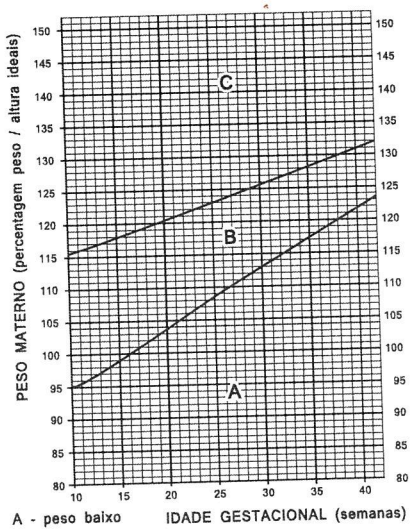
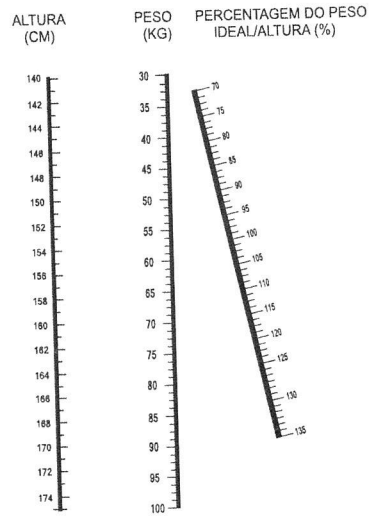


A - peso baixo
B - peso normal
C - sobrepeso

NOMOGRAMA



SINAIS DE ALERTA:

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

SINAIS DE COMEÇO DO TRABALHO DE PARTO:

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

DEPOIS DO PARTO:

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

Cuidados com seu bebê:

Procure a UBS do 3º ao 5º dia de nascimento do seu bebê, para:

Teste do pezinho, vacinas e orientações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE

BARÃO DO TRIUNFO

PRÉ-NATAL
CARTEIRA DA GESTANTE

NOME:

ENDEREÇO:

FONE:

SIS PRÉ-NATAL:

CNS:

UNIDADE DE SAÚDE

DATA	MÉDICO

Cuide de você e seu bebê!
Mantenha o seu pré-natal em dia.

ADE	GESTA	PESO RN	GRUPO ABO/RN
M	PARA		
P	CESÁREA		RAÇA
	ABORTO		NÍVEL INSTRUÇÃO
AN/HCG			PESO INÍCIO GEST

FATOR DE RISCO ATUAL E/OU PATOLOGIAS PRÉVIAS MATERNAS

☐ HAS	☐ DIABETE TIPO I	☐ SÍFILIS	☐ HIV +
☐ PRÉ-ECLÂMPSIA GEST ANT	☐ DM GEST.	☐ TP Prematuro	☐ DROGAS
☐ CARDIOPATIA	☐ SANG 3º TRI	☐ Nati/Neomortos	☐ TABAGISMO
☐ PIELONEF. AGUDA	☐ BACT. Assint.	☐	☐

TA	IG	PESO	PA	AU	BSF	MF	TOQUE	ORIENTAÇÕES - OBSERVAÇÕES

PARCEIROS

DATA	Ht/Hb	VDRL	EQU	Urocultura	Glicemia Jejum	*Teste sobre-carga glicose	ANTI-HIV				

LTRASSONOGRAFIA

VACINAS

DTPA	INFLUENZA	HEPATITI B
DATA:__/__/__	DATA:__/__/__	DATA:__/__/__
LOTE:_____	LOTE:_____	LOTE:_____
VAC.:_____	VAC.:_____	VAC.:_____
DATA:__/__/__	DATA:__/__/__	DATA:__/__/__
LOTE:_____	LOTE:_____	LOTE:_____
VAC.:_____	VAC.:_____	VAC.:_____
DATA:__/__/__	DATA:__/__/__	DATA:__/__/__
LOTE:_____	LOTE:_____	LOTE:_____
VAC.:_____	VAC.:_____	VAC.:_____

TESTE RÁPIDO

HIV	SÍFILIS	HEPATITE B	HEPATITE C
/ /	/ /	/ /	/ /

* Sugestão de Teste Sobrecarga de Glicose: glicemia 2 horas após 75 g

Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

AV. TASSINARI CESARI, 476 - Fone: (0xx51) 3650 1143 / 3650.1055
Centro - Barão do Triunfo/RS

DIÁRIO DE BORDO

VEÍCULO:_____

PLACA:_____

SECRETARIA:_____

ANO:_____

Prefeitura Municipal de Barão do Triunfo

DIÁRIO DE BORDO

VEÍCULO:_____ PLACA:_____ UNIDADE:_____

MÊS:_____ ANO:20_____ TROCA DE ÓLEO:_____

DIA	HORA		ODÔMETRO		NOME MOTORISTA	KM ABASTECIMENTO	PROCEDÊNCIA	DESTINO
	SAÍDA	CHEGADA	SAÍDA	CHEGADA				

SIA/SUS - RS

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

16. NÚMERO DO ATENDIMENTO

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1 - UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Nome da Unidade: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF _____

Código SIA/SUS: _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF _____

5.CÓDIGO ESPECIF. ATIVID. PROFIS (TABELA)	8.CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS

10.PROFISIONAL/ SETOR	11. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	12. ASSIN. E CARIMBO DO PROFISSIONAL

6. TIPO (TABELA 2)

13. DIAGNÓSTICO/CID

15. POLEGAR DIREITO

3. DATA DO ATENDIMENTO

____/____/____

4. HORA DO ATENDIMENTO

7. GRUPO (TABELA 3)

14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

MOD SIA/SUS 003

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Luiz Gonzaga Dalbem, 535 - Barão do Triunfo - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

CRM UF N°

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE:

CIDADE: UF

1ª Via FARMÁCIA
2ª Via PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Ident._____ Órg. Emissor:

End.:_____

Cidade:_____ UF:_____

Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data:_____/_____/_____

_____
ASSINATURA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Luiz Gonzaga Dalbem, 535 - Barão do Triunfo - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via FARMÁCIA
2ª Via PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

CRM UF N°

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE:

CIDADE: UF

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Ident._____ Órg. Emissor:

End.:_____

Cidade:_____ UF:_____

Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data:_____/_____/_____

_____
ASSINATURA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

AV. TASSINARI CESARI, 476 - Fone: (0xx51) 3650-1144

CNPJ 91.900.365/0001-28

☐ **ORDEM DE FORNECIMENTO** ☐ **SERVIÇO**

№ 47300

SECRETARIA/DEPARTAMENTO:.....

UTILIZAÇÃO:.....

A(O) .....

Pela presente fica o portador(a) autorização(a) a retirar o abaixo discriminado.

PORTADOR(a):.....

Rua:..... N°..... Bairro:.....

Quantidade	Discriminação dos Produtos/Serviços	PREÇOS	
		Unitário	TOTAL
	Valor Total da Ordem de Fornecimento R$		

Barão do Triunfo,..... de..... de 20.....

..... Funcionário

..... Funcionário

OBS.: Esta ordem deverá acompanhar a nota fiscal ou documento para cobrança.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

AV. TASSINARI CESARI, 476 - Fone: (0xx51) 3650-1144

CNPJ 91.900.365/0001-28

☐ **ORDEM DE FORNECIMENTO** ☐ **SERVIÇO**

№ 47300

SECRETARIA/DEPARTAMENTO:.....

UTILIZAÇÃO:.....

A(O) .....

Pela presente fica o portador(a) autorização(a) a retirar o abaixo discriminado.

PORTADOR(a):.....

Rua:..... N°..... Bairro: .....

Quantidade	Discriminação dos Produtos/Serviços	PREÇOS	
		Unitário	TOTAL
	Valor Total da Ordem de Fornecimento R$		

Barão do Triunfo,..... de..... de 20.....

..... Funcionário

..... Funcionário

OBS.: Esta ordem deverá acompanhar a nota fiscal ou documento para cobrança.

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO
Secretaria Municipal da Saúde
Rua Luiz Gonzaga Dalbem, 535 - Barão do Triunfo - RS

Nome do Paciente:_____

* Fumo e Álcool Prejudicam sua saúde.
* O leite materno é o melhor alimento para o bebê
* Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Data:_____/_____/_____

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARÃO DO TRIUNFO
Secretaria Municipal da Saúde
Rua Luiz Gonzaga Dalbem, 535 - Barão do Triunfo - RS

Nome do Paciente:_____

* Fumo e Álcool Prejudicam sua saúde.
* O leite materno é o melhor alimento para o bebê
* Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Data:_____/_____/_____

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Secretaria da Saúde
Barão do Triunfo

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 080/19 – CIB/RS

LAUDO MÉDICO DE INSUMOS DE SAÚDE/ FRALDAS DESCARTÁVEIS

1. DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Cartão SUS Nº: _____

Doc. Identidade Nº: _____ CPF Nº: _____ Data de nascimento: _____

Nome da Mãe: _____ Sexo: _____

Telefone: _____ Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Município: _____

Assinatura do Paciente

2. DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ CPF: _____

Doc. Identidade Nº: _____ Telefone: _____ CEP: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____

Assinatura do Responsável

3. DIAGNÓSTICO(S)

CID Principal: _____ CID Secudário: _____

4. NECESSIDADE DE QUANTITATIVO DE FRALDAS DIÁRIA E MENSAL

☐ 2/60 unidades ☐ 3/90 unidades ☐ 4/120 unidades ☐ 5/150 unidades

5. QUANTO AO TAMANHO

Adulto ☐ pequeno (P) ☐ médio (M) ☐ grande (G) ☐ extragrande (GG) ☐ extra-extragrande (XXG)

Infantil ☐ pequeno (P) ☐ médio (M) ☐ grande (G) ☐ extragrande (GG) ☐ extra-extragrande (XXG)

6. ESTABELECIMENTO E MÉDICO

Nome do estabelecimento de saúde solicitante:* _____ Nº de CNES: _____ Data da solicitação: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Carimbo e assinatura do médico solicitante

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS	Nº 01.0006470 2ª CRS
MUNICÍPIO: *Barão do Triunfo*	

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BARÃO DO TRIUNFO
CNES: 6552951
Rua Cônego José Wiest, 239 Barão do Triunfo - RS

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

_____ de _____ de _____

Paciente Nome: _____

_____

Endereço: _____

_____

_____
Assinatura do Emitente

Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

RG _____ Órgão Emissor _____ Fone: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

_____ Nome do Vendedor

___/___/___ Data

FELIPE DE FARIAS - Sertão Santana - CNPJ 08.304.462/0001-04

Nº 01.0002701 A 01.0007700 - Autorização VISA Nº 03/2022

Digitalizado com CamScanner