

ITEM
05

FRENTE 05

5.000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CRUZ MACHADO - PARANÁ

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO - FGA

CÓDIGO

NOME

D.S.

UNIDADE SANITÁRIA

FICHA GERAL Nº

NOME		DATA DO NASC.	SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
NATURALIDADE		ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
SITUAÇÃO PREVID.	ESTADO CIVIL	NOME DO CONJUGE E/OU RESPONSÁVEL	
FILIAÇÃO			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
PONTO DE REFERÊNCIA DO ENDEREÇO RESIDENCIAL			
LOCAL DE TRABALHO		ENDEREÇO	

DOSES	VACINAS/DATA	ANTI POLIO	TRÍPLICE	ANTI SARAMPO	BCG	DUPLA	ANTI TETÂNICA	OUTRAS VACINAS				
	1ª											
2ª												
3ª												
REFORÇO												

REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE

DATA	Dados Vitais e Antropométricos				PRÉ CONSULTA - EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICO - TRATAMENTO - EXAMES COMPLEMENTARES EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS - PÓS-CONSULTAS - ENCAMINHAMENTOS OUTROS ATENDIMENTOS	ASSINATURA

FICHA Nº

ITEM 04

Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Saúde Dr. Carlos Renato Passos

ATESTADO MÉDICO

Sr.(a).....

foi atendido neste ambulatório, sendo constatado o problema.

CID. ___ - ___ / ___ devendo:

- Ausentar-se do trabalho por _____ dias.
- Ausentar-se no dia de hoje.
-
- Ausentar-se das atividades escolares por ___ dias.
- Deverá exercer tarefas leves por ___ dias.
- Acompanhou um paciente na consulta médica.

____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo

ITEM 01

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Secretaria Municipal
de Saúde UF N°
CRM UF N°
Endereço Completo e Telefone: Av Pres.
Getúlio Vargas, 695. (42) 3554-1465
Cidade: Cruz Machado UF: PR

Paciente: _____
Endereço: _____
Descrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
RG: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____ UF: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Secretaria Municipal
de Saúde UF N°
CRM UF N°
Endereço Completo e Telefone: Av Pres.
Getúlio Vargas, 695. (42) 3554-1465
Cidade: Cruz Machado UF: PR

Paciente: _____
Endereço: _____
Descrição: _____

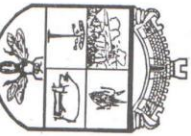
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
RG: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____ UF: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: ____/____/____

02 ITEM 03


 Prefeitura Municipal de Cruz Machado - PR
 Hospital Municipal Santa Terezinha
 Secretaria Municipal de Saúde
 Av. Presidente Getúlio Vargas, 695 - Fone: (42) 3554-1294
 84620-000 - CRUZ MACHADO - PARANÁ

11.000

Quintado 12.000

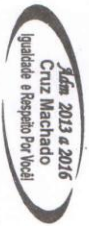
Voluntário a consulta, queira trazer esta receita.



Data: ___/___/___

ITEM 02

Prefeitura Municipal de Cruz Machado - PR
 Hospital Municipal Santa Terezinha
 Secretaria Municipal de Saúde
 Departamento Médico
 Av. Presidente Getúlio Vargas, 695 - Fone: (42) 3554-1294
 84620-000 - CRUZ MACHADO - PARANÁ



NOME: _____

PEDIDO DE EXAMES

- | | |
|--|--|
| SANGUE | URINA |
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Parcial Urina |
| <input type="checkbox"/> VG, Hb | <input type="checkbox"/> Urocultura |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Antibiograma |
| <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum | |
| <input type="checkbox"/> Colesterol total | FEZES |
| <input type="checkbox"/> HDL, LDL | <input type="checkbox"/> Parasitológico |
| <input type="checkbox"/> Triglicerídeos | |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | ESCARRO |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> Bacterioscopia |
| <input type="checkbox"/> Acido Úrico | |
| <input type="checkbox"/> ASO | SECREÇÕES |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> Espermiograma |
| <input type="checkbox"/> F.R. | <input type="checkbox"/> Secreção vagina |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Beta-HCG | |
| <input type="checkbox"/> VDRL | HORMÔNIOS |
| <input type="checkbox"/> Anti HIV | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea | <input type="checkbox"/> T4 livre |
| <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> VHS | <input type="checkbox"/> FSH |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

11.000

Assinatura - Carimbo

Data: ___/___/___

CONTRA REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Investigação Diagnóstica- Exames complementares solicitados

Terapêutica prescrita com Posologia:

Retorno em Dias
 Meses
 Anos

Desnecessário retorno

SOLICITAÇÕES:

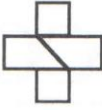
Nome e nº CR do Profissional (Carimbo)

Data

ITEM 07

FRENTE 07

5.000

SUS			
Sistema Único de Saúde			
REFERÊNCIA			
Paciente	Nome	F Familiar (Geral)	
		Idade	Sexo
De	Unidade de Saúde	Fone	
	Nome e N.º CR do Profissional (Carimbo)	Data	
Para	Especialidade	Data da Consulta/...../.....	
	Nome do Profissional	Hora	
	Local de Encaminhamento		
História Clínica (Dirigida a Causa do Encaminhamento)			
Exame Físico			
Resultados de Exames complementares já realizados (com data)			
Impressão Diagnóstica			
Terapêutica já Utilizada (com Posologia)			
Solicitações			

