

Reunião para  
Hipertensos e Diabéticos  
última 5ª feira do mês  
Informações no PAMM2 - INSS  
Fone: 3231-2885

---

Nas demais localidades  
busque informações:

PAMM 4 - Men de Sá, 409 - Artidor Ortiz  
PAMM 5 - Olavo Bilac, 537 - COHAB  
ESF1 - Olavo Bilac, 212 - COHAB  
ESF2 - Amaro Souto, 632 - Progresso  
ESF3 - Almirante Tamandaré, 2471 - Vila Nova  
ESF4 - Rotary Club, 386 - Ana Luiza  
ESF5 - João Brasil, 80 - Bairro Aliança



PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO  
AMBIENTE

## Carteira de Controle de Diabetes e Hipertensão

Nome:

Endereço:

Bairro:

---

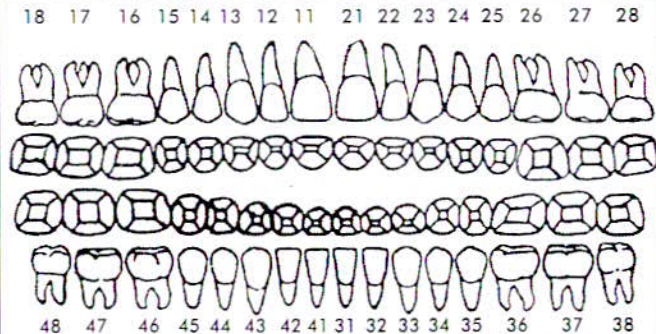
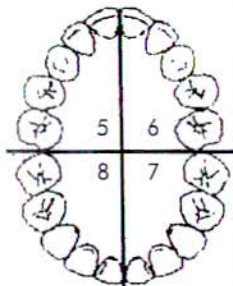
“Doe Sangue, Doe Órgãos, Salve Vidas”.  
Gestão 2013/2016



# Estratégia de Saúde da Família Selv. 1



ÁREA: \_\_\_\_\_ MICROÁREA: \_\_\_\_\_ FAMÍLIA: \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
NASC.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_ EST. CIVIL: \_\_\_\_\_



Obs.:

Concordo com o diagnóstico e autorizo o tratamento apresentado.

Usuário ou responsável: \_\_\_\_\_

Data

Procedimentos

Data

Procedimentos



FEBRE AMARELA	TRIVIRAL	dT	H1N1	OUTRAS	CAMPANHAS
DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____
DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____
HEPATITE A	TETRAVIRAL				
DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____
DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____	DATA: ____/____/____ LOTE: _____ COREN: _____ U.S.: _____



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL

Sec. Municipal da Saúde

Ambulatório - Planejamento Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

<b>Data</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Funcionário</b>

**-Camisinha: Método Anticoncepcional de Barreira que também protege contra doenças Venéreas e AIDS.**

**-Pílulas Anticoncepcionais: Procure tomá-las sempre no mesmo horário, não esquecendo pois perdem a eficácia, após tomar os 21 comprimidos para 7 dias e recomece nova Cartela.**

**-DIU: Indicado quando não for possível usar o Anticoncepcional sendo Método Seguro e Confiável: Procure orientação com seu Médico.**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
 PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

FICHA DE VISITA

COOR. 10ª CRS DIST. Alegrete MUNICÍPIO Rosário do Sul

LOC. \_\_\_\_\_ CAT. Bairros QUART. \_\_\_\_\_ Nº IMÓVEL \_\_\_\_\_

DATA	HORA	ATIV.	EQUIPE Nº	NOME LEGÍVEL	DATA	HORA	ATIV.	EQUIPE Nº	NOME LEGÍVEL

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE**  
**FICHA DE VISITA**

COOR. 10ª CRS DIST. Alegrete MUNICÍPIO Rosário do Sul  
LOC. \_\_\_\_\_ CAT. Bairro QUART. \_\_\_\_\_ Nº IMÓVEL \_\_\_\_\_

DATA	HORA	ATIV.	EQUIPE Nº	NOME LEGÍVEL	DATA	HORA	ATIV.	EQUIPE Nº	NOME LEGÍVEL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL**

**Sec. Municipal da Saúde**

**Ambulatório - Planejamento Familiar**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

Data	Medicamento	Funcionário

**-Camisinha: Método Anticoncepcional de Barreira que também protege contra doenças Venéreas e AIDS.**

**-Pílulas Anticoncepcionais: Procure tomá-las sempre no mesmo horário, não esquecendo pois perdem a eficácia, após tomar os 21 comprimidos para 7 dias e recomece nova Cartela.**

**-DIU: Indicado quando não for possível usar o Anticoncepcional sendo Método Seguro e Confiável: Procure orientação com seu Médico.**

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB	FEBRE AMARELA	
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____

DUPLA ADULTO	HEPATITE B			
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____

DUPLA ADULTO	HEPATITE B			
____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____

____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	____/____/____ Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
--	--	--	--	--

MANTENHA A CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS  
DOCUMENTOS.  
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

---



SECRETARIA ESTADUAL  
DA SAÚDE  
CADERNETA DE VACINAÇÃO



NOME:

R.G.:

DATA DE NASCIMENTO:

/ /

ENDEREÇO:

UNIDADE DE SAÚDE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL  
SEC. DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE  
REQUISIÇÃO/ RESULTADOS DE EXAMES

PRONTUÁRIO Nº

NOME

IDADE

SEXO

M  F

COR

B  P  A

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

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

ROSÁRIO NO RUMO CERTO  
GESTÃO 2017-2020

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL**  
**- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE -**

CARIMBO UNIDADE DE SAÚDE

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

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

Fone: \_\_\_\_\_

*“ Rosário é Você ”*

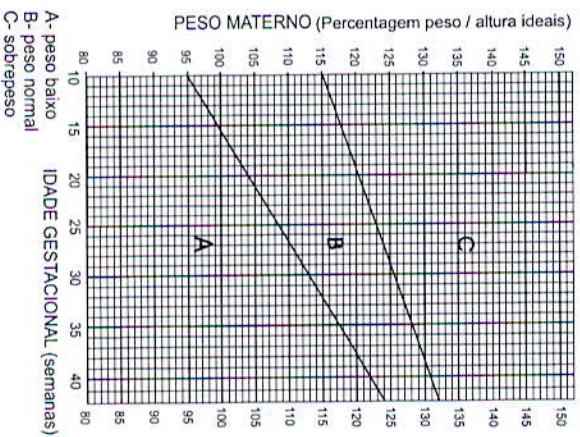
**SAÚDE É PRIORIDADE**



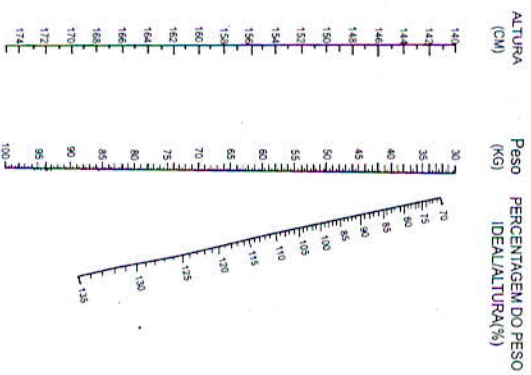








## NOMOGRAMA



### SINAIS DE ALERTA:

- Perda de sangue ou líquido pela vagina;
- Inchaco do rosto ou de todo corpo;
- Dor de cabeça ou manchas na visão, procurar **IMEDIATAMENTE** a maternidade;
- Febre ou calafrios;
- Sinais de começo do parto, qualquer que seja o tempo de gravidez;
- Falta de movimentação de seu bebê por mais de 12 horas.

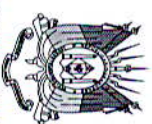
### SINAIS DE COMEÇO DO TRABALHO DE PARTO:

- Endurecimento da barriga, cada vez mais frequente e mais forte, com ou sem perda de muco (tipo "clara de ovo") pela vagina;
- Trabalho de parto ativo geralmente com 3 contrações em cada 10 minutos;
- Rompimento da bolsa das águas (perda de líquido).

### DEPOIS DO PARTO:

- Retorne em até 30 dias para a revisão;
- Converse com seu médico sobre métodos anticoncepcionais no pós-parto;
- **AMAMENTE:** o leite materno é o melhor alimento para seu filho;
- **O bebê deve começar a mamar imediatamente após o nascimento.** Praticamente todas as mães podem amamentar seus bebês;
- O aleitamento materno estimula maior produção de leite e ajuda a proteger o bebê contra doenças perigosas.

**A GESTANTE NÃO DEVE FUMAR, TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS OU USAR DROGAS, POIS O BEBÊ PODE SER PREJUDICADO.**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 SECRETARIA DA SAÚDE  
 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

## PRÉ-NATAL

## CARTEIRA DA GESTANTE

NOME

ENDEREÇO

REGISTRO

UNIDADE DE SAÚDE

REFERÊNCIA HOSPITALAR

DATA	MÉDICO

**ATENÇÃO: NÃO FALTE ÀS CONSULTAS**

e-SUS  
Atenção Básica

# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
CONFERIDO POR \_\_\_\_\_ FOLHA Nº: \_\_\_\_\_

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL\*

Cód. CNES UNIDADE\*

Cód. EQUIPE (INE)\*

MICROÁREA

DATA:\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável?

Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO:

Sim  Não

NOME COMPLETO:\*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SEXO:\*  Masculino  Feminino

RAÇA / COR:\*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:\*

Desconhecido

NACIONALIDADE:\*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro

PAIS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\*

E-MAIL:

## INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Cônjuge / Companheiro(a)  Filho(a)  Enteado(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?

- Creche  Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)  
 Pré-escola (exceto CA)  Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)  
 Classe Alfabetizada - CA  Ensino Médio Especial  
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries  Ensino Médio EJA (Supletivo)  
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries  Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
 Ensino Fundamental Completo  Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)  
 Ensino Fundamental Especial  Nenhum  
 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  
 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 DESAÚDE PRIVADO?  Sim  Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual  Lésbica  Travesti  Outro  
 Gay  Bissexual  Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

Sim  Não

SE SIM, QUAL(is)?

- Auditiva  Intelectual/Cognitiva  Outra  
 Visual  Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:  Óbito  Mudança de território

## TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

<b>CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>		<b>SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?</b>	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>SE SIM, POR QUAL CAUSA?</b>	
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**</b> <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**</b> <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):</b>	
USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE			
1 - QUAL?		2 - QUAL?	
3 - QUAL?			

<b>CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b>		<b>É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):</b>	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos			
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?</b>	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes			
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**</b> <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS**

Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA INDÍGENA \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CÓD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ CEP DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

**DADOS DO ATENDIMENTO**

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ MÊS ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas?  NÃO  SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas:  Álcool  Crack  Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE:  Demanda Espontânea  Atenção Básica  Serviço de Urgência  Outro CAPS  Hospital Geral  Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

CID10 CAUSAS ASS \_\_\_\_\_ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?  SIM  NÃO CNES \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO:  Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS  Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica  Alta  Óbito DATA DE CONCLUSÃO \_\_\_\_\_

**AÇÕES REALIZADAS**

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
_____ CBO DO EXECUTANTE _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

**AÇÕES REALIZADAS**

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território





N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			
Motivo da Visita*	Acompanhamento	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Desfecho*		Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Desfecho*		Visita Realizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
		Visita Recusada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
		Ausente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Profilaxia / remoção da placa bacteriana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulpotomia dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiografia Periapical / Interproximal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raspagem alisamento e polimento supragingivais (por sextante)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raspagem alisamento subgingivais (por sextante)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restauração de dente decíduo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restauração de dente permanente anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restauração de dente permanente posterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selamento provisório de cavidade dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento de alveolite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulotomia / Ulectomia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creme Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fio Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótese Dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única da Escolha (Marcar X na opção desejada)

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

\* Campo Obrigatório

\*\* Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea



Problema / Condição Avaliada *		N°																																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																											
Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
	Rastreamento	Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
		Câncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Outros	CIAP2 - 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
		CIAP2 - 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
		CID10 - 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Eletrforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Teste indireto de aglutinação humana (tia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A										
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A									
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A									
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A									
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A									
	Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ficou em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
	NASF/Polo	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Procedimentos Clínicos / Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduta *	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						

## Formulário de Visitas aos Imóveis - AB

Município:		Localidade:					Agente:					Data:			
Endereço		Informações da ação - marque "x" de acordo com a situação encontrada					Informações sobre os criadouros - preencha com o nº encontrado								
Logradouro (rua, av.)		Nº	Imóvel trabalhado	Com criadouro	Imóvel fechado	Recusa da visita	Imóvel recuperado	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total de depósitos eliminados
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
<b>Total</b>															

B – Pequenos depósitos móveis (vasos de plantas, bebedouros...)

C - Depósitos fixos (tanques, lages, toldos, ralos...)

D1 – Pneus e outros materiais rodantes

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

E – Depósitos naturais

Assinatura do agente: \_\_\_\_\_

Legenda: **A1** – Caixa d'água (elevado)

**A2** – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)





### RESUMO DE TRABALHO DE CAMPO

N° de imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

N° de imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionado	Recuperados

N° Tubitos/Amostras coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

N° de depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

TB - Terreno Baldio

PE - Ponto Estratégico

N° de depósitos						
Eliminados	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. de p. Trat	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat

Adulticida	
Tipo	Qtde (Gramas)

N° e Seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
N° e Seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

### RESUMO DO LABORATÓRIO

N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° de depósitos com espécimes por tipo									
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
com Aedes aegypti									
com Aedes albopictus									

N° de Imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
Outros						

N° de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis

C - Depósitos fixos

D2 - Pneus e outros materiais rolantes

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

E - Depósitos naturais

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - SEXO \_\_\_\_\_ 5 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
 Mas. Fem. 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_ 8.1 - ETNIA \_\_\_\_\_  
 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 7 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
 9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_  
 43 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_  
 48 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
 ( ) CNS ( ) CPF  
 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**BOLETIM DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Município: Rosário do Sul Fone p/ contato: (55) 3231.3067  
CIC: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA**

Especialidade: \_\_\_\_\_  
História Clínica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CID: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo encaminhamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Local / Data: \_\_\_\_\_

**3. INFORMAÇÕES PARA CONTRA - REFERÊNCIA**

Parecer / Avaliação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório\*

Número do Exame\*

Nome do Laboratório\*

Recebido em:\*

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO UTERO**

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA**

**AMOSTRA REJEITADA POR:**

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_
- Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA**

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL**

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
  - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
  - Sangue em mais de 75% do esfregaço
  - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
  - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
  - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
  - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
  - Outros, especificar \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim       Não

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos \_\_\_\_\_
- Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

- Escamosas:
  - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
  - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
  - Possivelmente não neoplásicas
  - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
  - Possivelmente não neoplásicas
  - Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
  - Cervical
  - Endometrial
  - Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS:

- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico:

Data do Resultado\*

\_\_\_\_\_

Responsável\*

CPF

\_\_\_\_\_

UF  CNES da Unidade de Saúde  N° Protocolo   
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município  Município  Prontuario

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*  Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) paciente\*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe\*

CPF  Nacionalidade

Data de Nascimento\*  /  /  Idade\*  Cor/Raça  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia

Endereço Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

Escolaridade

Analfabeto(a)  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

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

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?\*

- Sim
- Não
- Não sabe

\* Risco elevado são:

- Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
  - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
  - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

- Sim
- Nunca foram examinadas anteriormente
- Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
- Não
- Não sabe

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

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

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

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

ATENÇÃO Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA\*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

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

7b. Controle radiológico Categoria 3		7c. Lesão com diagnóstico de câncer		7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição		7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> nódulo
<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> microcalcificação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> assimetria focal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoria 5	<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"/>	<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo       8b. População de risco elevado (história familiar)       8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação\*      Responsável\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Número do Exame: \_\_\_\_\_ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica	
7a - 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)
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS <sup>®</sup> )	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado
7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas
8 - Mamografia de Rastreamento	Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:	<p>QSL - Quadrante superior lateral</p> <p>QIL - Quadrante inferior lateral</p> <p>QSM - Quadrante superior medial</p> <p>QIM - Quadrante inferior medial</p> <p>UQlat - União dos quadrantes laterais</p> <p>UQsup - União dos quadrantes superiores</p>	<p>UQinf - União dos quadrantes inferiores</p> <p>UQmed - União dos quadrantes mediais</p> <p>RRA - Região retroareolar</p> <p>RC - Região central (união de todos os quadrantes)</p> <p>PA - Prolongamento axilar</p> <p>NR - Não realizado</p>
--------------	---	--

UF  CNES da Unidade de Saúde  N° Protocolo   
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município  Município  Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*  Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) paciente\*

Nome Completo da Mãe\*  Apellido do(a) paciente

CPF  Nacionalidade

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

Dados Residenciais

Logradouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código Município  Município

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

Escolaridade  Analfabeto(a)  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

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

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?\*

- Sim
- Não
- Não sabe

\* Risco elevado são:  
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:  
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;  
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;  
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;  
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ  
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

- Sim
- Nunca foram examinadas anteriormente
- Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
- Não
- Não sabe

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

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

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

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





### RESUMO DE TRABALHO DE CAMPO

N° de imóveis trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total

N° de imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionado	Recuperados

N° Tubitos/Amostras coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

N° de depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

TB - Terreno Baldio

PE - Ponto Estratégico

N° de depósitos						
Eliminados	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. de p. Trat	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. trat

Adulcida	
Tipo	Qtde (Gramas)

N° e Seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
N° e Seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

### RESUMO DO LABORATÓRIO

N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

N° de depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

N° de Imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	O	Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
Outros						

N° de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis

C - Depósitos fixos

D2 - Pneus e outros materiais rolantes

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

E - Depósitos naturais

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**BOLETIM DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Município: Rosário do Sul Fone p/ contato: (55) 3231.3067  
CIC: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA**

Especialidade: \_\_\_\_\_  
História Clínica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CID: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo encaminhamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Local / Data: \_\_\_\_\_

**3. INFORMAÇÕES PARA CONTRA - REFERÊNCIA**

Parecer / Avaliação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
 4 - SEXO  Mas.  Fem.  
 5 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_  
 7 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_  
 8.1 - ETNIA \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_  
 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_  
 11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_  
 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_  
 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_  
 15 - CDD, 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 \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_  
 43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_  
 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
 47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_  
 48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_  
 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_  
 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_  
 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_  
 54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_  
 55 - CNES \_\_\_\_\_





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		8.1 - ETNIA
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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