

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data	Dia Da Semana	Horário
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
		6.
		7.
		8.
		9.
		10.



**Secretaria de Saúde de Rodeiro-MG**  
**ATENDIMENTO VETERINÁRIO**

---

PROPRIETÁRIO

---

ENDEREÇO

---

ANIMAL

| ESPÉCIE

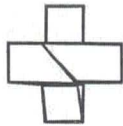
---

RAÇA

| IDADE

| SEXO

---



**SUS - Sistema Único de Saúde**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rodeiro - MG



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, NÃO PODERÁ  
COMPARECER AO SERVIÇO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_,  
DIAS, A PARTIR DESTA DATA POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: \_\_\_\_\_

RODEIRO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

**ATENÇÃO:**  
Só será entregue o medicamento  
com a apresentação do  
Cartão e da Receita

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
RODEIRO

**SECRETARIA DE SAÚDE**



**CARTÃO DA  
SAÚDE MENTAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Cadastro Nº: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Fil.: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Agente Comunitário: \_\_\_\_\_



**OUTRAS VACINAS**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**OUTRAS VACINAS**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE FARMACÊUTICO  
ALFREDO PEREIRA DA SILVA  
RODEIRO - MG

**CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO**

<b>NOME:</b>	
<b>DN:</b>	
<b>MUNICÍPIO:</b>	<b>UF:</b>
<b>END.:</b>	
<b>TEL.:</b>	

**DUPLA ADULTO**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**INFLUENZA**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**HEPATITE B**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**OUTRAS VACINAS**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**OUTRAS VACINAS**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

**OUTRAS VACINAS**

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Lote:	Lote:	Lote:
Val.:	Val.:	Val.:
Ass.:	Ass.:	Ass.:

PROTOCOLO DE VACINAÇÃO RECOMENDADO PARA ANIMAIS DE RODEIRO-MG

PROTOCOLO PARA CÃES	
<b>VACINAS OBRIGATÓRIAS</b>	
Raiva	1° dose aos 3 meses e reforço anual
<b>VACINAS ESSENCIAIS</b>	
Polivalente (V8 ou V10) (Protege contra cinomose, parvovirose, hepatite, coronavirose, parainfluenza, adenovirose e cepas da leptospirose).	1° dose aos 45 dias 2° dose 21 dias após a primeira 3° dose 21 dias após a segunda 4° dose 21 dias após a terceira Reforço anual
<b>VACINAS NÃO ESSENCIAIS</b>	
Traqueobronquite Infeciosa (Tosse dos Canis)	1° dose aos 45 dias e reforço anual
Giárdia	1° dose aos 3 meses 2° dose 21 dias após a primeira Reforço anual
Leishmaniose	1° dose aos 4 meses 2° dose 21 dias após a primeira 3° dose 21 dias após a segunda Reforço anual

PROTOCOLO PARA GATOS	
<b>VACINAS OBRIGATÓRIAS</b>	
Raiva	1° dose aos 3 meses e reforço anual
<b>VACINAS ESSENCIAIS</b>	
Polivalente (Protege contra rinotraqueíte, calicivirose, panleucopenia felina e clamidiose).	1° dose aos 45 dias 2° dose 21 dias após a primeira 3° dose 21 dias após a segunda Reforço anual

As vacinas essenciais e não essenciais variam de acordo com a exposição dos animais e a realidade de cada região. Em casos de animais que façam viagens, consultar com um veterinário para se informar.

PROTOCOLO DE VERMIFUGAÇÃO PARA CÃES E GATOS
Os filhotes devem receber a primeira dose de vermifugação entre os 15 e 30 dias de vida, sendo feita uma segunda dose 2 semanas após a primeira. Após essa fase, a vermifugação deve ser feita mensalmente até o sexto mês e a partir desse período, deve ser semelhante à dos animais adultos, a cada 4 meses.



# CARTEIRA DE VACINAÇÃO ANIMAL

Nome: \_\_\_\_\_

Espécie: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Cor/Pelagem: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Registo Geral Animal: \_\_\_\_\_

Microchip: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
RODEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE



**CARTÃO DO  
DIABÉTICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Cadastro N° \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Agente comunitário: \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
RODEIRO

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARTÃO DO  
HIPERTENSO**

Nome: \_\_\_\_\_

Cadastro N°: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Agente Comunitário: \_\_\_\_\_



NOME:

MEDICAMENTO	Mg	MANHÃ	TARDE	NOITE

DATA	ASSINATURA	DATA	ASSINATURA



# DIPLOMA

Conferimos esse diploma ao (à) aluno (a)

\_\_\_\_\_ pelo excelente desempenho na Educação Infantil no  
Centro Educacional Professora Sílvia de Azevedo Nicolato no ano de 2021.

\_\_\_\_\_ Aluno(a)

\_\_\_\_\_ Professora

\_\_\_\_\_ Diretora







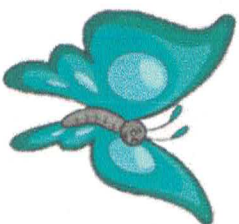
# ESCOLA MUNICIPAL JARDIM ENCANTADO



QUE ESTA SEJA APENAS A PRIMEIRA CONQUISTA EM SUA VIDA.

VOCÊ CONCLUIU A EDUCAÇÃO INFANTIL.

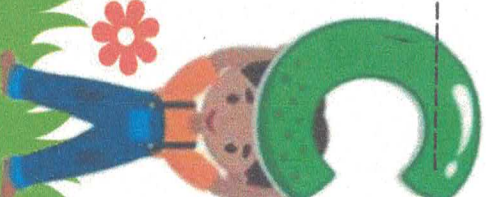
RECEBE ESTE DIPLOMA EM RECONHECIMENTO DO SEU DESEMPENHO.



ASSINATURA DO (A) ALUNO (A)

PROFESSORA

DIRETORA



**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**

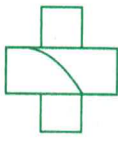
**ESF 1 – RODEIRO**

**Consulta Pré-Natal**

**Dia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_-feira) 12hs

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Favor avisar caso não possa comparecer, para poder remarcar a consulta.**



**SUS - Sistema Único de Saúde**

Secretaria Municipal de Saúde  
Rodeiro - MG



## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para fins \_\_\_\_\_  
que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ esteve nesta Unidade Básica de Saúde  
para atendimento \_\_\_\_\_, no período de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_,  
da presente data.

Rodeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico

CENTRO DE SAÚDE ALFREDO PEREIRA DA SILVA/RODEIRO-MG

HORA DE CHEGADA: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

P.A: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

SPO2: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Paciente chegou:  Deambulando  Cadeira  Maca  Carregado

Sintomas gripais:

Sim:  Não

Alergia a medicamentos:

Sim: \_\_\_\_\_

Não

Faz uso de alguma medicação:

Sim: \_\_\_\_\_

Não

Queixas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

**Evolução médica:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Assinatura do medico (a):** \_\_\_\_\_



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Carlos Gravina Martins, 25 - Rodeiro - MG

CEP: 36.510-000

Telefone: 32.3577-1335

email: [saude@rodeiro.mg.gov.br](mailto:saude@rodeiro.mg.gov.br)

## FICHA DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

NOME:				INICIO DO TRATAMENTO:	__/__/__
DATA NASCIMENTO:		TELEFONES:			
ENDEREÇO:					
PROFISSÃO:					
MEDICO RESPONSAVEL:				FISIOTERAPEUTA:	
CODIGO DO PROCEDIMENTO:			CID:		

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

EXAMES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

### PLANO TERAPÊUTICO

### EVOLUÇÃO DE CONDUTA

- 1- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 2- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 3- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 4- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 5- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 6- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 7- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 8- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 9- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_
- 10- \_\_/\_\_/\_\_: \_\_\_\_\_





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - N° DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO \_\_\_\_\_ 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_  
 Masc.  Fem.

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_  
 DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_  
 DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 20 - QTDE. \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	23 - QTDE. _____
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	26 - QTDE. _____
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	29 - QTDE. _____
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	32 - QTDE. _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	35 - QTDE. _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 37 - CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 38 - CID10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

40 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

43 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

48 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_  
 a / /

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 55 - CNES \_\_\_\_\_





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - N° DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO \_\_\_\_\_ 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_  
 Masc.  Fem.

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_  
 DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_  
 DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 20 - QTDE. \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	23 - QTDE. _____
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	26 - QTDE. _____
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	29 - QTDE. _____
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	32 - QTDE. _____
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	35 - QTDE. _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 37 - CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 38 - CID10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

40 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

43 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

48 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_  
 a / /

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 55 - CNES \_\_\_\_\_

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**

**PSF 1 - RODEIRO**

Consulta: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**Se não puder comparecer a consulta, favor avisar  
o PSF com antecedência. 3577-1262**



## IMPRESSO II

### Orientações para preenchimento da planilha de distribuição de casos por faixa etária, plano de tratamento e procedência

#### Instruções gerais:

Ao final de cada semana epidemiológica, todos os registros de doenças diarreicas agudas atendidos na unidade de saúde participantes do programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) devem ser consolidados do Impresso I para o Impresso II, elaborar o gráfico correspondente para análise, o qual deverá ficar exposto em local visível na unidade e o Impresso II deverá ser enviado à vigilância epidemiológica municipal semanalmente, às 2ª feiras, com as informações analisadas. A não ocorrência de casos na semana deve ser comunicada à vigilância epidemiológica local também pelo envio do formulário II.

Os dados de todas as unidades de saúde do município, participantes da MDDA, serão consolidados pela vigilância epidemiológica no Impresso II para registro no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas -SIVEP DDA e/ou enviados para a Regional de Saúde, todas as 3ª feiras, com as informações de casos atendidos na semana anterior.

#### Como preencher:

Identificar o nome do município e/ou nome do Serviço de Saúde que analisou as informações.

**Cod IBGE, Município, Unidade de Saúde:** preencher com os mesmos dados do Impresso I.

**Semana Epidemiológica de Atendimento:** número da semana epidemiológica igual a do cabeçalho do Impresso I, ou seja, aquele dos atendimentos dos casos.

**Faixa Etária(Nº de casos):** consolidar o número de pessoas de cada faixa etária nas respectivas colunas.

Esta informação será requerida no SIVEP DDA para o município contudo os dados do grupo etário de 10 anos e mais precisarão ser somando para digitação no sistema.

**Faixa Etária(Diarreia com Sangue):** consolidar o número de pessoas com diarreia com sangue de cada faixa etária nas respectivas colunas.

**Procedência:** o registro neste campo depende da organização administrativo-territorial do município, como, por exemplo, por rua, bairro, vila ou outra denominação formalmente usada.

O importante é que se utilize a distribuição reconhecida pela população, pela equipe profissional das unidades e serviços do município (Secretarias da Fazenda, de Obras, da Habitação, etc.) que permita a identificação a mais precisa possível do local de ocorrência dos casos.

Casos de outros municípios – anotar o nome do município, e o número de casos não deve ser consolidados no município de atendimento.

**ZR, ZU:** Assinalar com X se a procedência informada pertence a Zona Rural (ZR) ou Zona Urbana (ZU).

**Plano de Tratamento:** consolidar os Planos de Tratamento indicados nas respectivas colunas.

**Análise:** é necessário o uso das informações de semanas anteriores e da que está sendo trabalhada. Para responder os itens 1, 2 e 3, observar os dados das semanas epidemiológicas passadas. Nos itens 4, 5, 6 e 7, a análise será feita com os dados consolidados na semana em questão. Não é objeto deste documento esgotar as alternativas de respostas e muito menos apresentá-las padronizadas, já que cada situação é específica; propõem-se sugestões para auxiliar no entendimento conforme o que segue:

ITEM 1) Número de casos de DDA na Semana anterior

ITEM 2) Sim ou não relacionado à semana anterior. Caso Sim pressupor descrever os motivos e fatores. Exemplo: houve rompimento ou falha no sistema de distribuição de água e/ou coleta e tratamento de esgoto; houve uso de alimentos sem condições adequadas, etc.

ITEM 3) Sim ou não. Caso tenha havido, qual foi? Por exemplo: a maioria dos casos ocorria em < 1 ano e de 1 a 4 anos, passando nesta semana à faixa de 10 anos e mais. A mudança de proporção dos casos nesta semana da faixa etária de 10 anos e mais foi percebida a partir da chegada de adultos jovens para trabalho agrícola sazonal na região.

ITEM 4) Sim ou não. Caso sim, na Vila São Tomé e na São Sebastião, e se ficar evidente a concentração numa determinada rua, é importante citá-la aqui. Caso seja identificado que os casos tenham relação com uma creche, com uma festa, com uma determinada atividade coletiva, comunitária, também pode ser registrado aqui.

ITEM 5) Caso tenha sido o "C", no tratamento investigado teria acontecido uma demora na busca de atendimento. Exemplos de motivos: a unidade não tem infraestrutura para manter observação, ou seja, utilizar o Plano B; os pacientes residem muito distante ou em local de difícil acesso, etc.

ITEM 6) A alteração do comportamento refere-se ao aumento do número de casos, à mudança de faixa etária ou à troca de plano de tratamento usado, com modificação na distribuição geográfica dos casos. Procurar especificar as medidas tomadas para cada alteração ocorrida, caso seja mais de uma.

ITEM 7) Se ocorreram surtos, anotar o total e quantos foram investigados. Só serão registrados os surtos detectados na unidade com MDDA. Na ocorrência de surtos, informar se este (s) foi(ram) notificado(s) no SINANNet e sendo, informar os números das notificações.

ITEM 8) Sim ou não. Citar quantos surtos investigados tiveram amostra para pesquisa laboratorial coletada e citar aqui o tipo de exame específico da investigação da diarreia: cultura de fezes (coprocultura) com pesquisa de Salmonella, Shigella, Vibrio cholerae, Pesquisa Viral em fezes in natura ou Parasitológica de fezes, etc. Não há necessidade de listar, caso a caso, mas sim informar os mais solicitados. Em caso de coleta de amostra, informar da taxa de envio ao laboratório e quantificar o número de casos que tiveram amostra coletada na semana.

ITEM 9) Sim ou não. Citar Quais alimentos (inclusive água) tiveram amostra para pesquisa laboratorial.

ITEM 10) Sim ou não. Caso Sim, anotar o total de óbitos associados a diarreia que foram conhecidos na semana, distribuído o número de óbitos com assistência médica, sem assistência médica ou Sem informação do tipo de assistência prestado (Ignorado).

**UNIDADES DE SAÚDE QUE ATENDEM DIARRÉIA:** anotar o número total de unidades existentes que atendem a diarreia aguda no município.

Para o consolidado elaborado por cada Unidade de saúde participante, este campo deve ser preenchido com valor 01 (um).

**UNIDADES DE SAÚDE QUE MONITORIZAM DIARRÉIA:** anotar o número total de unidades que participam do programa de MDDA no município.

Para o consolidado elaborado por cada Unidade de saúde participante, este campo deve ser preenchido com valor 01 (um).

Esta informação será requerida no SIVEP DDA para o município.

**U.S. QUE NOTIFICARAM DIARRÉIA POSITIVA OU NEGATIVO NESTA SEMANA:** Informação das unidades que enviaram dados de MDDA na semana.

**Nº DE POSITIVA:** anotar o número total de unidades participantes do MDDA que registraram 01 caso de diarreia ou mais na semana epidemiológica - Registro Positivo.

Para o consolidado elaborado por cada Unidade de saúde participante, se registraram 01 caso de diarreia ou mais na semana epidemiológica, este campo deve ser preenchido com "X".

**Nº DE NEGATIVA:** anotar o número total de unidades participantes do MDDA que registraram 0 (zero) casos de diarreia na semana epidemiológica - Registro Negativo.

Para o consolidado elaborado por cada Unidade de saúde participante, se nenhum caso de diarreia foi observado na semana epidemiológica, este campo deve ser preenchido com "X".

**Nº TOTAL:** anotar o valor da soma do número total de unidades com Registro Positivo e com Registro Negativo que equivale ao número total de unidades que enviou dados de MDDA na semana epidemiológica. Esta informação será requerida no SIVEP DDA para o município.

**Data:** registrar o dia, mês e ano em que foi elaborado o relatório.

**Nome e Assinatura:** do profissional que elaborou o relatório.

**Visto da Chefia:** assinatura do coordenador/chefe da unidade de saúde.



IMPRESSO I

Semana Epidemiológica de Atendimento

Ano

### MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS PLANILHA DE CASOS

Município: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nº de ordem	Data do atendimento	NOME	FAIXA ETÁRIA *						IGN	PROCEDÊNCIA (RUA, BAIRRO, LOCALIDADE, SÍTIO, FAZENDA, ETC.)	ZONA **		Plano de Tratamento ***			Data dos primeiros sintomas	Outras Condições	IG H										
			<1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39			40 a 49	50 a 59	60 +	Urbana	Rural				A	B	C							

\* FAIXA ETÁRIA - Escrever a idade do paciente na faixa etária correspondente (em dias até 1 mês, em meses até 1 ano e depois em anos)  
 \*\* ZONA - Assinalar com um (X) (Urbano ou Rural)  
 \*\*\* PLANO DE TRATAMENTO - Assinalar com um (X) se o plano de tratamento for A (diarréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares), B (diarréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO) ou C (diarréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa)

A ser preenchido pela Unidade de Saúde

Responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CENEPI/CSE/EP/COVEH 001

M.G., Junho/2005



**MUNICÍPIO DE RODEIRO**  
Praça São Sebastião, 215- Centro – Rodeiro - MG  
CEP: 36.510-000 CNPJ: 18.128.256/0001-44

ORDEM DE SERVIÇO  
000001  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Via Transporte

Cliente:				
End.			Nº	Cidade/Estado
Veículo		Ano		Km
Cor		Placa		Nº Motor
Combustível		Painel		Parte Externa

Produto	Valor:
Total dos Serviços	

Chefe Transp. \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Motorista \_\_\_\_\_



150

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RODEIRO

## PROGRAMA DE CONTROLE DE ENDEMIAS

### ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO

COORD. REG. \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ CATEGORIA  Sede  Outros

AGENTE DE SAÚDE NOME: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ TURMA: \_\_\_\_\_

SEMANA Nº \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
SEGUNDA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
TERÇA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUARTA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUINTA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RODEIRO**

Rua Carlos Gravina Martins, 25 • Rosário • CEP 36510-000

E-mail:saude@rodeiro.mg.gov.br

**PROTOCOLO DE ENTREGA**

J09001

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_





SUS - Sistema Único de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rodeiro - MG





**SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRO DE SAÚDE FARMACÊUTICO ALFREDO PEREIRA**  
**DA SILVA**  
**RODEIRO -MG**





**SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FISIOTERAPIA**  
**RODEIRO -MG**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE RODEIRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM _____ UF: _____ Nº _____	
End.: _____	
_____	
Cidade: _____ UF: _____	

1ª Via - FARMÁCIA  
2ª Via - PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
_____	
Ident: _____ Orgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data: ____/____/____	



## RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº de imóveis trabalhados por tipo				Nº Imóveis			Pendências		Nº DEPÓSITOS INSPECIONADOS, por tipo											
Residência	Comércio	Terreno Baldio	Ponto Estratégico	Outros Imóveis	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperações	Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
																				Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Nº DEPÓSITOS TRATADOS			Adulcificada		Nº e seq. dos Quarteirões TRABALHADOS					Nº e seq. dos Quarteirões CONCLUÍDOS											
Eliminados	Tratados com Larvicida		Tipo	Qtd. (carga)*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Tipo	Qtd. (gramas)																			Qtd. Dep. Trat.

\*Converter para GRAMAS

Adulcificada - \*01 Carga = 50ml Alfacypermetrina + 9,950 de água totalizando 10 litros de calda. (diluir os 50ml de alfacypermetrina em 2 litros de água antes de colocar na bomba e completar o volume (10 litros). Atenção : Usar EPI !

## RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com <i>Aedes aegypti</i>					Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com <i>Aedes albopictus</i>				
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos DEPÓSITOS com <i>Aedes aegypti</i>					Nº de IMÓVEIS com espécies, por tipo					Nº de EXEMPLARES			
Com <i>Aedes aegypti</i>	Com <i>Aedes albopictus</i>	Outras	Total	Res.	Com.	TB	PE	Out.	Total	Lavas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

Res. - Residência    Com. - Comércio    TB - Terreno Baldio    PE - Ponto Estratégico    Out. - Outros

A1 - Caixa d'água (elevado)    B - Pequenos depósitos móveis    C - Depósitos fixos  
 D1 - Pneus e outros materiais rodantes    E - Depósitos naturais

Data de entrada	Data de conclusão	Laboratório	Assinatura



**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**

**Adequabilidade do material**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Satisfatória   | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - sem identificação da lâmina ou identificação errada      |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por ausência de dados clínicos (idade e DUM) | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - identificação da lâmina não coincide com a do formulário |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por presença de sangue                       | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - material escasso ou hemorrágico                          |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por purulento                                | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - dessecação   |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por áreas espessas                           | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - áreas espessas   |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por dessecação                               | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - esfregaço purulento                                      |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por ausência de células endocervicais        | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - lâmina danificada ou ausente                             |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por outras causas                            | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - por outras causas  |

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

**ALTERAÇÕES EM CÉLULAS EPITELIAIS**

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

**EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

- Inflamação
- Metaplasia escamosa
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outras \_\_\_\_\_

- Atípias de significado indeterminado
- Efeito citopático compatível com HPV
- NIC I (Displasia leve)
- NIC II (Displasia moderada)
- NIC III (Displasia acentuada / Carcinoma in situ)
- Carcinoma escamoso invasivo

**EM CÉLULAS GLANDULARES**

- Atípias de significado indeterminado
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma invasivo
- Outras neoplasias malignas \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

- Lactobacillus
- Cocos
- Bacilos
- Sugestivos de Chamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Vírus do grupo herpes
- Gardnerella vaginalis
- Outros \_\_\_\_\_

- Células endometriais presentes
- Observações gerais \_\_\_\_\_

Data da liberação \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsável pelo resultado \_\_\_\_\_





SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RODEIRO



NOME DO PACIENTE	VALIDADE
EXAMES	LOCAL
MATERIAL A EXAMINAR	
EXAME SOLICITADO	
LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



## INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica  mama esquerda  mama direita  ambas

5a. Achados no exame clínico

### Mama direita

Lesão papilar Descarga papilar  Cristalina  Hemorrágica

Nódulo:

Localização  
 QSL  QIL  QSM  Q I M  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Espessamento:

Localização  
 QSL  QIL  QSM  Q I M  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável  Axilar  Supraclavicular

### Mama esquerda

Lesão papilar Descarga papilar  Cristalina  Hemorrágica

Nódulo:

Localização  
 QSL  QIL  QSM  Q I M  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Espessamento:

Localização  
 QSL  QIL  QSM  Q I M  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável  Axilar  Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

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

5c. Lesão com diagnósticos de câncer

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

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 -  Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Número do Exame: \_\_\_\_\_

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

### 5 - Mamografia Diagnóstica

#### 5a - Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

#### 5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

#### 5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

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

### 6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

#### Localização

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

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





Prefeitura Municipal de Rodeiro  
Secretaria Municipal de Saúde de Rodeiro  
Vigilância Epidemiológica  
Roteiro de Supervisão de Programa de Controle da Dengue

Município Rodeiro - MG

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Agente: \_\_\_\_\_

Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Tipo de supervisão Direta ( ) Indireta ( )

Relação de endereços	Localidade	Qt.	SUS	Relação de falhas observadas
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Observações

RELAÇÃO DA FALHAS QUE PODEM SER ENCONTRADAS DURANTE A SUPERVISÃO DE CAMPO - DIRETA E INDIRETA  
SUPERVISÃO DE CAMPO DIRETA / INDIRETA

- 1 - Inspeção do Imóvel de Forma no Peri e ou / Intradomicílio
- 2 - Ausências de Explicação Sobre o Motivo da Visita
- 3 - Não Repasse de Informação ao Morador Sobre o Órgão em que Trabalha
- 4 - Não Solicitações de Acompanhamento do Responsável pelo Imóvel
- 5 - Realizações do Tratamento Químico Incorreta
- 6 - Não Orientar o Responsável Sobre Medidas Para Melhoria das Condições do PE
- 7 - Registro Inadequado de Dados no Boletim
- 8 - Caligrafia Ilegível
- 9 - Preenchimento e Somatórios Incorretos
- 10 - Não Repassar Listagem de PES que Exijam Providências Superiores
- 11 - Material de Trabalho Incluindo EPIs Incompleto
- 12 - Não Dispor de Uniforme
- 13 - Não Dispor de Crachá
- 14 - Não Usar Adequadamente os EPIs Disponíveis
- 15 - Procedimento para Pesquisa Larvária em Desacordo com a Norma
- 16 - Medidas de Controle Mecânico Insatisfatórias
- 17 - Responsável pelo Imóvel Não Foi Devidamente Orientado Sobre Como Evitar Criadouros
- 18 - Sequências de Quartéis Trabalhados Em Desacordo Com A Norma Técnica
- 19 - Sequências De Visitas Nos Imóveis Em Desacordo Com a Norma Técnica
- 20 - Contagem De Imóvel Para LI/LIRA Em Desacordo Com A Norma Técnica
- 21 - Não Efetuar Tratamento Focal e/ou Perifocal Em Todos Recipientes Não Resolvidos Com Controle Mecânico
- 22 - Deixar De Tratar Um Ou Mais Recipiente Não Resolvidos Com Controle Mecânico
- 23 - Cálculo Inadequado De Insumos (Inseticidas) Por Recipiente CUBAGEM
- 24 - Anotar Casas/Imóveis Sem Ter Sido Visitado
- 25 - Uso Inadequado Dos Equipamentos De Aspersão De Inseticidas

Prefeitura Municipal de Rodeiro  
Secretaria Municipal de Educação  
Escola Municipal de Educação Infantil em Tempo Integral

Rotina Diária Informada aos pais/responsáveis

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário de chegada: \_\_\_\_\_ Saída: \_\_\_\_\_

1. Alimentação

Lanche da manhã     Hidratação     Jantar

Almoço     Fruta do dia

Legenda: A=aceitou    B=aceitou parcialmente    C= não aceitou

2. Fezes

Normal     Líquida     Não evacuou     Vezes

3. Sono

Manhã     Tarde     não dormiu

4. Banho

Manhã     Tarde     não tomou

5. Atividade

Área externa     Banho de sol     Música

Educação Física     Coordenação motora grossa

Coordenação motora fina     Brinquedos lúdicos

Jogos pedagógicos     Vídeo     Parquinho

Linguagens     Matemática     Arte

Atividade de interação e socialização     Teatro

Contação de História     Literatura



6. Sintomas clínicos observados:

Temperatura: Manhã \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Professor

Assinatura do Responsável



# Solicitações da Ambulância - Rodeiro



DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

( )ALTA ( )CONSULTA ( )EMERGÊNCIA ( )EXAMES ( )INTERNAÇÃO ( )PSF\_\_

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTORISTA: \_\_\_\_\_ AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_



## Solicitações de Atendimento de Urgência e Emergência - Rodeiro

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_\_ horário: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Responsável pelo atendimento: \_\_\_\_\_

Ass. do Paciente /responsável: \_\_\_\_\_



# SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO



1 - Município de Origem - Rodeiro

2 - DRS - Ubá

3 - 000554

PACIENTE	4 - Nome		5 - Identidade	6 - CPF
	7 - Residência		Fone	CEP
	8 - Profissão:		9 - Data de Nascimento	
	10 - Filiação/Pai:		Mãe:	
ACOMPANHANTE	11 - Nome		12 - Identidade	
	13 - Residência		Fone	CEP
14 - Relação c/ o Paciente				

15 - Histórico da Doença Atual

16 - Exame Físico

17 - Diagnóstico

CID

18 - Exame(s) complementar(es) realizado(s) - Anexar Cópias

19 - Tratamento(s) realizado(s)

20 - Tratamento/Exame Indicado

21 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/Exame na localidade

22 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

23 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante

24 - Transporte recomendável

Justificar

25 - Outras anotações

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE

26 - Parecer do médico da Secretaria Municipal de Saúde

( ) AUTORIZADO ( ) COM ACOMPANHANTE

TIPO DE TRANSPORTE