IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/_____/_____

Nome do Paciente:

Nº Prontuário / SES:

Data de Nascimento: ____/_____/_____

Unidade de Atendimento:

Enfermaria:

Leito:

ASSINATURA

Data____/_____/_____

_____

Assinatura/Carimbo

IGESDF
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL DE BASE

Identificação do Emitente
Hospital de Base | CNPJ: 28.481.233/0001-72
SMHS – Área Especial – Quadra 101 – Brasília-DF
CEP: 70.335-900
Telefone: 61-3550-8900

1ªVIAFARMÁCIA
2ªVIAPACIENTE

Dados do paciente (nome completo):

Data de nascimento: _____/_____/_____

Nº prontuário/registro:

Endereço:

Prescrição:

Data **Assinatura e carimbo do Médico**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	**Data:**_____/_____/_____
Identificação: **Órgão Emissor:**	
Endereço:	
Cidade: **UF:** **Telefone:**	_____ **Assinatura do Farmacêutico**

IGESDF
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL DE BASE

Identificação do Emitente
Hospital de Base | CNPJ: 28.481.233/0001-72
SMHS – Área Especial – Quadra 101 – Brasília-DF
CEP: 70.335-900
Telefone: 61-3550-8900

1ªVIAFARMÁCIA
2ªVIAPACIENTE

Dados do paciente (nome completo):

Data de nascimento: _____/_____/_____

Nº prontuário/registro:

Endereço:

Prescrição:

Data Assinatura e carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Data:_____/_____/_____

Identificação: Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade: UF: Telefone:

_____
Assinatura do Farmacêutico

IGESDF
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

IDENTIFICAÇÃO:

Nome Completo: **CPF:**

Cargo: **Data de Nascimento:** _____/_____/_____

Função: **Matrícula:**

Setor / Lotação:

RISCOS OCUPACIONAIS:

☐ Físico ☐ Químico ☐ Biológico ☐ Ergonômico ☐ Acidentes ☐ Sem Risco

EXAME MÉDICO:

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Mudança de Riscos Ocupacionais ☐ Demissional

PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS:

☐ Exame Clínico	Em: ----------/---------/--------
☐ Hemograma Completo	Em: _____/_____/_____
☐ Anti HBS	Em: _____/_____/_____
☐ Tipagem Sanguínea e Fator RH	Em: _____/_____/_____
☐ Glicemia de Jejum	Em: _____/_____/_____
☐ Creatina Sérica	Em: _____/_____/_____
☐ Uréia	Em: _____/_____/_____
☐ Lipidograma Completo	Em: _____/_____/_____
☐ TGO	Em: _____/_____/_____
☐ TGP	Em: _____/_____/_____
☐ Urina - EAS	Em: _____/_____/_____

☐ Exame Parasitológico de Fezes – EPF	Em: ----------/---------/----------
☐ Espirometria	Em: _____/_____/_____
☐ RX do Tórax	Em: _____/_____/_____
☐ Eletrocardiograma – ECG	Em: _____/_____/_____
☐ Eletroencefalograma – EEG	Em: _____/_____/_____
☐ Audiometria Tonal	Em: _____/_____/_____
☐ Acuidade Visual	Em: _____/_____/_____
☐ BHCG	Em: _____/_____/_____
☐ Outros:	Em: _____/_____/_____

CONCLUSÃO:

☐ Apto (A) ☐ Inapto (A) ☐ Apto para trabalho em altura ☐ Apto - PCD

☐ Pendente – Motivo: _____Prazo para Retorno _____/_____/____

Vencimento em:

☐ 6 Meses ☐ 12 Meses ☐ 24 Meses ☐ Outros:_____

OBSERVAÇÃO:

MÉDICO EXAMINADOR	MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO
Data: _____/_____/_____ **_____** **Assinatura/Carimbo**	**AMILTON CABRAL JUNIOR** **CRM/DF 18165** **MÉDICO DO TRABALHO RQE 12026**

EMPREGADO

Estou ciente do resultado do presente exame médico e recebi cópia deste ASO. Fui orientado pelo médico examinador sobre como proceder diante dos riscos ocupacionais.	**Data: _____/_____/_____** **_____** **Assinatura** **Declaro que recebi a 2ª via deste ASO**

ENCAMINHAMENTO PARA LICENÇA MATERNIDADE

DADOS DA COLABORADORA

Nome: **Matrícula:**

Cargo: **Setor / Lotação:**

Função:

À GERÊNCIA GERAL DE PESSOAS

A licença maternidade terá início _____/_____/_____ e término _____/_____/_____ .

Data de Nascimento da Criança: _____/_____/_____

A colaboradora deverá comparecer ao SESMT da unidade da unidade para realizar seu exame de ***Retorno ao Trabalho***, antes do início de suas atividades laborais/férias (conforme NR nº 7), em _____/_____/_____.

Atenção:

As colaboradoras que pretendem gozar férias após a licença-maternidade deverão acordar o período desejado antecipadamente com o gestor imediato.

A data de início das férias deverá ser o dia seguinte ao exame de Retorno ao Trabalho, realizado no SESMT.

Prorrogação de licença maternidade ocorrerá em casos de internação relacionado ao parto, maior de duas semanas, mediante apresentação de documentos comprobatórios, relatório médico e exames. (Portaria Conjunta INSS nº 28/2021).

RESPONSÁVEL

No prazo de 48h do nascimento do bebê, o responsável deverá entregar uma cópia da certidão de nascimento da criança no SESMT-IGESDF.

COLABORADORA	MEDICINA DO TRABALHO
Data: _____/_____/_____ _____ **Assinatura do (a) Colaborador (a) ou representante** **Declaro que recebi a 2º via deste aviso** **Nome completo representante:** _____ **RG/CPF:**_____	_____ **Assinatura / Carimbo** **SESMT- Medicina do Trabalho**

Nome Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ **Sexo:** O M O F

Data de Nascimento: __/__/____ **Idade:** _____ **Código de Atendimento:** _____

Same: _____ **CNS:** _____ **Data de Admissão:** __/__/____

EVOLUÇÃO MÉDICA - UPA

UNIDADE DE ADMISSÃO

O SALA VERDE O SALA AMARELA O SALA VERMELHA O BOX PEDIÁTRICO O ENFERMARIA PEDIÁTRICA

PLANTÃO: O DIURNO O NOTURNO **HORÁRIO DE ADMISSÃO:**

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

O RESIDÊNCIA O VIA PÚBLICA

O OUTRA UNIDADE DE SAÚDE Descrever qual:

O UBS Descrever qual:

O CASA DE APOIO Descrever qual:

O SERVIÇO PRISIONAL Descrever qual:

PACIENTE TRAZIDO POR

O MEIOS PRÓPRIOS O SAMU O UTI VIDA O AÉREO O CORPO DE BOMBEIRO MILITAR

O Outros:

PACIENTE POSSUI ACOMPANHANTE: O NÃO O SIM Qual grau de parentesco?

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

☐ NEGA COMORBIDADES
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
☐ DIABETES MELLITUS
☐ OBESIDADE
☐ ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL Mês/Ano:
☐ INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO Mês/Ano:
☐ NEOPLASIA QUAL:
☐ DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
☐ TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
☐ DOENÇA RENAL CRÔNICA
☐ INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
☐ DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
☐ SEM INFORMAÇÕES
☐ OUTROS:

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

ALERGIAS	HISTÓRIA PATOLÓGICA FAMILIAR	HISTÓRICO DE CIRURGIAS
O SIM O NÃO	O SIM O NÃO	O SIM O NÃO

PALIATIVO	PROTOCOLO
O SIM O NÃO	☐ SEPSE ☐ DOR TORÁCICA ☐ AVC

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

EXAME FÍSICO / AVALIAÇÃO

ESTADO GERAL DO PACIENTE

O Bom Estado Geral (BEG) O Regular Estado Geral (REG) O Grave Estado Geral (GEG)
O Estável O Instável

ORIENTAÇÃO

O Orientado O Desorientado

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

O Consciente O Inconsciente

RASS - ESCALA DE RICHMOND DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO

O +1 INQUIETO
O +2 AGITADO
O +3 MUITO AGITADO
O +4 AGRESSIVO
O 0 ALERTA,CALMO
O -1 SONOLENTO
O -2 SEDAÇÃO LEVE
O -3 SEDAÇÃO MODERADA
O -4 SEDAÇÃO PROFUNDA
O -5 INCAPAZ DE SER DESPERTADO

ECTOSCOPIA

O Corado O Hipocorado: /++++ O Anictérico O Ictérico: /++++
O Hidratado O Desidratado: /++++ O Acianótico O Cianótico

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

O Pupilas Simétricas O Pupilas Assimétricas:
O Pupilas Fotorreativas O Pupilas Não Fotorreativas
O Sem alteração O Pupilas Midriáticas O Pupilas Mióticas

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR

- O ESPONTÂNEA (ESCORE 4)
- O Á VOZ (ESCORE 3)
- O Á DOR (ESCORE 2)
- O NENHUMA (ESCORE 1)

ESCORE:

RESPOSTA MOTORA

- O OBEDECE A COMANDOS (ESCORE 6)
- O LOCALIZAR A DOR (ESCORE 5)
- O MOVIMENTOS DE RETIRADA (ESCORE 4)
- O FLEXÃO NORMAL (ESCORE 3)
- O EXTENSÃO ANORMAL (ESCORE 2)
- O NENHUMA (ESCORE 1)

ESCORE:

RESPOSTA VERBAL

- O ORIENTADA (ESCORE 5)
- O CONFUSA (ESCORE 4)
- O NENHUMA (ESCORE 1)
- O PALAVRAS INAPROPRIADAS (ESCORE 3)
- O PALAVRAS INCOMPREENSIVEIS (ESCORE 2)

ESCORE:

RESPOSTA PUPILAR

- O NENHUMA (ESCORE 2)
- O APENAS UMA REAGE AO ESTIMULO (ESCORE 1)
- O REAÇÃO BILATERAL AO ESTÍMULO (ESCORE 0)

ESCORE:

TOTAL ESCORE

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

- O Ritmo Cardíaco Regular
- O Ritmo Cardíaco Irregular
- O Bulhas Normofonéticas
- O Bulhas Hipofonéticas
- O Bulhas Hiperfonéticas
- O Sopros Inaudíveis
- O Sopros Audíveis Descreva:

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

- O Eupneico
- O Bradipneico
- O Taquipneico
- O Confórtavel
- O Desconfórtavel Sinais:
- O Murmúrios Vesiculares Presentes
- O Murmúrios Vesiculares Diminuídos
- O Murmúrios Vesiculares Ausentes
- O Ruídos Adventícios Ausentes
- O Ruídos Adventícios Presentes Descreva:

VENTILAÇÃO

- O Ar ambiente
- O Oxigenoterapia
- O Cateter Nasal L/min:
- O Máscara não Reinalante L/min:
- O Máscara de Venturi L/min: , %
- O Macronebulização L/min:
- O Ventilação Não Invasiva Parâmetros:
- O Ventilação Mecânica Parâmetros:

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

AVALIAÇÃO DO ABDOME

O Abdome Plano O Abdome Globoso O Abdome Distendido
O Ruídos Hidroaéreos Presentes O Ruídos Hidroaéreos Ausentes O Ruídos Hidroaéreos Aumentados O Ruídos Hidroaéreos Diminuídos
O Abdome Indolor O Abdome Doloroso:
O Visceromegalias Não Palpáveis O Visceromegalias Palpáveis:
O Sem Sinais De Peritonite O Com Sinais De Peritonite:

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

AVALIAÇÃO DE EXTREMIDADES

O Edemas Ausentes O Edemas Presentes:
O Bem Perfundidas O Mal Perfundidas Tempo de Enchimento Capilar > Segundos
O Panturilhas Livres O Panturilha Empastada:

TEMPERATURA

O Hipertermia O Hiperpirexia O Hipotermia O Normotérmico

QUEIXAS

☐ Astenia ☐ Cefaleia ☐ Prurido ☐ Vertigem ☐ Inapetência ☐ Êmese ☐ Náusea
☐ Pirose ☐ Epistaxe ☐ Dispneia ☐ Sem Queixas ☐ Outras:

ACEITAÇÃO DE DIETA VIA ORAL

O Dieta Zero O Baixa O Moderada O Adequada O Não se Aplica

ELIMINAÇÃO VESICAL

O Espontânea O Dispositivos O Sem Eliminação Descrever Quantos Dias de Ausência:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL

O Líquida O Pastosa O Normal O Sólida O Enterorragia O Urgência em Evacuar
O Sem Eliminação Descrever Quantos Dias de Ausência:

SONO E REPOUSO

O Regular O Irregular

DISPOSITIVOS

☐ Acesso Venoso Periférico (AVP)

☐ Cateter Venoso Central Inserção: Retirada: Local:

☐ Cateter Venoso Central de Inserção Periférica(PICC)

☐ Cateter para Hemodiálise Local:

☐ Sonda Nasoenteral (SNE) ☐ Sonda Nasogátrica (SNG)

☐ Sonda Vesical de Demora (SVD) ☐ Sonda de Irrigação Vesical

☐ Tubo Orotraqueal Nº: Intubação: Extubação: Dias Totais de IOT:

☐ Traqueostomia ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐ Ileostomia ☐ Colostomia ☐ Cistostomia
☐ Marcapasso Definitivo ☐ Marcapasso Transcutâneo ☐ Marcapasso Transvenoso

☐ Drenos:

☐ Outros:

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

PROFILAXIAS

Tromboembolismo Venoso (TEV): O NÃO O SIM Proteção Gástrica: O NÃO O SIM

DROGAS VASOATIVAS O SIM O NÃO

DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única

OBSERVAÇÃO

ANTIBIÓTICO O SIM O NÃO

Início:	Término:	Quantos dias:
Início:	Término:	Quantos dias:
Início:	Término:	Quantos dias:
Início:	Término:	Quantos dias:
Início:	Término:	Quantos dias:

OBSERVAÇÃO

SEDOANALGESIA O SIM O NÃO

DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única
DOSE:	O Contínua	O Dose Única

OBSERVAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

SINAIS VITAIS ÚLTIMA REGISTRADA						
PA:	FC:	FR:	SPO2:	Temperatura:	HGT:	Dt/Hr:

RESPOSTA DO PARECER MÉDICO O Não O Sim

EXAMES DE IMAGEM SOLICITADOS O Não O Sim

CONDUTA

INTERCORRÊNCIA NA AVALIAÇÃO O Não O Sim

PREVISÃO DE ALTA: _____/_____/_____

BSB, _____DE _____DE _____.

_____

ASSINATURA E CARIMBO

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.

DADOS		
Nome Completo:		
Função:		**Matrícula:**
Nº Prontuário:	**Data de Nascimento:** _____/_____/_____	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO

DATA	HORA	EVOLUÇÃO

Nome Completo:

R.G: **Sexo:** ☐ F ☐ M ☐ I **Estado Civil :** ☐ Casado (a) ☐ Solteiro ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo (a) ☐ Outro

Regime de Contratação: **Data de Nascimento:** _____/_____/_____ **Naturalidade:**

Lotação (Setor): **Cargo/Função:**

Tipo de Atendimento:

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Demissional ☐ Retorno ao Trabalho ☐Mudança de Função ☐ Outro

PA: **FC:** **Peso KG:** **Altura(m):** **IMC:** **Data da Última Menstruação (D.U.M):** _____/_____/_____ ☐ Não se Aplica

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

EM CASO DE EXAME PERIÓDICO, ASSINALAR APENAS AS ALTERAÇÕES POSTERIORES AO ÚLTIMO EXAME:

VOCÊ SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO	SIM	NÃO
Doenças do coração, infarto ou pressão alta?	☐	☐
Bronquite, asma, rinite, sinusite ou alergias respiratórias?	☐	☐
Doenças do estômago (úlcera, gastrite)?	☐	☐
Doenças do fígado (hepatite, cirrose)?	☐	☐
Hemorróidas, varizes, varicocele?	☐	☐
Hérnias?	☐	☐
Doenças renais (nefrite, infecção, urinária, cálculo)?	☐	☐
Diabetes ou resistência insulínica?	☐	☐
Dores de cabeça?	☐	☐
Desmaios, tonturas ou convulsões?	☐	☐
Doenças mentais ou psicológicas?	☐	☐
Outras alergias?	☐	☐
Doenças de Pele?	☐	☐
Doenças da coluna?	☐	☐
Dores nas juntas (reumatismo)?	☐	☐

VOCÊ SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO	SIM	NÃO
Sofreu ou sofre de alguma tendinite?	☐	☐
Você sente dores na coluna, pescoço ou nos membros? Com que frequência? _____	☐	☐
Possui alguma limitação para tarefas pesadas?	☐	☐
Limitações na visão?	☐	☐
Limitações na audição?	☐	☐
Limitações físicas?	☐	☐
Já sofreu alguma fratura?	☐	☐
Já esteve internado alguma vez?	☐	☐
Já foi submetido a alguma cirurgia?	☐	☐
Sua saúde limita de alguma forma seu trabalho?	☐	☐
Já esteve afastado do trabalho por mais de 15 dias?	☐	☐
Está satisfeito com seu peso?	☐	☐
Você tem insônia?	☐	☐
Você possui outro emprego? Qual?_____	☐	☐

PESQUISA NUTRICIONAL:

	SIM	NÃO
Você faz algum tipo de planejamento da sua alimentação cotidiana?	☐	☐
Você consegue manter uma alimentação adequada às suas necessidades nutricionais?	☐	☐

PESQUISAS DE OUTROS HÁBITOS:

	NUNCA/RARAMENTE	1 A 2X/SEMANA	3 A 4X/ SEMANA	5 A 6X/SEMANA	DIARIAMENTE
Com que frequência você pratica atividade física?	☐	☐	☐	☐	☐
Com que frequência você faz uso de bebida alcoólica?	☐	☐	☐	☐	☐
Fora do trabalho você utiliza o computador?	☐	☐	☐	☐	☐
Você possui algum hobby?	☐ Sim	☐ Não	Qual?_____		
	NUNCA/RARAMENTE	1 A 2X/SEMANA	3 A 4X/ SEMANA	5 A 6X/SEMANA	DIARIAMENTE
Com que frequência você pratica o seu hobby?	☐	☐	☐	☐	☐
Você faz uso de algum medicamento?	☐ Sim	☐ Não	Qual?_____		
Em relação ao cigarro, você: ☐Nunca Fumou ☐ É ex-fumante	☐ Fuma de 1 a 5 cigarros/ dia	☐ Fuma de 6 a 10 cigarros/dia	☐ Fuma de 11 a 15 cigarros	☐Fuma de 15 a 20 cigarros /dia	☐ Fuma acima de 20 cigarros/dia

HISTÓRIA FAMILIAR:

Seus familiares diretos (pai, mãe, tios, avós) tiveram ou têm alguma das doenças abaixo?

PATOLOGIA	SIM	NÃO	PARENTESCO
Tuberculose	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Doenças do coração e/ou pressão alta	☐	☐	

PATOLOGIA	SIM	NÃO	PARENTESCO
Câncer	☐	☐	
Doença Mental	☐	☐	
Outros	☐	☐	

HIISTÓRIA PREGRESSA OCUPACIONAL:

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Já sofreu algum acidente de trabalho?	☐	☐	Recebe indenização por acidente de trabalho?	☐	☐
Já apresentou alguma doença do trabalho ou profissional?	☐	☐	Já atuou em função que exigisse equipamento de proteção?	☐	☐
Possui alguma lesão física devido ao trabalho?	☐	☐	Recebeu/recebe adicional de insalubridade/ Periculosidade?	☐	☐

ANAMNESE OCUPACIONAL:

EM RELAÇÃO,ÁS QUESTÕES ABAIXO, ASSINALAR A OPÇÃO QUE MAIS SE APROXIMA AO SEU CASO:	NUNCA	ÁS VEZES	COM FREQUÊNCIA
Com que frequência você sente sobrecarregado(a) em seu trabalho?	☐	☐	☐
Com que frequência você se sente nervoso(a) ou estressado(a) em seu trabalho?	☐	☐	☐

	SATISFEITO	INSASTIFEITO
Você se sente satisfeito, em geral, com o seu trabalho?	☐	☐
Quanto às condições de iluminação no seu local de trabalho?	☐	☐
Quanto ao mobiliário fornecido em seu local de trabalho?	☐	☐
Quanto à temperatura em seu de trabalho?	☐	☐
Quanto à limpeza e à organização do seu posto de trabalho?	☐	☐
Quanto ao nível de ruído/barulho em seu local de trabalho?	☐	☐
Quanto ao seu relacionamento com colegas de trabalho?	☐	☐
Você está satisfeito com o reconhecimento do seu trabalho pela empresa?	☐	☐
Você está satisfeito com a política de RH da empresa?	☐	☐
Você está satisfeito com sua vida social fora da empresa?	☐	☐

	SIM	NÃO
Você faz uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual)?	☐	☐
Você conhece os riscos a que é exposto(a) no seu ambiente de trabalho?	☐	☐

Qual é o meio de transporte utilizado por você para ir ao trabalho? _____

Quanto tempo, em média, você gasta com o deslocamento da sua casa para o trabalho? _____

AVALIAÇÃO MÉDICA

SISTEMAS	SEM ALTERAÇÃO	COM ALTERAÇÃO	QUAL?	CID:
Cardiovascular	☐	☐		
Respiratório	☐	☐		
Digestivo	☐	☐		
Genito-Urinário	☐	☐		
Psiquismo	☐	☐		
Neurossensorial	☐	☐		
Outros	☐	☐		

SISTEMA ÓSTEO-MUSCULAR	SEM ALTERAÇÃO	COM ALTERAÇÃO	QUAL?	CID:
Deformidades	☐	☐		
Atrofias	☐	☐		
Edemas	☐	☐		
Limitação de movimentos	☐	☐		
Perda de Força	☐	☐		
Parestesias	☐	☐		
Dores	☐	☐		

OBSERVAÇÕES/CONDUTAS/ EXAMES:

Conclusão da avaliação médica ocupacional: ☐ Apto ☐ Inapto ☐ Apto - PCD

ASSINATURA DO ENTREVISTADO	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO
Data:_____/_____/_____	Data:_____/_____/_____
Declaro que todas as informações contidas nesta avaliação são verdadeiras: _____ Assinatura do(a) Avaliado(a)	_____ Médico(a) Examinador(a) :

IGESDF
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

GAE-GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Hospital:

Data de Entrada: ___/___/___

Iniciais:

Data de Nascimento: ___/___/___

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ I

Nome:

Telefone:

Nome Social:

Endereço:

UF:

Filiação:
Pai:
Mãe:

Nº Registro Clínico

Procedência do Paciente:
☐ **Regional. Cite:** _____ ☐ **Outros:**_____

Removido de Ambulância:
☐ **Sim** ☐ **Não**

Responsável pela Remoção:

Registro Profissional:

Contato da procedência:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Branco ☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Laranja ☐ Vermelho

ACIDENTE

☐ Trânsito ☐ Trabalho ☐ Outros

TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ Atropelamento ☐ Abalroamento ☐ Colisão de Veículos
☐ Queda de Moto ☐ Capotamento ☐ Queda de Coletivo

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Resumo Clínico: Hora do Atendimento: ___:____ Especialidade: _____

Exame Físico:

Conduta/Parecer:

Destino: _____ ☐ Alta ☐ Com sequela ☐ Sem Sequela

Removido para: _____ ☐ Evadiu-se ☐ Alta com Retorno Ambulatório

Internado no(a): _____ ☐ Óbito ☐ Residência com Instrução

DIAGNÓSTICO	CID
Provável:	| | /
Definitivo:	| | /

ASSINATURAS

Data:___/____/_____	**Data:___/____/_____**
_____ **Responsável - Identificação do Paciente**	_____ **Carimbo e Assinatura do Médico**

RESULTADO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Informações de Responsabilidade Médica

Radiologia:

Outros:

Evolução/Procedimentos:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Data/Hora	Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem	
		Horário	Responsável
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	
___/___/_____ ___:___		___:___	

DÍGITO TERMINAL	CRON DALFA				SEXO
	Iniciais do Nome	Dia	Mês	Ano	1 = M 2 = F

Nome:

Gestante: ☐ Sim ☐ Não

GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
NUCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Unidade de Saúde

Clínica: _____

☐ Ambulatório ☐ Internação Enferm.: _____ Leito: _____

Indicações Clínicas: _____

MATERIAL	EXAME SOLICITADO
☐ Sangue	
☐ Urina	
☐ Fezes	
☐ Líquor	
☐ Secreções	
☐ Outros	

OBSERVAÇÕES:

_____ / _____ / _____
Data

_____
Carimbo e Assinatura

Mod. 43.16 c.c.: 69316 Formato 148,5 x 210 05/2003 NNP/SUPI.AN N. Prod. Gráfica/SES

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DADOS DO PACIENTE:

Nome Completo: **Data:** ____/_____/_____

Nº Prontuário: **Data de Nascimento:** ____/_____/_____

Unidade: **Pronto Socorro/Enfermaria:** **Leito:**

Solicito Parecer Da Especialidade:

RESUMO CLÍNICO:

- HDA:

- COMORBIDADES:

- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO:

- PROCEDIMENTOS PRÉVIOS:

_____
Assinatura/Carimbo

Prioridade: **| 0 |** Até 24 horas **| 1 |** Até 48 horas **| 2 |** Agendamento Ambulatorial

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DO PARECERISTA:

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM:

RESPOSTA DE PARECER

MÉDICO RESPÓNSAVEL PELA RESPOSTA DE PARECER

Data:_____/____/____

_____
Assinatura/Carimbo

É RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO MANTER A CONSULTA DA VIGÊNCIA DO DOCUMENTO NO MVGE.