



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPÍRITO SANTO DO TURVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
RECEITUÁRIO

acesse 

www.espiritosantodoturvo.sp.gov.br

informação 24h, atualizada semanalmente

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Antonio Camilo de Oliveira

R. Maria Perpétua Piedade Gonçalves, 1-12 - Fone (14) 3375-9501 / 99607-0126
CEP 18935-970 - Espírito Santo do Turvo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Nome Completo _____

CRM N° _____

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

End.: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data ____ / ____ / ____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Antonio Camilo de Oliveira

R. Maria Perpétua Piedade Gonçalves, 1-12 - Fone (14) 3375-9501 / 99607-0126
CEP 18935-970 - Espírito Santo do Turvo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Nome Completo _____

CRM N° _____

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

End.: _____

Cidade: _____ U.F.: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data ____ / ____ / ____

20 blocos c/100



Nº _____

DEPENDÊNCIA

RELAÇÃO DE REMESSA DE PAPÉIS DIVERSOS

www.espiritosantodoturvo.sp.gov.br

informações 24h atualizada semanalmente

Do UBS Antonio Camilo de Oliveira - Espírito Santo do Turvo

Ao _____

Nº DE ORDEM	INTERESSADO	ASSUNTO

VISTO:

Em ____ / ____ / 20 ____

RECEBI:

Em ____ / ____ / 20 ____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESPÍRITO SANTO DO TURVO/SP

UNIDADES

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ANTONIO CAMILO OLIVEIRA
Espírito Santo do Turvo/SP

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
"AMOR À VIDA"
Espírito Santo do Turvo/SP

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente.....

.....

necessita de.....(.....) de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de atendimento médico.

- Consulta
- Exames
- Como acompanhante de paciente impossibilitado.
- Outros (.....)

CID

Espírito Santo do Turvo,...../...../.....

100 com 100 ainda
deixa



Prefeitura Municipal de Espírito Santo do Turvo

Secretaria Municipal de Saúde

VISITAS DIÁRIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nome: _____

Endereço: _____

Família Nº: _____

Relatório do dia ____ / ____ / ____ :

Visita do enfermeiro () Médico () Não () Assinatura _____

Relatório do dia ____ / ____ / ____ :

Visita do enfermeiro () Médico () Não () Assinatura _____

Relatório do dia ____ / ____ / ____ :

Visita do enfermeiro () Médico () Não () Assinatura _____

Relatório do dia ____ / ____ / ____ :

Visita do enfermeiro () Médico () Não () Assinatura _____

Relatório do dia ____ / ____ / ____ :

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT**

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: _____ Código SUS/SP

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - ANTONIO CAMILO DE OLIVEIRA Código SUS/SP 0 3 6 9 3 5

Gestor: CNES 2073528 - IBGE 351519

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RIC Idade: _____ ()a ()m ()d Sexo: () Fem. () Masc. () Ind.

Nome: _____

Endereço: _____

Município Residência: Espírito Santo do Turvo Cód. Mun. Resid. 6 3 3 5 UF: S P

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data de solicitação ____ / ____ / ____

Hipótese diagnóstico _____

Queixa e duração: _____

Descrição do Procedimento	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ /	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ /	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ /	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ /	_____
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ /	_____

Identificação do Solicitante:

Assinatura: _____ CR

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR

Nome: _____

100bloco 1100



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR

GUIA DE CONTRA-REFERÊNCIA



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

De: _____

Município: _____

DIR: _____

Para: (Unidade Solicitante) _____

Município: (Solicitante) _____ Especialidade atendida: _____

I - Identificação do paciente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Município: _____

Prontuário: _____

Nome do responsável: _____

II - Hipótese diagnóstica: _____

III - Exames realizados: (Data e resultados) _____

IV - Orientações para seguimento: _____

V - Retornos: Serviços de referência: SIM NÃO, se SIM _____ / _____ / _____
Data

Data _____ / _____ / _____ Nome: _____

CRM: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Município: _____ Especialidade solicitada _____

DIR: _____

I - Identificação do Paciente

Nome: _____ DN _____

Endereço: _____ Município: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Nome da Mãe: _____

Nome da Responsável: _____

CPF: _____ CNS: _____

II - Justificativa da Referência

História Progressiva e Quadro Clínico _____

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica _____

Exames Realizados - Data e Resultado _____

Conduta Terapêutica: _____

III - Motivo do Encaminhamento

- DIAGNÓSTICO CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA TRATAMENTO
- SEGUIMENTO OUTRA ESPECIALIDADE INTERNAÇÃO
- OUTROS (ESPECIFICAR) _____

IV - Nome do Médico Solicitante: _____ CRM _____

Assinatura: _____ Data ____ / ____ / ____

V- Agendamento para

Unidade: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ Bairro _____ Fone: _____

Município: _____ Data ____ / ____ / ____ Horário: _____

Nome e assinatura do responsável pelo agendamento: _____

Data do Preenchimento ____ / ____ / ____

**AVALIAÇÃO CLÍNICA
NEUROLÓGICA**

Abertura ocular

- 4 () Espontânea
- 3 () Ao chamado
- 2 () A dor
- 1 () Ausente

Resp. Verbal

- 5 () Oriente
- 4 () Confuso
- 3 () Palav. incompleta
- 2 () Sons Incompleto
- 1 () Ausente

Resp. motora

- 6 () Cpmndo verbal
- 5 () Localizado
- 4 () Flexão normal
- 3 () Decort. (Flexão anormal)
- 2 () Deselebração (extensão)
- 1 () Ausente

CARDIOVASCULAR

CONVULSÃO

- Generalizada (.)
- _____ ()
- _____ ()

- Suor ()
- Palidez ()
- Isquemia de membros ()
- Dor torácica ()
- Arritmia ()

RESPIRATÓRIO

- Cianose () Enfisema () Dispnéia () Resp. paradoxal () Dor ()

DADOS VITAIS

Pulso: _____ PA: _____ Temp: _____ FR: _____

Outros dados de exames físico: _____

Medicação/condução de estabilização para transferência: _____

SOLICITO: _____

ENCAMINHAMENTO POR NOME: _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA: _____

OBS: NESTE MOMENTO NÃO DISPONHO DE:

- () RX () ECG () EXAMES LABORATORIAIS DE URGÊNCIA () MEDICAMENTOS

100 blocos c 100 uma



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPIRITO SANTO DO TURVO

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Maria Perpétua Piedade Gonçalves, nº 1-12 - Fone: (14) 3375-9501 - 3375-1090

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DIR - VIII

PSF: _____
UBS: _____

MUNICÍPIO: ESPÍRITO SANTO DO TURVO

ENCAMINHAMENTO:

() P. S SANTA CASA DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

HORÁRIO: _____

PACIENTE: _____ SEXO F () M () IDADE: _____ ANOS

AFECÇÕES CLÍNICAS

- () Cardíaca () Cirurgia () Infecçiosa () Gastro-Int. () Gineco () Metabólico
 () Neonatal () Uro () ORL () Neuro () Obstetria () Oftalmo
 () Ortopedia () Pediatria () Pneumo () Psiquiatria Outro _____

TRAUMA

- () Acidente () Agressão () Tentativa de suicídio () Desconhecido

ACIDENTE TRANSPORTE

- () Carro () Bicicleta () Moto () Pedestre () Colisão () Outro _____

QUEDA

- () p. p' altura () Escada () Árvore () Móveis () Construção () Outro _____

INTOXICAÇÃO AGUDA

- () Medicamentosa: _____ () Etilica: _____
 () Produto Químico: _____ () Outras drogas: _____

Lesão Por:

- () Objetos perfurados cortantes () Compressão () Arma de fogo () Explosão, incendio
 () Quase afogamento () Electrocutação () Máquinas () Estrangulamento
 () Outros: _____

ANTECEDENTES:	MEDICAMENTO EM USO	DOSE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FAZ TRATAMENTO DE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

100 dias com 100

CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES

DATA	HORA	PACIENTE	PA	GLICEMIA	FUNCIONÁRIO

SOLICITANTE

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

REQUISIÇÃO DE ELETROENCEFALOGRAFIA (E.E.G.)

Unidade requisitante: U.B.S. Antonio Camilo de Oliveira - Espírito Santo do Turvo-SP

Data do pedido ____/____/____

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ DN: _____

Profissão: _____ Município: _____

Endereço: _____

II - DADOS CLÍNICOS:

1 - MOTIVO:

A - Crise convulsiva:

Generalizada () Parcial () Direito () Esquerdo ()

B - Cefaléia:

Enxaqueca () Tensional () SHC ()

C - AVC

Direito () Esquerdo ()

D - Ansiedade ()

E - Outros (especificar): _____

2 - EXAME CLÍNICO:

A - P. A.: _____ F. C.: _____

B - Reflexos: Normal() Alterado: Direito () Esquerdo ()

C - Déficit localizatório: Ausente() Direito () Esquerdo ()

D - ADNPM: Não() Sim()

E - F. O.: Normal() Alterado() _____

3 - MEDICAÇÃO EM USO: _____

4 - E. E. G. ANTERIOR:

Normal() Alterado() _____

Vigília() Sono espontâneo () Sono medicamentoso ()

5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTERIOR:

Normal() Alterado() _____

6 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE:

Nome: _____ CRM: _____

Especialidade: _____

Endereço: _____

*medidas quantidade
na com michela*

Data ____ / ____ / ____ Dr.: _____

N.º	NOME DO PACIENTE	SEXO	IDADE	ASSINATURA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ficha de Atendimento Ambulatorial - FAA

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: _____ Código SUS/SP

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: _____ Código SUS/SP

Gestor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RIC Idade: ____ ()a ()m ()d Sexo: ()Fem. ()Masc. ()Ind.

Nome: _____

Endereço: _____

Município Residência: _____ Cód. Mun. Resid. UF

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____ Tipo de Atendimento: _____ Cód. Tipo Atend.

Grupo de Atendimento: _____ Cód. Grupo Atend.

Descrição do exame clínico:

Hipótese Diagnóstica

Cód. CID 10ª

Procedimento:

Código SIA/SUS

Assinatura do Cliente

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
_____	<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 do cliente

Cód. Enc.

Especialidade do Profissional

Cód. Esp.

Responsável pelo Atendimento: Assinatura: _____ CR

Nome: _____

www.espiritosantodoturvo.sp.gov.br

informação 24h, atualizada semanalmente

PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPÍRITO SANTO DO TURVO
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos para os devidos fins que _____
_____, passou por _____
_____ no dia _____ / _____ / 20_____, no horário
das _____ às _____ horas, sob a ficha de paciente n° _____.

Espírito Santo do Turvo, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura e carimbo do responsável



MEDICAMENTOS EM USO

ORIENTAÇÕES BÁSICAS

- * Verifique sua pressão arterial semanalmente;
- * Evite comer alimentos salgados e gordurosos;
- * Evite bebidas excitantes: café e álcool;
- * Não fume;
- * Evite exercícios físicos exagerados;
- * Repouse sempre que possível após as refeições;
- * Caminhe diariamente;
- * Pratique exercícios físicos somente com orientação especializada;
- * Tome regularmente seus remédios seguindo as instruções médicas.

Nome: _____

Matr.: _____

Data Nascimento: _____

Endereço: _____

Diagnóstico: _____

**TRAZER ESTE CARTÃO TODA VEZ
QUE VIER AO POSTO**



MEDICAMENTOS EM USO

ORIENTAÇÕES BÁSICAS

- * Verifique sua pressão arterial semanalmente;
- * Evite comer alimentos salgados e gordurosos;
- * Evite bebidas excitantes: café e álcool;
- * Não fume;
- * Evite exercícios físicos exagerados;
- * Repouse sempre que possível após as refeições;
- * Caminhe diariamente;
- * Pratique exercícios físicos somente com orientação especializada;
- * Tome regularmente seus remédios seguindo as instruções médicas.

Nome: _____

Matr.: _____

Data Nascimento: _____

Endereço: _____

Diagnóstico: _____

**TRAZER ESTE CARTÃO TODA VEZ
QUE VIER AO POSTO**

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde
Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS
Nome Completo da Mulher
Nome Completo da Mãe
Apelido da Mulher
Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)
Data de Nascimento / / Idade
Dados Residenciais
Logradouro
Número Complemento
Código do Município Município Bairro UF
CEP - DDD Telefone -
Ponto de Referência
ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano
 Não Não sabe
2. Usa DIU? Sim Não Não sabe
3. Está grávida? Sim Não Não sabe
4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe
6. Já fez tratamento por radioterapia?
 Sim Não Não sabe
7. Data da última menstruação / regra:
 / / Não sabe / Não lembra
8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado
11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

Data da coleta / /

Coletor

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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 oncológica 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

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 - Inflamação
 - Metaplasia escamosa imatura
 - Reparação
 - Atrofia com inflamação
 - Radiação
 - Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactibacillus 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
 - Não de pode afastar lesão de alto grau
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não de pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não de 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: _____

Data da liberação

_____/_____/_____

Responsável pelo resultado

CNPF (CPF)

_____/_____/_____

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde
Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS
Nome Completo da Mulher
Nome Completo da Mãe
Apelido da Mulher
Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)
Data de Nascimento / / Idade
Dados Residenciais
Logradouro
Número Complemento
Código do Município Município Bairro UF
CEP - DDD Telefone -
Ponto de Referência
ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano
 Não Não sabe
2. Usa DIU? Sim Não Não sabe
3. Está grávida? Sim Não Não sabe
4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe
6. Já fez tratamento por radioterapia?
 Sim Não Não sabe
7. Data da última menstruação / regra:
 / / Não sabe / Não lembra
8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado
11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

Data da coleta / /

Coletor

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

IDADE ANOS	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIÃO
MENOR DE 15 MAIOR DE 35		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO		CASAD. ESTÁVEL SOLT. OUTRO

ANTECEDENTES	PESSOAIS	OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)	NASC. VIVOS	VIVEM	ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g
FAMILIARES	INFECÇÃO URINÁRIA	ABORTOS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
DIABETES	INFERTILIDADE	GESTAS	NASC. MORTOS	MORRERAM 1ª SEMANA	NASCIMENTO COM MAIOR PESO
HIPERT. ART.	DIABETES	PARTO		MORRERAM APÓS 1ª SEMANA	
GEMELARES	HIPERT. CRÔNICA				
OUTROS	CIRURG. PÉLV. UTERINA	CESÁREAS			
	OUTROS				
		NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS			
				DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	

GRAVIDEZ ATUAL	DIA	MÊS	ANO	DÚVIDAS	ANTITETÂNICA PRÉVIA	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ	GRUPO	TRANSF.	DIA	MÊS	ANO
PESO ANTERIOR	ESTATURA	DUM		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1ª 2ª 3ª	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Rh	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
		DPP			MÊS GESTA						
EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAOU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX	V.D.R.L.	FUMA	Nº de cigarros dia		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DATA											

SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (Kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MAX. MIN. (mmHg)										
ALTURA UTERINA (cm)/APRESENTAÇÃO										
BCF. / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO	IDADE GESTA	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO	MEMBRANAS	DATA	RUTURA	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO
HOSPITAL:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP.	<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.	HORA	MÊS	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASIToses <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.
TERMINAÇÃO	HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO	<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES. <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA
EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>						3º 2º 1º DOMIC. OUTRO	
EPSIOTOMIA	DEQUIT. EXP.	MORTE FETAL	MÉDIC. ENF/PAR.AUX.EMPIR. OUTROS				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	PARTO <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/>				
LACERAÇÃO	PLACENTA COMPL.	MOMENTO					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.					
MEDICAÇÃO NO PARTO	ANESTESIA LOCAL	ANESTESIA REGIO.	ANESTESIA GERAL				
<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM							

RECÉM-NASCIDO	SEXO	V.D.R.L.	APGAR MINUTO	REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO/I.G.	EX. FÍSICO IMEDIATO	HORA OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	1º 5º	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Sem.	ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN. <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	TEMPERATURA
ESTATURA	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA	EX. NEURO.	PATOLOGIAS						PULSO(BATIMENTO/MINUTO)
	NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>	M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>						PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mmHg)
PER. CEF.			HEMORRA. <input type="checkbox"/> HIPÉRBILI. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/>						INVOL. UTERINA
			A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>						CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS
RN ALOJ./CONJ.	ALTA DO RN	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA	ALIMENTAÇÃO						ALTA MATERNA
SIM <input type="checkbox"/>	SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/>	DIAS	PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/>						MORTE MATERNA
									ORIENT./CONTRACEPÇÃO
									CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/>
									SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/PATOLOGIA <input type="checkbox"/>
									GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>

IDADE ANOS	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIÃO
MENOR DE 15 MAIOR DE 35		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO		CASAD. ESTÁVEL SOLT. OUTRO

ANTECEDENTES	PESSOAIS	OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)	NASC. VIVOS	VIVEM	ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g
FAMILIARES	INFECÇÃO URINÁRIA	ABORTOS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
DIABETES	INFERTILIDADE	GESTAS	NASC. MORTOS	MORRERAM 1ª SEMANA	NASCIMENTO COM MAIOR PESO
HIPERT. ART.	DIABETES	PARTO		MORRERAM APÓS 1ª SEMANA	
GEMELARES	HIPERT. CRÔNICA				
OUTROS	CIRURG. PÉLV. UTERINA	CESÁREAS			
	OUTROS				
		NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS			
				DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	

GRAVIDEZ ATUAL	DIA	MÊS	ANO	DÚVIDAS	ANTITETÂNICA PRÉVIA	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ	GRUPO	TRANSF.	DIA	MÊS	ANO
PESO ANTERIOR	ESTATURA	DUM		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1ª 2ª 3ª	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Rh	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
		DPP			MÊS GESTA						
EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAOU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX	V.D.R.L.	FUMA	Nº de cigarros dia		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DATA											

SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (Kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MAX. MIN. (mmHg)										
ALTURA UTERINA (cm)/APRESENTAÇÃO										
BCF. / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO	IDADE GESTA	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO	MEMBRANAS	DATA	RUTURA	CEP.	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO						
HOSPITAL:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP.	<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.	HORA	DIA	MÊS	<input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> DESPROP. CEP. PÉLV.	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES.	<input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES.
TERMINAÇÃO	HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO		<input type="checkbox"/> DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES.	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM.
EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>						ATENDEU			<input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER.	<input type="checkbox"/> MÉDIC. ENF/PAR.AUX.EMPIR. OUTROS	<input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES	<input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPER.
EPSIOTOMIA	DEQUIT. EXP.	MORTE FETAL	MÉDIC. ENF/PAR.AUX.EMPIR. OUTROS		PARTO		NEONATO		<input type="checkbox"/> PARASIToses	<input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.	<input type="checkbox"/> NENHUMA		
LACERAÇÃO	PLACENTA COMPL.	MOMENTO	PARTO		NEONATO									
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.												
MEDICAÇÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL		ANESTESIA REGIO.		ANESTESIA GERAL								
<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM														

RECÉM-NASCIDO	SEXO	V.D.R.L.	APGAR MINUTO	REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO/I.G.	EX. FÍSICO IMEDIATO	PUERPÉRIO			
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	1º 5º	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	g	Sem. <input type="checkbox"/>	ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN. <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	HORA OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO			
ESTATURA	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA	EX. NEURO.	PATOLOGIAS						TEMPERATURA			
cm	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>	M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>	HEMORRA. <input type="checkbox"/> HIPÉRBILI. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/>	A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>				PULSO(BATIMENTO/MINUTO)			
PER. CEP.									PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mmHg)			
cm									INVOL. UTERINA			
									CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS			
RN ALOJ./CONJ.	ALTA DO RN	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA	IDADE AO FALECER	ALIMENTAÇÃO				ALTA MATERNA	MORTE MATERNA	ORIENT./CONTRACEPÇÃO		
SIM <input type="checkbox"/>	SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/>	DIAS	DIAS	PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/>				SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/PATOLOGIA <input type="checkbox"/>	GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>	CONDON <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/>		

