

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema / Condição Avaliada*	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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
	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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
	Outros	CIAP2 - 01														
		CIAP2 - 02														
		CID10 - 01														
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	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	
	EAS/EQU	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	
	Eletrforese de Hemoglobina	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	
	Exame de escarro	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	
	HDL	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	
	Hemograma	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	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	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	
	Sorologia para Dengue	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	
	Teste indireto de antiglobulina humana (Iia)	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	
	Teste de Gravidez	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	
	Teste do pezinho	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	
	Urocultura	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
		<input type="checkbox"/>	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
		<input type="checkbox"/>	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"/>	
	Ficou em Observação?		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
	Conduta*	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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>
			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"/>
			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"/>
			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"/>
			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"/>
	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"/>	
	Encaminhamento Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 de 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 Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente
 Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de

ANEXO III



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social
EXAME PREVENTIVO

Data: ____/____/____

Hora _____



Orientações:

- * Trazer Carteira de Identidade, CPF e Cartão Família;
- * Não manter relação sexual nas 48 horas antes do exame;
- * Não deve estar menstruada;
- * Não deve ser usado ducha ou medicamento vaginal.

BLOCOS 50 FICHAS

05

Prefeitura Municipal de
Pirapó
Secretaria Municipal de Saúde

Agendamento Odontológico
Saúde Bucal
"Direito Seu, Compromisso Nosso"

Nome:-----
Data:---/--
Hora:-----
Dia:-----
Local:-----

Obs: Trazer Junto seu cartão de agendamento e o Cartão SUS.



Frente

Sug.tamanho
12 cm vertical
10 cm horizontal

- 10 Mandamentos da Saúde Bucal**
- 1º: Escove corretamente os dentes após cada refeição e principalmente antes de dormir;
 - 2º: Escove a língua para evitar o mau hálito;
 - 3º: Use regularmente o fio dental para a limpeza entre os dentes;
 - 4º: Use periodicamente o flúor para fortalecer os dentes;
 - 5º: Use creme dental com flúor;
 - 6º: Evite o consumo frequente de açúcar;
 - 7º: visite periodicamente o seu dentista(6 em 6 meses);
 - 8º: Lave sempre sua escova após o uso;
 - 9º: Utilize escova com cerdas macias e pontas arredondadas;
 - 10º: Troque periodicamente sua escova (4 meses).

Verso

cartão sulfite 110g.

ANEXO-VII

Enferm



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone/Fax: 55 3351-1800 ou 3351-1819

"Respeito e Valorização pela Vida"

Rua Afonso de Medeiros, 562 - PIRAPÓ - RS

Paciente: _____

Enferm. [Handwritten signature]

07

MÉDICO - CREMERS

-AO RETORNAR TRAZER ESTA RECEITA -

Gráfica Campina - F.: 3567-1175

BLOCOS 100 FICHAS

ANEXO VIII



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (55) 3351-1110

Rua Afonso de Medeiros, 562 - PIRAPÓ - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

08

Data ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

Gráfica Campina - F.: 3567-1175

2x50 - 1.ª Via Retenção da Farmácia - 2.ª Via - Orientação ao Paciente

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

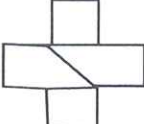
Gráfica Campina - F.: 3567-1175

2x50 - 1.ª Via Retenção da Farmácia - 2.ª Via - Orientação ao Paciente

BLOCOS 50x2

ANEXO IX

caixa

	SIASUS/RS	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
EMISSOR	<input type="checkbox"/> UNIDADE PÚBLICA	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO DE HOSPITAL PÚBLICO	
	<input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PARTICULAR	<input type="checkbox"/> AMBULAT. DE HOSPITAL FILANTRÓPICO	
	<input type="checkbox"/> SINDICATO	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO DE HOSPITAL PRIVADO	
DADOS DO PACIENTE			
NOME _____			
ENDEREÇO _____			
MUNICÍPIO _____		ESTADO _____	
DADOS CLÍNICOS			
<i>5 unidades</i>			
<i>09</i>			
EXAME OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
_____			CÓDIGO _____
_____			CÓDIGO _____
_____			CÓDIGO _____
_____			CÓDIGO _____
_____			CÓDIGO _____
DATA ____/____/____	ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL REQUERENTE		
DATA ____/____/____	ASS. E CARIMBO DO AUTORIZADOR		
ENCAMINHADO PARA: (nome e endereço do serviço)			POLEGAR DIREITO
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (após a realização do procedimento)			

Gráfica Campina - F.: 3567-1175

BLOCOS 100 FICHAS

ANEXO X.



Prefeitura Municipal de Pirapó
Secretaria da Saúde

Nome: _____

Exame: _____

~~_____~~

~~_____~~

Data: ____ / ____ / ____

Nº 5651

Horário Saída: _____

Valor R\$: _____

Assinatura

Local de Saída em frente à Prefeitura.

**“Você confirmou, vá. Se não puder ir avise com
antecedência, pois outras pessoas podem ir em seu
lugar.”**

Gráfica Campina - 2x50 - 5001 a 7000 - 08/16

lugar.”

Gráfica Campina - 2x50 - 5001 a 7000 - 08/16

BLOCOS 2x50

2 Via

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar	
Número de cômodos/peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado/Enterrado	
Céu Aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu Aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém na família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA:	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES



SIGA ESTAS ORIENTAÇÕES PARA AJUDAR

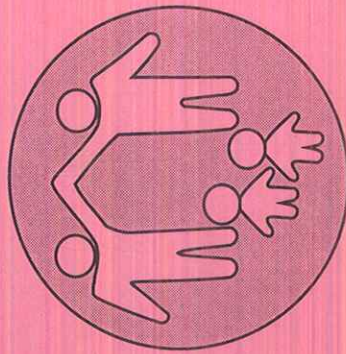
NO TRATAMENTO:

- Manter o peso adequado para sua altura.
- Diminuir o consumo de sal de cozinha.
- Diminuir o consumo de álcool.
- Pratique caminhada todos os dias, por no mínimo 30 minutos.
- Aumentar o consumo de frutas e verduras todos os dias.
- Pare de fumar!
- Diminuir o consumo de alimentos gordurosos (frituras, molhos, pele de galinha, torresmo, carnes gordas, gema de ovo, leite gorduroso, nata, banha e outros.
- Verifique o açúcar no sangue de tempo em tempo.
- Controle seu nervosismo, procure se divertir, fazer alguma coisa que goste.
- Não mude a medicação e as doses por conta própria.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,
ASSISTÊNCIA SOCIAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRONTUÁRIO



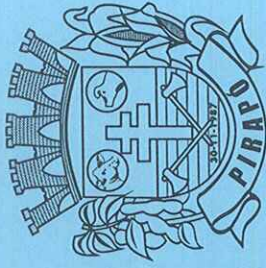
ESF - PIRAPÓ

Para termos força é preciso equilíbrio;
Para termos postura é preciso disciplina;
Para termos saúde é preciso prevenção.

SIGA ESTAS ORIENTAÇÕES PARA AJUDAR

NO TRATAMENTO:

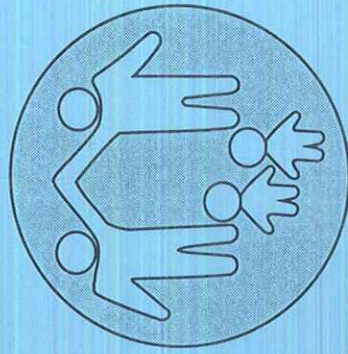
- Manter o peso adequado para sua altura.
- Diminuir o consumo de sal de cozinha.
- Diminuir o consumo de álcool.
- Pratique caminhada todos os dias, por no mínimo 30 minutos.
- Aumentar o consumo de frutas e verduras todos os dias.
- Pare de fumar!
- Diminuir o consumo de alimentos gordurosos (frituras, molhos, pele de galinha, torresmo, carnes gordas, gema de ovo, leite gorduroso, nata, banha e outros.
- Verifique o açúcar no sangue de tempo em tempo.
- Controle seu nervosismo, procure se divertir, fazer alguma coisa que goste.
- Não mude a medicação e as doses por conta própria.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,
ASSISTÊNCIA SOCIAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRONTUÁRIO



ESF - PIRAPÓ

Para termos força é preciso equilíbrio;
Para termos postura é preciso disciplina;
Para termos saúde é preciso prevenção.

Uma pessoa pode ter dengue mais de uma vez

A dengue é uma infecção causada por vírus. São quatro tipos de vírus causadores da dengue:

DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4

Se uma pessoa tem a doença pelo tipo 1, por exemplo, adquire imunidade para este tipo, mas pode pegar a doença por outro tipo de vírus.

No caso de uma infecção por outro tipo, o quadro clínico tende a ser mais grave, podendo se caracterizar por sangramentos intensos (dengue hemorrágica).

Atenção

Se você tiver os sintomas da dengue, procure o posto de saúde, pronto socorro ou hospital mais próximo de sua casa.

Importante!

Em caso de suspeita de dengue não use medicamentos que contenham **ácido acetil salicílico**



Adm.: 2013/2016

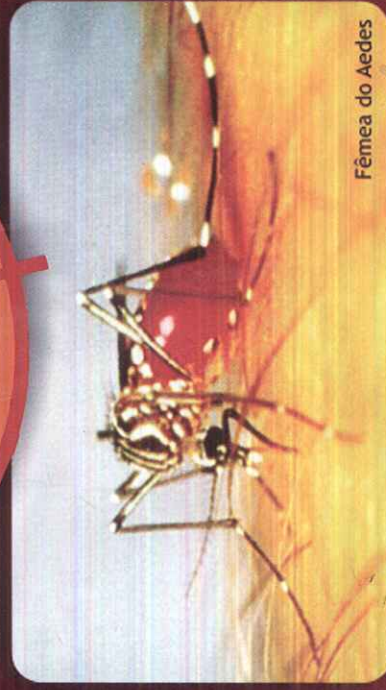
””” Construindo um novo tempo.”

**Secretaria Municipal de Saúde
e Assistência Social.**

“Respeito e Valorização pela Vida”



**NÃO DÊ
CHANCE A
PARA A
DENGUE**



Fêmea do Aedes

O que é ?

A Dengue é uma doença transmitida pela picada do mosquito Aedes Aegypti

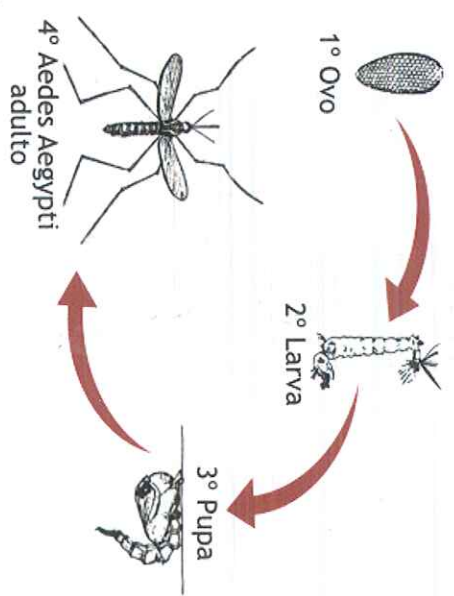
Quem pica as pessoas é a fêmea do Aedes. Ela pica para sugar sangue, porque necessita deste sangue para produzir seus ovos. Para pôr os ovos, ela precisa de algum lugar onde exista água limpa acumulada: lata garrafa, pneu, vaso, etc... Estes lugares são criadouros.

Outras características do Aedes

Geralmente pica durante o dia. Seus ovos são muito pequenos, não dá para serem vistos sem lente de aumento.

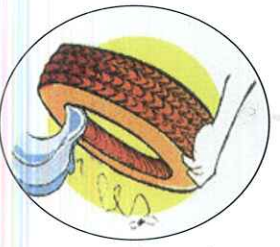


Ciclo de reprodução do ovo ao mosquito

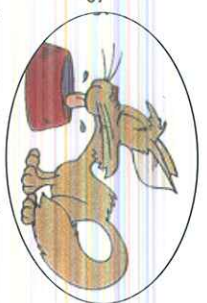


Até se tornar adulto, o mosquito passa por etapas de desenvolvimento. Primeiro ele é ovo, depois larva, depois pupa e finalmente torna-se um mosquito adulto. O mosquito adulto vive até 45 dias. A fase do ovo até o mosquito virar adulto é de apenas 10 dias. Por isso é que precisamos agir rapidamente para impedir que o mosquito vire adulto e passe a picar as pessoas.

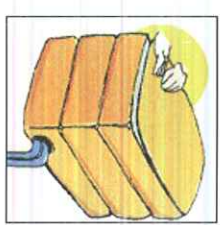
Para evitar o mosquito:



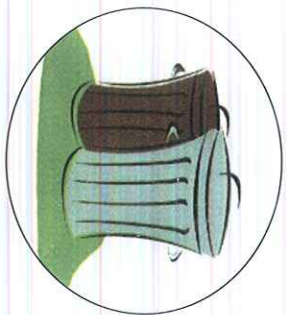
- Jogue fora a água que ficar nos pneus
- Guarde pneus em lugar coberto.



- Lave as tigelas dos animais limpando bem as bordas, pois é aí que a fêmea coloca seus ovos, e troque a água todos os dias.



- Tampe bem os potes e caxias d'água.



- Coloque o lixo nas latas, garrafas e potes plásticos que você não usa mais.

- Guarde as garrafas e outros vasilhames de boca para baixo, em lugar coberto.

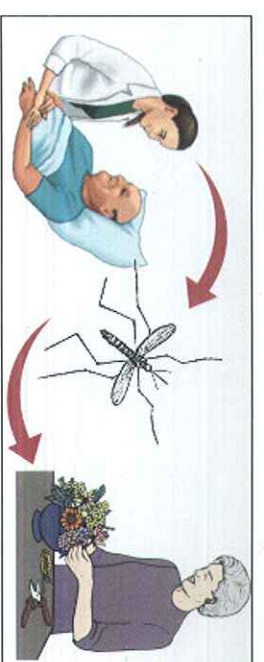


- Tire a água dos vasos e coloque areia grossa.



- Ralos de cozinha, banheiros e chuveiro: Verifique se há entupimento. Se houver, providencie o desentupimento. Se não estiverem sendo utilizados, mantenha-os fechados.

Como se transmite



A história é a seguinte:

A pessoa que está com dengue, está com muitos vírus no seu sangue. Quando o mosquito pica esta pessoa para sugar seu sangue, ele também se contamina com o vírus da dengue.

Quando o mosquito que está com o vírus pica outra pessoa que está sadia, ele transmite o vírus para a corrente sanguínea a deixando doente também.

Então, se outro mosquito picar esta última pessoa, começa tudo de novo. E a doença vai se transmitindo rapidamente para muita gente.

Sintomas

Depois que a pessoa foi picada por um mosquito que estava com vírus, ela não fica logo doente, existe um período de incubação de 3 a 4 dias. Só depois é que começa a sentir:



Fraqueza



Falta de apetite



Dores nas articulações



Dor de Cabeça



Febre



Domingos *20.000* *ANEXO XV*
Agentes de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

1. Qual é a data da visita? _____ / _____ / _____
2. Qual é o nome do município? Pirapó.
3. Qual é o nome da Unidade de Saúde de referência do ACS/PIM? _____
4. Qual é o endereço do domicílio? _____
5. Qual é o tipo de imóvel? () Residência () Comércio () Terreno baldio () Outro
6. Em qual tipo de zona este domicílio está localizado? () Zona Urbana () Zona Rural
7. Qual a situação atual da visita? () Realizada () Recusada () Domicílio fechado
8. Qual é o nome do morador ou responsável familiar? _____
9. Qual é a idade (em anos completos) do morador ou responsável familiar? _____
10. Qual é o sexo do morador ou responsável familiar? () Masculino () Feminino
11. Qual é o número de telefone para contato? _____
12. Há alguma gestante neste domicílio? () Sim () Não (**Pule para a pergunta 14**)
13. Qual é o trimestre dessa gestação? () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
14. Existem mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) neste domicílio? () Sim () Não

Dados do Agente Comunitário de Saúde

Qual é o nome do ACS? _____

No quadro abaixo estão listados os itens que devem ser verificados e que podem ser foco de criação do mosquito Aedes:

Instrução: Foco: todo o recipiente com água parada acumulada. Na coluna “Foi verificado?”, marque um X na opção: **Sim**, se você verificou o item neste domicílio. **Não**, se você NÃO verificou o item neste domicílio. Na coluna “Possível foco?”, marque um X na opção: **Sim**, se o item é possível foco de criação de mosquitos Aedes. **Não**, se o item NÃO é possível foco de criação de mosquitos Aedes.

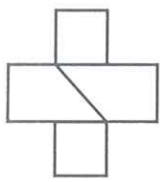
Itens	Foi verificado?	Possível foco?
Pratos e vasos	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Lixeiras dentro de casa	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Lixeiras fora de casa	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Plantas com acúmulo de água. Ex.: Bromélias	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Tampinhas de garrafas, casca de ovo, latinhas, saquinhos plásticos, embalagens de vidro, copos descartáveis ou qualquer outro objeto que acumule água	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Vaso sanitário em desuso	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Ralos de cozinha	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Ralos de banheiros, duchas e áreas externas	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Bandejas externas de geladeiras	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Suporte de garrafões de água mineral	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Lagos, cascatas, espelhos d'água decorativos	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Piscinas em desuso ou não tratadas	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Piscinas em uso	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Pneus velhos e abandonados	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Calhas de água de chuva em desnível	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Garrafa PET e de vidro	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Lajes	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Cacos de vidros nos muros	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Baldes	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Entulho e lixo	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Materiais em uso que podem acumular água	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Aquários	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Terrenos baldios	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Avaliado e encaminhado para notificação* () Sim () Não	Sim () Não ()	Sim () Não ()

*Caso haja a presença de larvas, ovos ou locais de difícil acesso para remover o foco (ex. terrenos baldios, lixo acumulado) notifique o Agente de Combate a Endemias de sua região, Enfermeiro Supervisor de sua equipe de Saúde da Família e ao TelessaúdeRS (0800 645 3308)

APÊNDICE B – FICHA DE CUIDADOS PREVENTIVOS INDIVIDUAIS

Antes de sair do domicílio, confira se você forneceu as seguintes orientações aos moradores da casa: Na coluna “Orientação realizada?”, marque um X na opção: **Sim**, se você forneceu a orientação. **Não**, se você

Uso de repelentes no corpo, exceto em crianças com menos de seis meses	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Uso de repelentes no ambiente	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Uso de roupas claras, mangas compridas e calças, principalmente em caso de gestantes, e nos horários de maior risco de picadas	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Em caso de algum morador ter hábitos de dormir durante o dia utilizar mosquiteiro	Sim () Não ()	Sim () Não ()



SUS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

1.000

ANEXO 17
XVII

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

05	Categ. localid.	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem Epidem.
			1-sede 2-outros		/		/ /		/ /		S-sim N-não		/

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

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl	Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22		Amostras Coletadas	24	25
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados		Recusa	Fechados	Recuperados

TB - terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

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

35	Dpósito Eliminado
----	-------------------

Depósitos Tratados											
Larvicida(1)			Larvicida(2)								
36	Tipo	37	Qtde.(Gramas)	38	Qt.dep.trat.	39	Tipo	40	Qtde.(Gramas)	41	Qt.dep.trat.

Adulticida	
42	Tipo
43	Qtde. (Cargas)

44	Total de agentes na semana
----	----------------------------

45	Total dias trabalhados na semana
----	----------------------------------

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo																
	46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
	Com Aedes aegypti															
	Com Aedes albopictus															

A1 - caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Nº de imóveis com espécimes, por tipo												
	54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total
	Com Aedes aegypti											
	Com Aedes albopictus											
	Outros											

Nº de exemplares							
60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia De pupa	63	Adultos
	Com Aedes aegypti						
	Com Aedes albopictus						

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

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

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

67	Visto do Spuervisor
----	---------------------

68	Data do visto
----	---------------

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Pendência	
Recusa	Fechados

No. Tubitos / Amostras Coletadas

No imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

No imóveis trabalhados por tipo			
Residência	Comércio	PE	Outro

PE - Ponto Estratégico

TB - terreno baldio

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados							
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões concluídos							
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

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

RESUMO DO LABORATÓRIO

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

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

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exuvia de Pupa	Adultos

Nº de Imóveis com espécimes por tipo						
	R	C	TB	PE	0	Total
Com Aedes aegypti						
Com Aedes albopictus						
Outros						

Nº depósitos com espécimes por tipo							
	A1	A2	B	C	D1	D2	E
Com Aedes aegypti							
Com Aedes albopictus							

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

A1 - caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B - Pequenos depósitos móveis

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

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

E - Depósitos naturais

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

VERSO



Estado do Rio Grande do Sul. ANEXO XIX
Prefeitura Municipal de Pirapó



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ



ANEXO XX



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ



300 envelopes
~~24x31cm~~

ANEXO XXI

ANEXO XXII



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ



300 envelopes
corta



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLO Nº _____
DATA: _____ / _____ / _____

REQUERENTE: _____

LOCALIDADE: _____

ASSUNTO: _____

OBS.: _____

ANDAMENTO

SETOR:		SETOR:		SETOR:	
ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA
SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA
SETOR:		SETOR:		SETOR:	
ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA
SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA
SETOR:		SETOR:		SETOR:	
ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA
SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA
SETOR:		SETOR:		ARQUIVADO EM _____ / _____ / _____ Assinatura _____	
ENTRADA / /	RUBRICA	ENTRADA / /	RUBRICA		
SAÍDA / /	RUBRICA	SAÍDA / /	RUBRICA		

ANEXO-XXIV



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ
ORDEM DE ABASTECIMENTO

A FIRMA _____

Solicitamos abastecer o Veículo/Máquina abaixo especificado,
para a PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ.

Veículo Placa n.º _____ Kms _____ ou

Máquina Marca _____ Horas _____

PIRAPÓ- RS _____ / _____ / _____

Nº 49951

Secretaria: _____

Assinatura: _____

Declaramos que abastecemos e fornecemos o abaixo especificado

Óleo Diesel _____ Litros _____ R\$ _____

Gasolina _____ Litros _____ R\$ _____

Pirapó - RS.....de.....de 20.....

MOTORISTA OPERADOR

FIRMA

GCL - Campina das Missões - RS - 1000 - 3x50 - 49501 a 50500 - 11/16

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ

ANEXO XXV

Sua Nota Vale Mais



Consumidores Gerais:

- 01º - R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais);
- 02º - R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais);
- 03º - R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais);
- 04º - R\$ 800,00 (oitocentos reais);
- 05º - R\$ 700,00 (setecentos reais);

- 07° - R\$ 500,00 (quinhentos reais).
- 08° - R\$ 400,00 (quatrocentos reais).
- 09° - R\$ 300,00 (trezentos reais).
- 10° - R\$ 200,00 (duzentos reais).

Entidades e Escolas:

- 11° - R\$ 1.000,00 (um mil reais)
- 12° - R\$ 500,00 (quinhentos reais).
- 13° - R\$ 500,00 (quinhentos reais).
- 14° - R\$ 300,00 (trezentos reais).

A cada R\$ 100,00 em compras no Comércio Local ou R\$ 500,00 em notas de Produtores Rurais.

SORTEIO: dia 19 de dezembro de 2015 - às 19 h - na Praça Municipal.

Notas a partir de 1° de Janeiro de 2015

Prêmiação Extra!!!

- 1° - R\$ 800,000
 - 2° - R\$ 500,00
 - 3° - R\$ 400,00
- 20 de Setembro de 2015 - às 11h

“Exija Nota Fiscal”

ANEXO XXVI

Nº 118802

Nome: _____

End.: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Prefeitura Municipal Pirapó
CARTELA CONSUMIDOR GERAL

- 01º - R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), em vale-compras.
- 02º - R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), em vale-compras.
- 03º - R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais), em vale-compras.
- 04º - R\$ 800,00 (oitocentos reais), em vale-compras.
- 05º - R\$ 700,00 (setecentos reais), em vale-compras.
- 06º - R\$ 600,00 (seiscentos reais), em vale-compras.
- 07º - R\$ 500,00 (quinhentos reais), em vale-compras.
- 08º - R\$ 400,00 (quatrocentos reais), em vale-compras.
- 09º - R\$ 300,00 (trezentos reais), em vale-compras.
- 10º - R\$ 200,00 (duzentos reais), em vale-compras.

Sua Nota
Vale Mais

Esta cartela concorrerá no dia
17 de Dezembro de 2016, na
praça municipal, tipo bingo,
às 19:00h cfe. critérios fixados
no decreto nº 002/2016

Nº 118802

Válidos somente
no comércio local.

“Exija
Nota
Fiscal”

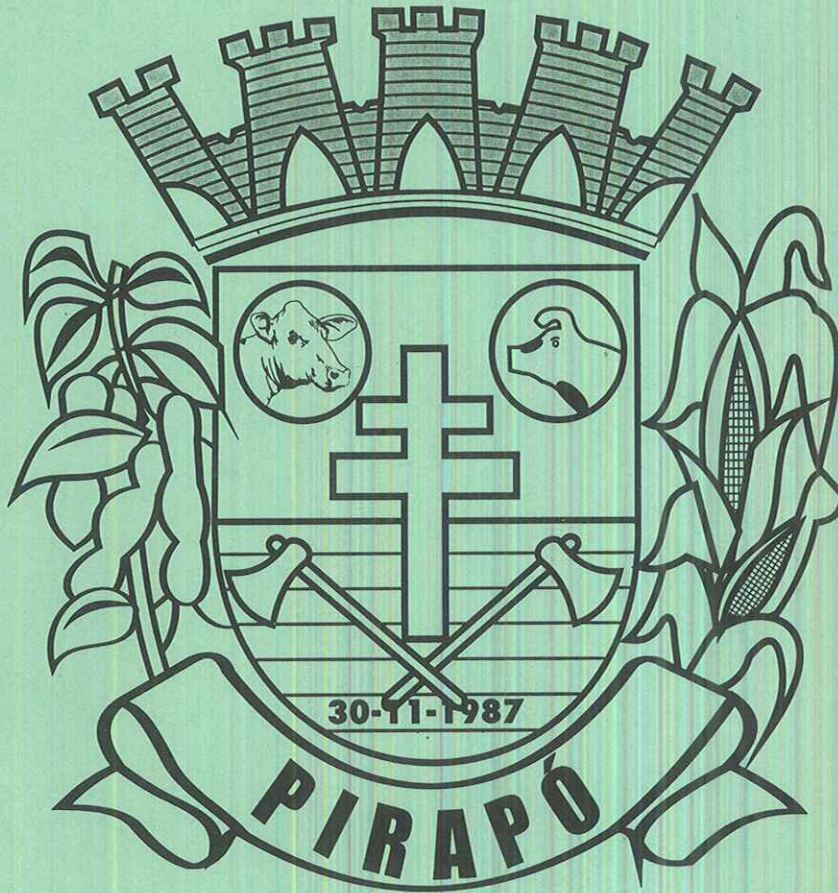
Gráfica Campina - 3567-1175

CARTOLINA 180g

ANEXO XXVII

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPÓ

Secretaria Municipal de Educação e Cultura



Escola Municipal de Ensino Fundamental

Curso: _____

Disciplina: _____


Série: _____

Turno: _____ Ano Letivo: _____

Professor(a): _____

ANEXO XXVIII

locum 2.8

NOME:		DATA DE NASCIMENTO:																					
		/ /																					
MÃE OU RESPONSÁVEL:		TELEFONE:																					
ENDEREÇO:		CEP:																					
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CRS:																					
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE FICHA DE REGISTRO DE VACINAS DE ADULTO			UNIDADE DE SAÚDE:																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">HEPATITE B</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">DUPLA ADULTO</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">FEBRE AMARELA</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> </tr> <tr> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> </tr> <tr> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> </tr> </table>				HEPATITE B	DUPLA ADULTO	FEBRE AMARELA	SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA	/ /	/ /	/ /	/ /	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
HEPATITE B	DUPLA ADULTO	FEBRE AMARELA	SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA																				
/ /	/ /	/ /	/ /																				
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____																				
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____																				
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">HEPATITE B</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">DUPLA ADULTO</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> </tr> <tr> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> </tr> <tr> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> </tr> </table>				HEPATITE B	DUPLA ADULTO			/ /	/ /	/ /	/ /	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
HEPATITE B	DUPLA ADULTO																						
/ /	/ /	/ /	/ /																				
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____																				
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____																				
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">HEPATITE B</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">DUPLA ADULTO</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> </tr> <tr> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> </tr> <tr> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> </tr> </table>				HEPATITE B	DUPLA ADULTO			/ /	/ /	/ /	/ /	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
HEPATITE B	DUPLA ADULTO																						
/ /	/ /	/ /	/ /																				
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____																				
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____																				
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">DUPLA ADULTO</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> <td>Lote: _____</td> </tr> <tr> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> <td>Lab.: _____</td> </tr> <tr> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> <td>Ass.: _____</td> </tr> </table>					DUPLA ADULTO			/ /	/ /	/ /	/ /	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
	DUPLA ADULTO																						
/ /	/ /	/ /	/ /																				
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____																				
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____																				
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____																				


OUTRAS VACINAS

Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____
Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____
Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____
Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____	Lote: <u> / / </u> Lab.: _____ Ass.: _____
Observação: _____ _____ _____			

ANEXO XXIX

~~Adesão adesão~~

29

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (verificar termo de Conhecimento)	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE/ SUBSTÂNCIA	
12ª CRS PIRAPÓ - RS RS 12.020213	Prefeitura Municipal de Pirapó CNPJ: 91.553.941/0001-08 Rua Afonso de Medeiros, 562 97885-000 - Pirapó - RS	<input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acitretina	GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
de de	Paciente-Nome: _____	Patologia: _____	
	Idade: _____ Sexo: _____		
	Prescrição Inicial: <input type="checkbox"/> Subsequente: <input type="checkbox"/>		
	Endereço: _____		
ASS. DO EMITENTE	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
	Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor: _____	Nome _____ Data <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
GCL - Campina das Missões - RS - CNPJ 92.093.848/0001-20 - I.E. 182/0002389 - 1000 - 12.020.001 a 12.021.000 - 08/14			

ANEXO XXX

5 doses de 100 cada

30

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIA	
12ª CRS PIRAPÓ - RS		Secretaria Municipal de Saúde			
RS 12.27534884		B Rua Afonso de Medeiros, 562 97885-000 - Pirapó - RS			
de de		Paciente-Nome: _____		QUANT. E FORMA FARMACÊUTICA	
ASS. DO EMITENTE		Endereço: _____		DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR				POSOLOGIA	
Nome: _____				CARIMBO DO FORNECEDOR	
Endereço: _____				NOME DO VENDEDOR	
Telefone: _____				DATA	
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____					

Laudo do Diagnóstico

Número de Registro: _____ Data: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento: ____/____/____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C - ANTI-HCV

Amostra : sangue total

Data da coleta da amostra: ____/____/____

TESTE :

Nome do produto :

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo para hepatite C (anti-HCV)**

OBSERVAÇÕES:

- 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite C.
- 2) Amostra com resultado ~~NÃO REAGENTE~~ no teste rápido para triagem do anti-HCV: avaliar a janela imunológica e retornar após 90 dias para realizar novo exame.

Responsável Técnico:

(carimbo e assinatura)

Laudo do Diagnóstico

Número de Registro: _____ Data: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento: ____/____/____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B - HBsAg

Amostra : sangue total

Data da coleta da amostra: ____/____/____

TESTE :

Nome do produto :

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra NÃO REAGENTE para o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg)**

OBSERVAÇÕES:

- 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para hepatite B.
- 2) Amostra com resultado ~~NÃO REAGENTE~~ no teste rápido para triagem do HBsAg: verificar o esquema vacinal e avaliar a janela imunológica. Caso não tenha informações sobre vacinação, solicitar o retorno após 60 dias.

Responsável Técnico:

(carimbo e assinatura)

MUNICÍPIO: PIRAPÓ

Número do Registro _____ Data: _____

Nome do Paciente: _____

DN: ____/____/____ Sexo: Masc.() Fem. ()

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Amostra: Sangue total

TESTE:

Nome do produto:

Lote: _____ Validade: _____

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: Amostra ~~NÃO REAGENTE~~ para Sífilis

OBSERVAÇÃO:

- 1) O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.
- 2) Amostra não reagente para Sífilis: Em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.
- 3) A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.

Responsável Técnico
(carimbo e assinatura)

LAUDO DIAGNÓSTICO

Data: ____/____/____ Nº do Registro: _____

Nome do Paciente: _____

Sexo: F () M () Data de Nascimento: ____/____/____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: Sangue Total

TESTE 1 :

Nome do produto : RAPID CHECK HIV 1/2

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra NÃO-REAGENTE para HIV**

LOTE: _____ VALIDADE: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra ~~NÃO REAGENTE~~ para HIV

OBS: Conforme Portaria SVS/MS Nº151, de 14 de outubro de 2009.

1) Amostra com resultado Não Reagente no teste rápido 1 (TR1), havendo caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

2) Amostra com resultado Reagente no teste rápido 1 (TR1), deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2).

Data:

Responsável Técnico
(assinatura e carimbo)