28

28

PREFEITURA MUNICIPAL
DE CARMO DO PARANAÍBA

SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE REGULAÇÃO DE FECUNDIDADE

Atendendo as normas de § 7º do artigo 226, da lei nº 9.263 de 12/01/96, do Ministério da Saúde, que regulamenta o PLANEJAMENTO FAMILIAR, estabelece penalidades e dá outras providências, a Comissão de Regulação de Fecundidade libera o procedimento de LAQUEADURA TUBÁRIA / VASECTOMIA para a (o) paciente:

_____

_____

_____

_____

Carmo do Paranaíba - MG _____/_____/_____

Liberado após: _____/_____/_____

Membros da Comissão:

_____

_____

_____

_____

_____

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação
1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 Agravo/doença

3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade
1 - Hora
2 - Dia
3 - Mês
4 - Ano

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

12 Gestante
1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre
4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica
9-Ignorado

13 Raça/Cor
1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

Notificação de Surto

17 Data dos 1ºS Sintomas do 1º Caso Suspeito

18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos

19 Local Inicial de Ocorrência do Surto
1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola
4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria
7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____

Dados de Residência

20 UF 21 Município de Residência

Código (IBGE)

22 Distrito

23 Bairro

24 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...)

27 Geo campo 1

28 Geo campo 2

29 Ponto de Referência

30 CEP

31 (DDD) Telefone

32 Zona
1 - Urbana 2 - Rural
3 - Periurbana 9 - Ignorado

33 País (se residente fora do Brasil)

Notificante

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual

01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia

02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra

03 Especificar tipo de exame :

04 óbito ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

05 Contato com caso semelhante ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

06 Presença de exantema ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

07 Data do início do exatema

08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

09 Foi realizado líquor ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

10 Resultado da bacterioscopia :

11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

12 Data da última dose tomada

13 Ocorreu hospitalização ?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

14 Data da hospitalização

15 UF 16 Munícipio do hospital

Código (IBGE)

17 Nome do hospital

Código

Notificação Surto

18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação

1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:_____

2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10:_____

Fr. Infecção

19 Local provável de infecção (classificação provisória)

País:_____ UF ( ) Município:_____

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD II

MEDICAÇÃO SUPERVISIONADA - ENFERMAGEM

30

30

Paciente:_____ Projeto Terapêutico:_____

DATA	MEDICAÇÃO PRESCRITA	HORÁRIOS				OBSERVAÇÕES
		M	T	V	N	

LEGENDA: M (MANHÃ) - T (TARDE) - V (VESPERTINO) - N (NOITE)

_____
Assinatura e Carimbo

01

05

31

NOTIFICAÇÃO SEMANAL DE AGRAVOS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

DADOS GERAIS

01 - Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Positiva ☐	02 - Semana Epidemiológica
03 - Município de Notificação	
04 - Unidade de Saúde	

DADOS GERAIS

05 Sarampo ☐	Meningite ☐	Paralisia Flácida Aguda ☐
Rubéola ☐	Tétano ☐	Sífilis em Gestante ☐

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

06 - Nome do Pcciente		07 - Data de Nascimento
08 - Idade D - Dias M - Meses ☐ A - Anos	09 - Sexo M - Masculino F - Feminino ☐ I - Ignorado	10 - Raça Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado ☐
11 - Nome da Mãe		12 - Nome do Pai
13 - Logradouro (Avenida, Rua, ...)		14 - Número
15 - Complemento		16 - UF
17 - Município de Residência		18 - CEP
19 - Bairro		20 - Zona 1 - Urbana 3 - Periurbana 2 - Rural 4 - Ignorado ☐
21 - Telefone		22 - Telefone Comercial

Assinatura / Carimbo Profissional Responsável

Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Núcleo Municipal de Saúde
Rua:Atanásio dos Santos, 271– Bairro: JK
FONES: (34)3851-5015

86 32

Ficha de Visita Pré-anestésica

Data: ____/____/_____

Nome: _____ Idade: _____

Cirurgia Proposta: _____

Clínica responsável: _____ Leito: _____

História Clínica

- **História Patológica Atual**

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
PATOLOGIA CIRÚRGICA			
IVAS			
FEBRE			
TOSSE			
DISPNEIA			
ASMA			
DOR TORÁCICA			
INFECÇÕES			
OUTRAS			

- **História Patológica Pregressa**

HIPERTENSÃO			
CARDIOPATIA			
DÇAS DA TIREÓIDE			
DIABETES			
DÇAS HEMATOLÓGICAS			
DÇAS NEUROLÓGICAS			
ALERGIAS			
OUTRAS			

- **Hábitos**

ETILISMO			
TABAGISMO			
DROGAS			

- **Antecedentes familiares**

_____

_____

_____

- **Passado Anestésico-cirúrgico e Complicações**

_____

_____

- **Exames complementares (NORMAL? Marcar SIM ou NÃO. Descrever alterações).**

HEMOGRAMA			
GLICEMIA			
UREIA			
CREATININA			
ELETRÓLITOS			
COAGULOGRAMA			
ECG			
RX TÓRAX			

- **Exame físico**

PA: / mmHg	FC: bpm	Altura:	Peso:
ACV:			
AR:			
Avaliação da via aérea:	Mallampati:	Mobilidade do pescoço:	Limitação da ATM:
Distância Esterno-mento:	( ) > 12,5 cm	( ) < 12,5 cm	
Outros:			

- **Conclusão**

Estado físico: _____ (ASA).

Anestesia proposta: _____

_____
Assinatura/Carimbo Anestesiologista

(33)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nome:_____ Prontuário nº:_____

Endereço:_____ Cidade:_____

Estado Civil:_____ Telefone:_____

Data Nascimento:_____/_____/_____ Nº de Filhos:_____

DECLARAÇÃO - Vasectomia

Art. 10, § 1º da Lei 9.263/96 - É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgfa, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Eu,_____por exigência do artigo 10, § 1º da Lei 9.263/96 declaro por meio deste documento que desejo me submeter a procedimento médico de esterilização cirúrgica estando totalmente ciente dos riscos de tal cirurgia, dos possíveis efeitos colaterais, bem como das dificuldades de sua reverção, tudo a seguir expressamente mencionado:

VASECTOMIA

Estatisticamente há falhas de cirurgia que não podem ser consideradas como erro médico.

RISCOS DA CIRURGIA:
- Hematoma - esta é a mais comum das complicações;
- Infecção;
- Granuloma de esperma - é devido ao extravasamento do esperma para o lado externo dos canais diferentes no momento da cirurgia, e sendo o esperma muito antigênico, produz intensa resposta inflamatória local, que geralmente causa pouca dor, mas se esta for intensa o tratamento é retirá-lo.
- Fertilidade persistente - é devido a recanalização dos ductos deferentes ou técnica não eficaz, nestes casos deve-se repetir o espermograma até o terceiro mês da cirurgia e se este evidendiar a presença de espermatozóides deve-se repetir a cirurgia.

EFEITOS COLATERAIS LOCAIS:
- Dor epididimal ou testicular crônica - ocorre geralmente na proporção de 1/2000 cirurgias;
- Diminuição da espermatogênese.

EFEITOS COLATERAIS SISTÊMICOS:
- Destruição da barreira hemato-testicular com formação de anti-corpos contra os espermatozóides.
- Os estudos divergem quando à incidência do câncer de próstata 20 anos após a realização da vasectomia.

DIFICULDADES DA SUA REVERSÃO:
A cirurgia de recanalização dos ductos deferentes é estatisticamente, tão menor, quanto mais tempo decorre a partir da data da vasectomia para que venha tentar uma nova gravidez.

OPÇÕES DE CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEIS A DISPOSIÇÃO DO HOMEM:
- Preservativo (condom ou camisinha)
- Coito interrompido.

Declaro também que recebi por parte do meu médico todas as explicações necessárias para a perfeita compreensão dos riscos da cirurgia, dos seus possíveis efeitos colaterais, bem como das dificuldades de reversão da mesma atualmente.
Declaro por fim minha inteira ciência de que a partir da presente data tenho ainda que cumprir um prazo mínimo de reflexão de sessenta (60) dias previsto na Lei 9.263/96 para me submeter ou não ao procedimento cirúrgico de esterilização, sendo que somente após o seu término poderei ser operado caso confirme minha vontade.

Por ser verdade e por se tratar de exigência legal, firmo a presente declaração.

Carmo do Paranaíba - MG,_____ de_____de_____

_____

Assinatura do paciente

De acordo:

_____

Assinatura do cônjuge ou companheira do paciente