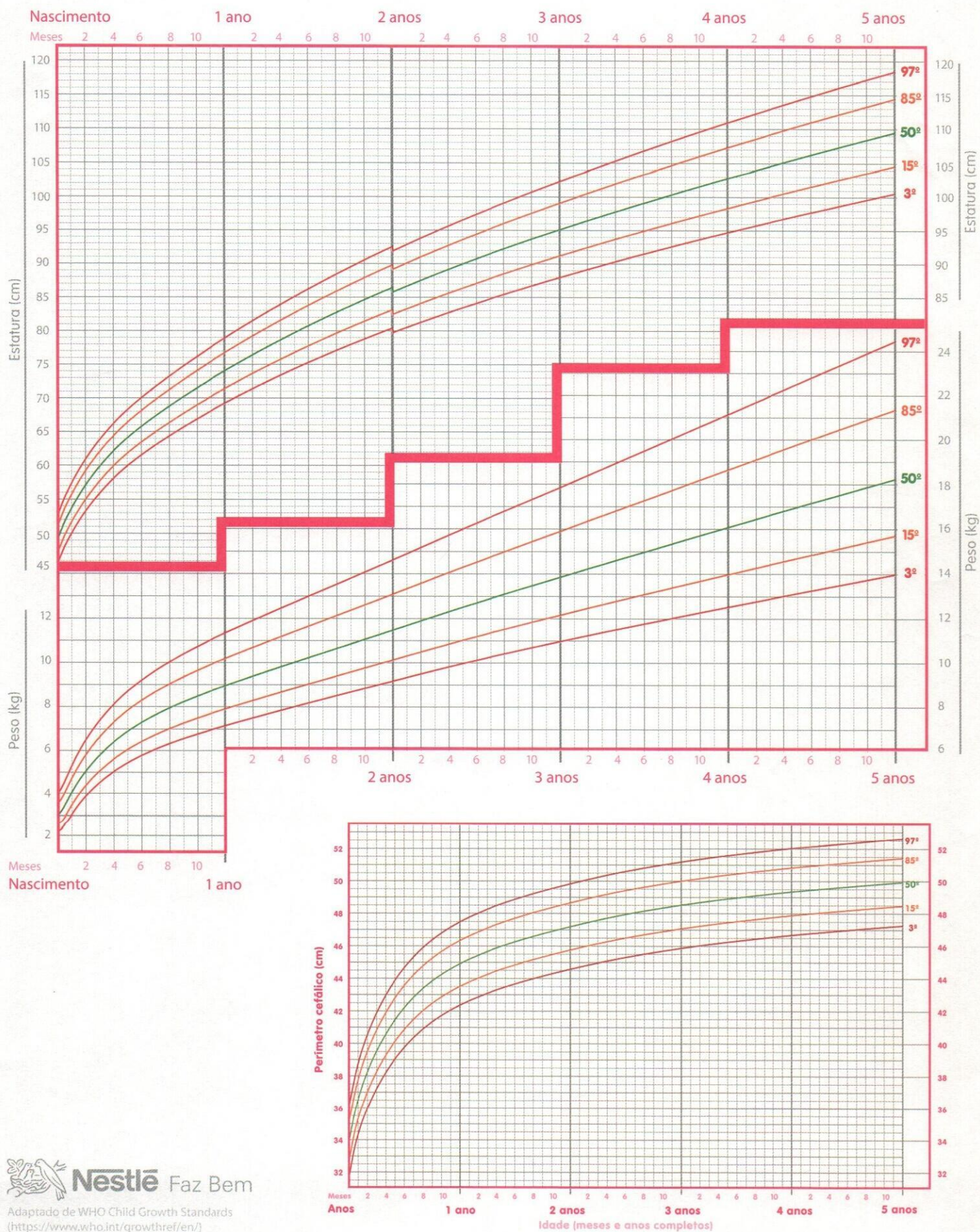
MENINAS

de 0 aos 5 anos

Nome:

Nascimento: Prontuário:

Estatura do Pai: Estatura da Mãe:



Nestlé Faz Bem

Adaptado de WHO Child Growth Standards
(<https://www.who.int/growthref/en/>)

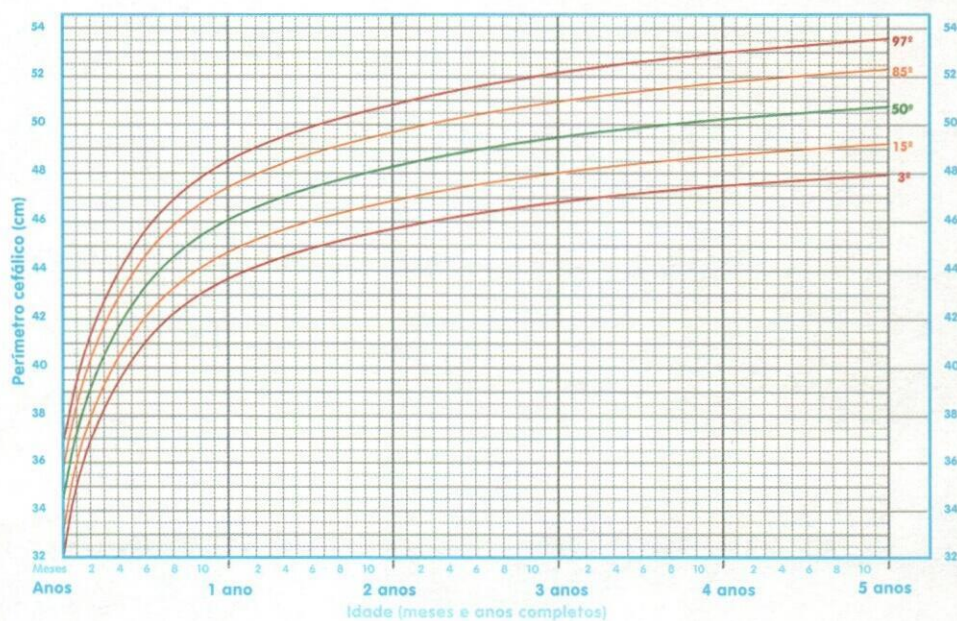
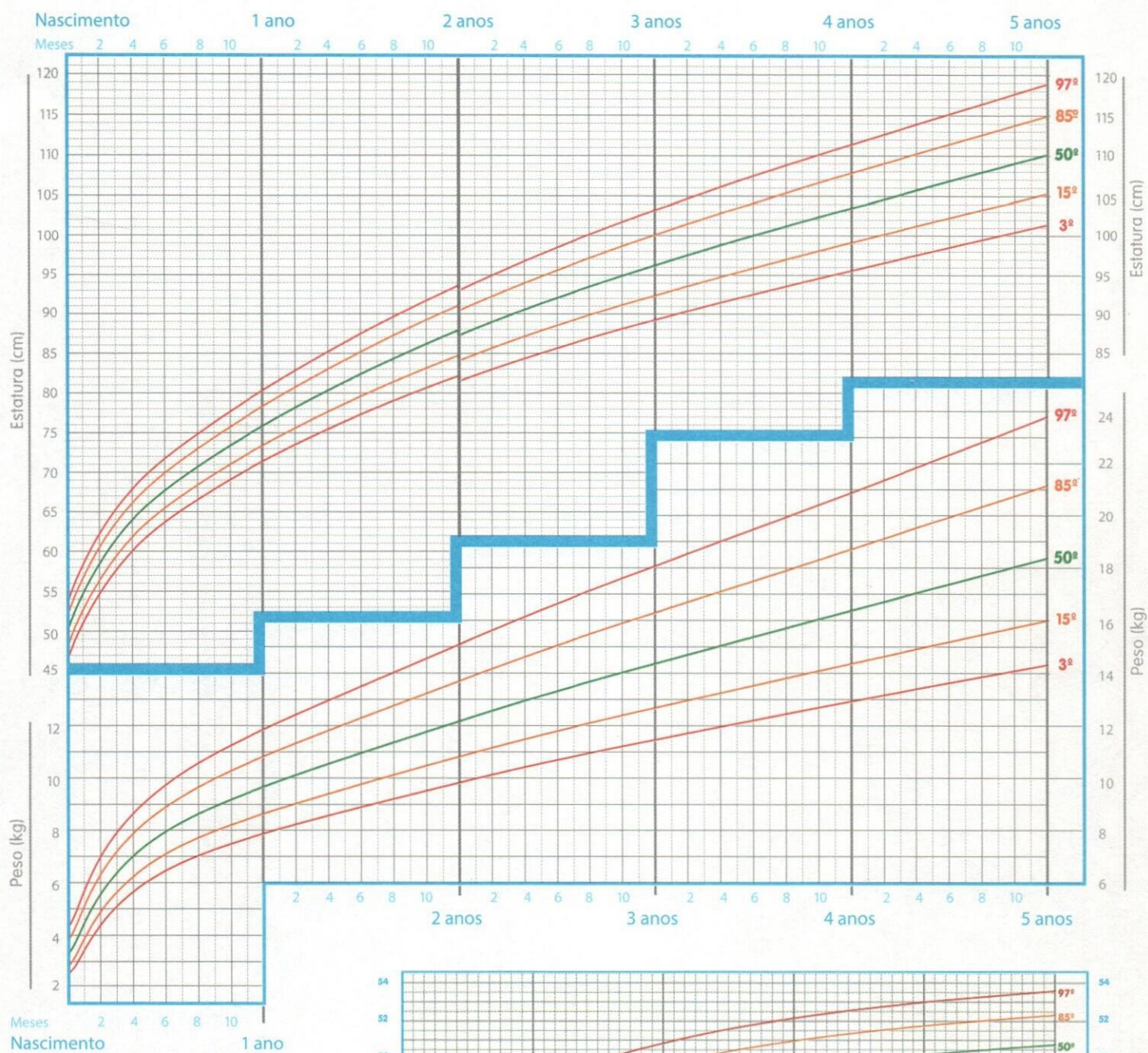
MENINOS

de 0 aos 5 anos

Nome:

Nascimento: Prontuário:

Estatura do Pai: Estatura da Mãe:





Ministério
da
Saúde

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROCESSADOS ATRAVÉS DO BPA-I

61

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CENTRO DE SAÚDE IRMÃOS PILUSKI

2 - CNES

2577569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

Masc. ☐

Fem. ☐

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOVA FÁTIMA - PR

15 - CI D. IBGE MUNICÍPIO

4117008

16 - UF

PR

17 - CEP

86310-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID - IGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CID - IGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CID - IGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DE SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO

DATA AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANÁ

CONTROLE DE ENTORPECENTES E PSICOTRÓPICOS

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"

EM CASO DE PERDA, ROUBO OU EXTRAVIO DESTES TALONÁRIOS COMUNICAR IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SEU MUNICÍPIO

(O USO E A GUARDA DESTES TALONÁRIOS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL OU ENTIDADE QUE OS UTILIZA)

*capa (Frontu)

* papul cartilaginea

[illegible][illegible]

capa (cover)

*pay the car+oline



Ajude na melhoria dos serviços públicos de saúde de SUS

E-mail: ouvidoriasusnovafatimapr@gmail.com

RECLAMAÇÕES?

Relatar insatisfação com ações e serviços prestados.



DENÚNCIAS?

Apontar falhas na gestão ou atendimento recebido.



SUGESTÕES?

Propor ações úteis para melhoria da gestão.



ELOGIOS?

Demonstrar satisfação ou agradecer por um serviço.

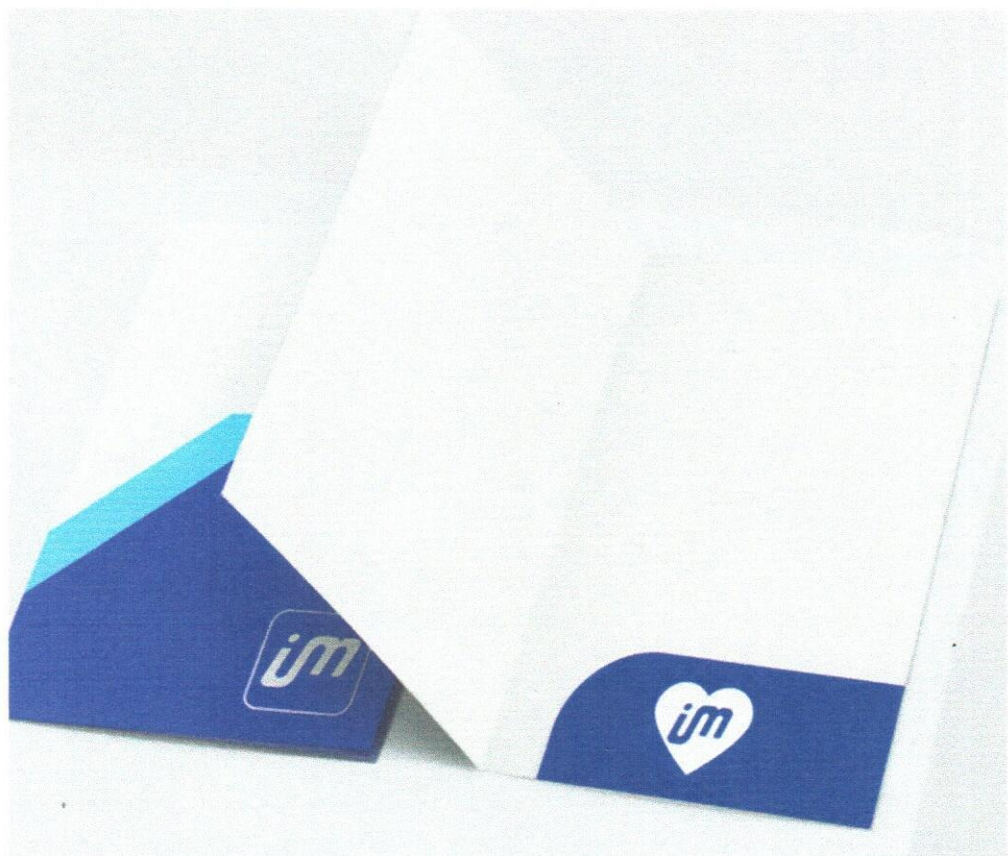


SOLICITAÇÕES?

Requerer informações ou esclarecimento de dúvidas.



Secretaria de Saúde de Nova Fátima - PR
Tel: (43) 3552-1478



especialista em ultrassonografia



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Andrade Marinho nº 540 - Fone (43) 3552-1478 - Nova Fátima - Paraná

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Retenção Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao Paciente

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: ____/____/____



CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE "IRMÃOS PILUSKI"

Rua José Andrade Marinho, 540 - Fone: (43) 3552-1478

Cep: 86.310-000 - Nova Fátima - Paraná

smsnovafatima@hotmail.com



REFERÊNCIA
SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO



NOME DO PACIENTE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
CARTÃO SUS		CPF
NOME DA MÃE		DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO		TELEFONE
MUNICIPIO		ESTADO
QUANDO PACIENTE MENOR DE IDADE		
NOME RESPONSÁVEL		RELAÇÃO C/ PACIENTE
CARTÃO SUS	CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
LAUDO MÉDICO		
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		
EXAME FÍSICO		
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL		CID
EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S). ANEXAR CÓPIA (S)		
TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)		
TRATAMENTO/EXAME INDICADO		
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO		

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

TRANSPORTE RECOMENDÁVEL

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE – CARIMBO – CRM

AUTORIZAÇÃO DO TFD

APROVAÇÃO DO GESTOR LOCAL (SMS OU REGIONAL DE SAÚDE)

ENCAMINHAMENTO A

LOCAL – DATA

ASSINATURA – CARIMBO

PARECER DA

RS

() AUTORIZO

() NÃO AUTORIZO

() DEVOLVIDO

AGENDADO PARA (DATA, LOCAL, ENDEREÇO)

RETORNE AO ORGÃO SOLICITANTE.

LOCAL – DATA

ASSINATURA – MÉDICO – CHEFE

NECESSITA DE RETORNO

() SIM

() NÃO

DATA PROVÁVEL DE RETORNO:

LOCAL – DATA

ASSINATURA – CARIMBO RESPONSÁVEL