

# **CAPA DE LAUDO DE EXAMES DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA**

# CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL

( ) Endoscopia Digestiva

( ) Fibrobroncoscopia

( ) Colonoscopia

( ) Retossigmoidoscopia

Telefone: (47) 3441-6684

Paulo de Oliveira  
Médico  
Matrícula 48.2517

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

# **CAPA PARA ELETROCARDIOGRAMA (CARTOLINA VERDE)**

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.1617

# ELETROCARDIOGRAMA

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Procução Gráfica  
Matrícula 48.617

## DIAGNÓSTICO ELETROCARDIOGRÁFICO

# **CAPA PARA ULTRASSONOGRAFIA**

# SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

**ULTRASSONOGRAFIA**

**ECOCARDIOGRAMA**

**ECOCOLORDOPPLER**

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

**Paulo de Oliveira**  
Coordenador Proctorio Gráfica  
Matrícula 48.517

**CARTAO CONSULTA DE  
ACIDENTADO F/V EM  
CARTOLINA**



## OBSERVAÇÕES

1. O acidente que, dentro de três dias, contatos da data marcada para o seu atendimento, não comparecer ao serviço médico incidirá em abandono de tratamento, suspendendo-se lhe o pagamento do auxílio – doença.
2. Após atender o acidente, o médico de atendimento deverá apor seu carimbo e assinatura nos campos próprios deste cartão, não sendo admitida simples rubrica.
3. Se a assinatura do médico de atendimento, aposta neste cartão, não corresponder à que constar dos registros do setor de acidentes do trabalho, recusar-se à o pagamento de auxílio doença, iniciando-se, de imediato, as sindicâncias necessárias à caracterização de fraude.

DATA DA ALTA	LESÃO RESIDUAL	EMIÇÃO DE REMP?
/ /		

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CRM DO MÉDICO DE ATENDIMENTO

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

## CARTÃO DE CONSULTA DE ACIDENTADO

Nº DO ACIDENTE	DATA DO ACIDENTE	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO
ACIDENTADO		
EMPRESA		
ENTIDADE MÉDICA		
NOME DO MÉDICO DE ATENDIMENTO		

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville



Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?

DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO DE ATENDIMENTO
DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	

  
Pablo de Oliveira  
Superador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# **CARTAO CONTROLE DE TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA**

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# CONTROLE DE TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA

**PACIENTE**

---

---

**ENDEREÇO**

---

---

**DATA NASCIMENTO**

---

**FONE**

---



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC



Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.817

# ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE EM TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA

- São efeitos colaterais de Radioterapia: enjoo, diarreia, perda do paladar e boca seca. Poderão cair os pelos ou cabelos da região tratada.
- A pele da região tratada fica sensível, vermelha e escura. Não deve receber: sol, calor ou produtos que contenham álcool em sua composição (cosméticos, hidratantes, óleos e maquiagem).
- Evitar exposição solar, usar protetor fator 50 ou mais, mesmo em dias nublados.
- Cuidar bem da área com pintura, não molhar, não apagar e não refazer a pintura em casa. Caso a tinta esteja fraca, procurar o serviço de Radioterapia.
- Usar roupas fáceis de tirar no período do tratamento.
- Alimentar-se bem e beber pelo menos 2 litros de água, chá ou sucos.
- Comparecer durante o tratamento de segunda à sexta-feira (exceto feriados).
- Se necessário, trazer um acompanhante adulto. Evitar crianças.
- Em caso de vômito, diarreia persistente e/ou temperatura acima de 37,8°C procurar o Pronto Atendimento ou o Pronto Socorro do Hospital São José.

**EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE PARA 3441-6605 OU 3441-6650.**

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador de Produção Gráfica  
Marcelina de 03/17

# DIAGNÓSTICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTADIO**

**MÉDICO ASSISTENTE**

TERAPIA		DATA	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

# **CARTAO DE ADMINISTRACAO DE QUIMIOTERAPIA**



Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# CONTROLE DE ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

**PACIENTE**

---

---

**ENDEREÇO**

---

---

**DATA NASCIMENTO**

---

**FONE**

---



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

# DIAGNÓSTICO

---

---

---

**ESTADIO**

---

**MÉDICO ASSISTENTE**

---

DATA	HORA	DATA	HORA



# ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

- Tomar a medicação prescrita para enjoo em horários fixos conforme a prescrição médica.
- Em caso de vômito e/ou diarreia persistente, procurar o Pronto Atendimento ou o Pronto Socorro do Hospital Municipal São José.
- Se vomitar em casa, limpar com um pano que possa ser desprezado.
- Evitar exposição solar. Usar protetor fator 50 ou mais, mesmo em dias nublados..
- O braço que recebeu quimioterapia: não expor ao sol e ao calor de fogão e nem realizar atividade física.
- Para prevenir feridas na boca, escovar os dentes com escova macia e fazer bochechos diários com Bicarbonato de Sódio (1 colher de chá em 1 copo de água).
- Evitar ingestão de comidas gordurosas e frituras, bem como as frutas cítricas (laranja, abacaxi, maracujá, limão e maçã, etc..).
- Procurar comer alimentos cozidos e carnes grelhadas (frango, peixe e carne vermelha).
- Tomar pelo menos 2 litros de água, chá ou água de coco durante os dias em que fizer quimioterapia.
- Evitar ingerir refrigerantes e bebidas alcoólicas.
- Ao usar o vaso sanitário, abaixar a tampa e dar três descargas longas para eliminar resíduos de quimioterapia da água.
- Se a temperatura igual ou superior a 37,8°C procurar o Pronto Atendimento ou o Pronto Socorro do Hospital Municipal São José.

**EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE PARA 3441-6605 OU 3441-6650.**

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produto Gráfico  
Matrícula 49.817

**OBSERVAÇÕES**

Lined writing area for observations.

Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.617

# **CARTAO DE CONSULTA ONCOLÓGICA**

Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula nº 17

# CARTÃO DE CONSULTA

## ONCOLOGIA

PACIENTE

---

---

CNS

---

DATA NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

---

### ATENÇÃO

PARA SER ATENDIDO É INDISPENSÁVEL  
A APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO.



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

**CARTÃO DE  
IDENTIFICAÇÃO PARA  
BOLSA DE  
TRANSFUSÃO DE  
EMERGÊNCIA**

# TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

## SEM TESTES PRÉ TRANSFUSIONAIS

(ABO, RHD, PAI, AUTO PROVA, PROVA DE COMPATIBILIDADE)

RECEPTOR:			
GRUPO ABO:		FATOR RH0(D):	
Nº REGISTRO:		QUARTO:	LEITO:
HEMOCOMPONENTE:		ABO / RH BOLSA:	
BOLSA Nº:			
DATA		Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBA s ge ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI-HTLV, sendo considerado negativo.	RESPONSÁVEL RÚBRICA

**TEMPO DE TRANSFUÇÃO:** \* Concentrado de Hemácias de 2 a 4 horas \*Plaquetas e Crio 15 minutos cada bolsa  
\* Plasma Fresco Congelado de 1 a 4 horas

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441- 6666 - Joinville/SC

Fausto de Oliveira  
Coordenador Profação Grupos  
Márcia 48.617



**CONTROLE DE  
FREQUENCIA  
QUIMIOTERAPIA (50  
FOLHAS)**

# CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE QUIMIOTERAPIA

**Dados de Identificação da Unidade**

Nome: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ

CÓDIGO: 18880 CNPJ: 814703248000109 MÊS DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Paciente**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

CPF do Paciente: \_\_\_\_\_ DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ DATA DE TÉRMINO DO TRATAMENTO GLOBAL: \_\_\_\_\_

**COMPARECIMENTO**

DIÁRIO     SEMANAL     QUINZENAL     21/21 DIAS     MENSAL

Declaro que durante o mês de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, o paciente identificado acima foi submetido a:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Conforme as assinaturas do paciente / responsável abaixo: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DATA	ASSINATURA	DATA	ASSINATURA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

*Paulo de Oliveira  
Coordenador de Produção Gerenciada  
Mantenedora - 48.517*



**Hospital São José**

**Secretaria da Saúde**



**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# **CONTROLE DE INSTRUMENTAL (50 FOLHAS)**

# CONTROLE DE INSTRUMENTAL

FUNCIONÁRIO CME: \_\_\_\_\_  
CAIXA: \_\_\_\_\_ QUANTIDADE PEÇAS: \_\_\_\_\_

## INSTRUMENTADOR

FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE PEÇAS: \_\_\_\_\_  
PROBLEMAS COM PEÇAS: \_\_\_\_\_

PINÇAS QUE FALTAM: \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_

## CME

FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_  
QUANTIDADE PEÇAS: \_\_\_\_\_  
PROBLEMAS COM PEÇAS: \_\_\_\_\_

PEÇAS FALTANDO: \_\_\_\_\_

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

Paulo de Oliveira  
Coordenador Proctório Gráfica  
Matrícula 48.817

**ENCAMINHAMENTO DE  
PACIENTE (50 FOLHAS)  
– TAMANHO 21 X 30 CM**

# AGENDAMENTO DE CONSULTA ESPECIALIZADA DO SUS

## INFORMASÇÕES SOBRE A REFERÊNCIA

ÁREA PARA IMPRESSÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO

**AVISO AO USUÁRIO SUS:** SOLICITAMOS QUE COMPAREÇA NO DIA, HORA E LOCAL DESIGNADOS PARA A SUA CONSULTA DE ESPECIALIDADE. CASO NÃO SEJA POSSÍVEL COMPARECER, POR FAVOR DIRIJA-SE COM ANTECEDÊNCIA A UMA UNIDADE DE SAÚDE DO SUS PARA CANCELAR OU TRANSFERIR A CONSULTA MARCADA. ASSIM VOCÊ POSSIBILITARÁ QUE OUTRO USUÁRIO SUS SEJA ATENDIDO NO SEU LUGAR AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

## INFORMASÇÕES ADICIONAIS PARA O ENCAMINHAMENTO

ÁREA PARA REGISTRO MANUAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE ENCAMINHA

Carimbo e Assinatura do profissional responsável pelo encaminhamento

Rua: Itajaí, 51 Centro Joinville SC CEP 89201-090 / Fone: (47) 431.4622 Fone/Fax: (47) 431.4571



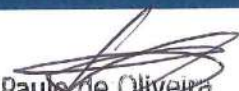
Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

Informação aprovada pela SECOM (5197577)

SEI 18.0.023208-7 / pg. 30

# AGENDAMENTO DE CONSULTA ESPECIALIZADA DO SUS

## INFORMAÇÕES SOBRE A CONTRA-REFERÊNCIA

1. SUSPEITA DIAGNÓSTICO (CID-10):

2. MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

3. EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

4. DATA SUGERIDA PARA O RETORNO À ESPECIALIDADE:

RETORNO IMEDIATO PARA:

...../...../.....

ATÉ 15 DIAS

ATÉ 30 DIAS

COM RESULTADO DOS EXAMES SOLICITADOS

RETORNO PROGRAMADO PARA:

...../...../.....

3 MESES

6 MESES

1 ANO

5. CONDUTA SUGERIDA À CLÍNICA BÁSICA:

Carimbo e Assinatura do profissional responsável pelo encaminhamento

Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.1517



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

**ETIQUETA ADESIVA PARA ENXOVAL  
CONTAMINADO 16X 20 CM**

**ETIQUETA ADESIVA PARA RESIDUO  
COMUM 16X 20 CM**

**ETIQUETA ADESIVA PARA RESIDUO  
INFECTANTE 16 X 20 CM**

**ETIQUETA ADESIVA PARA RESIDUO  
QUIMICO 16X 20 CM**

**ETIQUETA ADESIVA PARA RESIDUO  
RECICLAVEL 16X 20 CM**



# ENXOVAL CONTAMINADO

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

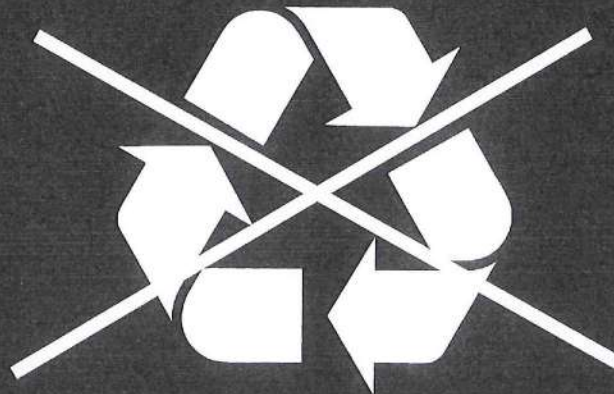


# RESÍDUO INFECTANTE

## GRUPO A - SACO DE LIXO LEITOSO

Ataduras, Bolsa de sangue vazias/equipo, Cateter tt implantável e de diálise, Fio fuia de cateter, Luvas, Material de curativo, Polifix e equipo, Resto de desbridamento, Sondas e drenos e Tubo de ensaio.

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517



# RESÍDUO COMUM

(NÃO REICLÁVEL)

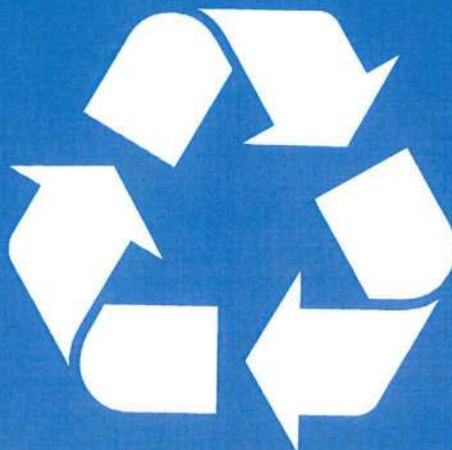
## GRUPO D - SACO DE LIXO PRETO

Sobras de alimentos, Resíduos de varrição, Flores, Podas e jardins,  
Resíduos de gesso provenientes de assistência



## RESÍDUO QUÍMICO GRUPO B - SACO DE LIXO LARANJA

Medicamentos vencidos, Antineoplásticos, Antibióticos, Produtos Hormonais, Citostáticos, Digitálicos, Imunomoduladores, Anti-retrovirais, Pilhas, Equipos/Frascos/Pollfix utilizados para quimioterapia, Antibióticoterapia e Imunossupressores.



## RESÍDUO RECICLÁVEL GRUPO D - SACO DE LIXO AZUL

Papéis limpos, Metais, Vidros\*, Plásticos\*

\*Vidros: acondicionar em caixas de papelão se quebrado identificar.

\*Plásticos: eliminar sujidades de alimentos, não necessário lavar

*Handwritten signature and stamp:*  
PREFEITURA DE JOINVILLE  
SECRETARIA DE PRODUÇÃO GRÁFICA  
MANUTENÇÃO 10.517


**ETIQUETA AUTO  
ADESIVA PARA  
IDENTIFICACAO DE  
TUBO DE EXAME**

Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
NOME:			NOME:			NOME:		
DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:	DATA:	RESPONSÁVEL:	HORÁRIO:


 Paulo de Souza  
 Coordenador de Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

# **ETIQUETA DE PROVA CRUZADA COMPATIVEL**

# PROVA CRUZADA COMPATÍVEL

RECEPTOR:		
GRUPO ABO:	FATOR RhO(D):	
Nº REGISTRO:	QUARTO:	LEITO:
Hemocomponente:	ABO / Rh Bolsa:	
BOLSA Nº:		
DATA / /	Este produto foi submetido a testes para Sífilis, Chagas, HBAs, e ANTI-HIV, ANTI-HCV e ANTI-HTLV, sendo considerado negativo.	RESPONSÁVEL Rúbrica:
<u>Tempo de Transusão:</u> *Concentrado de Hemácias de 2 a 4 horas * Plaquetas e Crio 15 minutos cada bolsa * Plasma Fresco Congelado de 1a 4 horas		<small>AGÊNCIA TRANSFUNCIONAL</small>  <b>AGT Agência Transfusional</b>

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

*Patrão de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Méticula 48.517

# **ETIQUETA RETIPADA**



RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA
RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA	RETIPADA

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

**EVOLUCAO  
(QUIMIOTERAPIA)-  
FRENTE E VERSO (50  
FOLHAS)**

# FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE - SERVIÇO DE ONCOLOGIA

<b>NOME:</b>		<b>REGISTRO:</b>
<b>DATA:</b>	<b>EVOLUÇÃO:</b>	

*Paulo de Oliveira*  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517





**FICHA DE GASTOS**  
**DIARIO P/ SETOR DE**  
**QUIMIOTERAPIA**

# FICHA DE GASTO - DIÁRIO

Nome: ..... Registro: .....

Sexo: ( ) M ( ) F Idade ..... Categoria: ..... Setor: ..... Data: ...../...../.....

MATERIAL	UNID.	QTDE	PREÇO
Abaixador de língua	pç		
Água destilada ml	amp		
Agulha descartável 13 x 4,5	pç		
Agulha descartável 20 x 5,5	pç		
Agulha descartável 25 x 07	pç		
Agulha descartável 30 x 08	pç		
Agulha descartável 40 x 12	pç		
Agulha p/ carpule 30 G curta	pç		
Agulha p/ carpule 30 G longa	pç		
Apósito	pç		
Atadura algodão nº .....	pç		
Atadura algodão nº .....	pç		
Atadura crepon nº .....	pç		
Atadura crepon nº .....	pç		
Atadura gesso nº .....	pç		
Atadura gesso nº .....	pç		
Avental descartável	pç		
Bolinhas de algodão	pç		
Bolsa coletora urina	pç		
Bolsa de colostomia c/ resina drenável	pç		
Bolsa de colostomia simples	pç		
Cadafço algodão 2 cm	cm		
Cânula traqueostomia nº .....	pç		
Cateter venoso periférico nº .....	pç		
Cateter venoso periférico nº .....	pç		
Cateter venoso periférico nº .....	pç		
Coletor urina infantil	pç		
Compressa gaze 10x10	fl		
Compressa gaze 7,5x7,5	fl		
Copinho descartável	pç		
Colonetes	pç		
Dispositivo p/ infusão I.V. nº .....	pç		
Dispositivo p/ infusão I.V. nº .....	pç		
Dreno de penrose nº .....	pç		
Fletrodo descartável	pç		
Equipo com câmara microgotas p/ B.I.	pç		
Equipo de diálise peritoneal	pç		
Equipo enteral p/ B.I.	pç		
Equipo macrogotas	pç		
Equipo microgotas	pç		
Equipo microgotas c/ câmara (bureta)	pç		
Equipo parenteral p/ B.I.	pç		
Equipo PVC	pç		
Esparradrapo comum	cm		
Extensor 1 via 40 cm	pç		
Extensor 2 vias	pç		
Extensor 4 vias	pç		
Fita celulose 12 x 10 (micropore)	cm		
Fita celulose 25 x 10 (micropore)	cm		
Fita HGT Advantage	pç		
Fita HGT Comum	pç		
Fralda descartável G - Infantil	pç		
Fralda descartável geriátrica	pç		
Fralda descartável M - Infantil	pç		
Fralda descartável P - Infantil	pç		
Gorro descartável	pç		
Heparina	ml		
Lâmina bisturi nº .....	pç		
Lâmina de barbear	pç		
Luva cirúrgica	par		
Luva procedimento Estéril	par		
Luva procedimento Não Estéril	par		
Malha tubular nº .....	cm		
Malha tubular nº .....	cm		
Máscara descartável	pç		
Monóculo	pç		
Seringa descartável 03ml	pç		
Seringa descartável 05ml	pç		
Seringa descartável 10ml	pç		
Seringa descartável 20ml	pç		
Seringa Insulina 01ml	pç		
Sistema Aspiração Fechado (Trach-care)	pç		
Sonda folley 2 V nº .....	pç		
Sonda folley 3 V nº .....	pç		
Sonda gástrica nº .....	pç		
Sonda gástrica nº .....	pç		

MATERIAL	UNID.	QTDE	PREÇO
Sonda retal nº .....	pç		
Sonda uretral nº .....	pç		
Sonda uretral nº .....	pç		
Sonda uretral nº .....	pç		
Torneirinha 3 vias	pç		
Tubo endotraqueal c/ cuff nº	pç		
Tubo endotraqueal s/ cuff nº	pç		
<b>SOLUÇÕES</b>			
Água oxigenada	ml		
Água Vegeto Mineral	ml		
Alcool 70%	ml		
Alcool iodado	ml		
Benjoim	ml		
Benzina	ml		
Clorhexidina 2% degermante	ml		
Clorhexidina 4% degermante	ml		
Éter	ml		
Gaze vaselinada	ml		
Glicerina líquida	ml		
PVPI degermante	ml		
PVPI tópico alcoólico	ml		
PVPI tópico aquoso	ml		
Vaselina líquida	ml		
<b>MEDICAMENTOS</b>			
Pomada cicatrizante (Reclues)	gr		
Pomada neomicina	frs		
Pomada Sulfa prata 1%	gr		
Xilocaina 2% SV	frs		
Xilocaina 2% CV	frs		
Xilocaina geléia 2%	tb		
Xilocaina spray	gr		
Xilocaina tubete SVC	tb		
Xilocaina tubete CV	tb		
<b>SOROS</b>			
Soro fisiológico 0,9% 250ml	ml		
<b>GASES</b>			
Ar comprimido	lt/hr		
Oxigênio	lt/hr		
Vácuo	lt/hr		
<b>EQUIPAMENTOS</b>			
Aspirador portátil			
Banco aquecido			
Bomba de infusão			
Capnógrafo			
Desfibrilador cardíaco			
Incubadora			
Monitor cardíaco invasiva			
Monitor cardíaco não invasiva			
Monitor PIC			
Oxímetro de pulso			
P.A.M			
Respirador / Vent. Mec.			
<b>PROCEDIMENTOS</b>			
Curativo de queimado			
Curativo P			
Curativo M			
Curativo G			
Retirada de Pontos			
Tricotomia			
Troca Punção Venosa			
<b>FIOS</b>			
Catgut 2-0	pç		
Catgut 3-0	pç		
Mononylon 2-0	pç		
Mononylon 3-0	pç		
Mononylon 4-0	pç		
Mononylon 5-0	pç		
<b>OUTROS</b>			
Total			

Nome legível: .....

Coordenadora  
Márcia Regina  
Produção  
48-517

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# **FICHA DE GASTOS DO CENTRO CIRÚRGICO**

# FICHA DE GASTOS DE PROCEDIMENTOS - CENTRO CIRÚRGICO GERAL

ETIQUETA DO PACIENTE

Coordenador Procedimentos Cirúrgicos  
Paulo de Oliveira

Cirurgia:.....

## MEDICAMENTOS

Cód	Discriminação	Qt.	Cód	Discriminação	Qt.	Cód	Discriminação	Qt.
1646	Ácido tranexâm. (Transamin)		1213	Dimenidrato (Dramin B6) 10ml		1998	Naloxona (Narcan) 0,4mg/ml	
1569	Adenosina 6mg/2ml		1403	Droperidol 2,5mg/ml (1ml)		598	Neostigmina (Prostigmine)	
1754	Água destilada 10ml		1571	Epinefrina (Adrenalina) 1ml		1611	Nitroglicerina (Tridil) 10ml	
1735	Água destilada 20ml		1679	Escopolamina (Buscopan)		1605	Nitroprossiato (Nipride)	
1540	Alfentanila (Rapifen) 5ml		3898	Esmolol (Brevibloc) 10ml		1576	Norepinefr. (Noradrenalina)	
1650	Aminofilina (10ml)		1387	Etomidato (Hypnomidate)		1667	Omeprazol 40mg f/a	
1564	Amiodarona 150mg/3ml		1545	Fentanila (Fentanil) 5ml		1217	Ondansetrona (Nausebron) 4mg/2ml	
589	Atracúrio (Tracrium) 2,5ml		1543	Fentanila (Fentanil) 10ml		1218	Ondansetrona (Nausebron) 8mg/2ml	
1570	Atropina 0,5mg/ml (1ml)		1544	Fentanila (Fentanil) 2ml		1615	Papaverina 50mg/ml (2ml)	
2000	Azul de metileno 2% 2ml		1999	Flumazenil 0,5mg/5ml		1733	Prometazina (Fenergan)	
2103	Azul patente 25mg/ml (2ml)		1579	Furosemida (Lasix) 2ml		511	Propofol (Diprivan) 20ml	
1758	Bicarbonato de sódio (10ml)		334	Gentamicina 80mg/2ml		1665	Ranitidina (Antak) 2ml	
1759	Bicarbonato sódio (250ml)		1844	Glicose 50%/10ml		1553	Remifentanil (Ultiva) 2mg	
545	Bupiv. (Marcaína) 0,5% S/V		3707	Gluconato de cálcio 10ml		3909	Rocurônio (Esmeron) 5ml	
547	Bupiv. (Marcaína) Isobárica		1425	Haloperidol (Haldol) 5mg/ml		572	Ropivacaína (Naropin) 1%	
541	Bupiv.+ E. (Marcaína) C/V.		1639	Heparina (Liquemine) EV.		1554	Sulfentanila 50mcg/ml (1ml)	
543	Bupiv. (Marcaína) pesada		1593	Hidralazina (Nepresol) 1ml		1560	Sugamadex (Bridion) 2ml	
346	Cefazolina (Kefazol) 1g.		1703	Hidrocortisona (Solu-Cortef)		404	Sulfadiazina de prata	
350	Cefoxitina (Mefoxin) 1g.		1608	Isossorbida (Monocordil) 1ml		1574	Sulfato de efedrina (Efedrina)	
501	Cetamina (Ketalar) 10ml		556	Lidocaína 10% (50ml)		1828	Sulfato de magnésio 10ml	
502	Cetamina (Ketalar) 2ml		4598	Lidocaína 2% (Isobárica) 5ml		595	Suxametônio (Quelicin) 5ml	
1720	Cetoprofeno (Profenid) EV		559	Lidocaína 2% (20ml) S/V.		1724	Tenoxicam (Tilatil) 40mg	
590	Cisatracúrio (Nimbiun) 10ml		560	Lidocaína 2% geléia		1657	Terbutalina (Salbutamol) 1ml	
432	Clindamicina 600mg/4ml		553	Lidocaína 2% (20ml) C/V		1556	Tramadol (Tramal) 100mg 2ml	
1599	Clonidina 150mcg/ml (1ml)		1558	Metadona 10mg/ml (1ml)		1539	Trometamina (Toradol) 1ml	
1860	Cloranfenicol (Epizetan) pom.		1575	Metaminol (Aramin) 1ml		374	Vancomicina 500mg	
1760	Cloreto de potássio 10ml		1705	Metilpred. (Solu-medrol)		596	Vecurônio (Norcuron) 10ml	
1795	Cloreto de Sódio 20%/10ml		1216	Metoclopramida (Plasil) 2ml		1850	Xilometazolina (Otrivina) 1%	
1845	Colagenase (Irujol) 30g.		1557	Metoprolol (Seloken) 5ml		9841	Contraste	
1700	Dexametasona (Decadron) 10mg/2,5ml (4mg/ml)		1393	Midazolam 15mg/3ml				
1386	Diazepam 5mg/ml (2ml)		1395	Midazolam 50mg/10ml				
1536	Dipirona 1000mg/2ml		1396	Midazolam 5mg/5ml				
1572	Dobutamina (Dobutrex)		1546	Morfina (Dimorf) 0,2mg/ml				
1573	Dopamina 50mg/10ml		1548	Morfina (Dimorf) 10mg/ml				
			1550	Morfina (Dimorf) 1mg/ml (2ml)				

ASSINATURA DO MÉDICO

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC



# FICHA DE GASTOS DE PROCEDIMENTOS – CENTRO CIRÚRGICO GERAL

## FIOS CIRURGICOS

Cód	Material	QTD	Cód	Material	QTD
378	ALGODÃO 0		506	MONONYLON 6-0 PLASTICA	
379	ALGODÃO 2-0		507	MONONYLON 8-0 OFTALMO AG.0,65CCM	
380	ALGODÃO 3-0		508	MONONYLON 8-0 MICROCI.R.AG.6,35 CM	
592	CATGUT SIMPLES S/AG 2-0		533	MONONYLON 10-0 MICROCI.R.AG.0,5 CM	
443	CATGUT SIMPLES S/AG 3-0		535	VICRYL 0 – GASTRO AG. 3,5 CM	
428	CATGUT SIMPLES 0		557	VICRYL 1 – GERAL AG. 4 CM	
440	CATGUT SIMPLES 2-0 AMIDALAS		550	VICRYL 1 – ORTOPEDIA AG. 3,6 CM	
429	CATGUT SIMPLES C/AG 2-0 GASTRO		561	VICRYL 2 – ORTOPEDIA AG. 4 CM	
442	CATGUT SIMPLES C/AG 3-0 GASTRO		562	VICRYL 2-0 – GASTRO AG. 2,5 CM	
444	CATGUT SIMPLES C/AG 4-0 URO		4700	VICRYL ESPESSURA 2-0 AG.4 CM-MASTEC	
446	CATGUT SIMPLES C/AG 5-0 URO		563	VICRYL 3-0 AG. 2,4 CM PLÁSTICA	
388	CATGUT CROMADO C/ AG 0		564	VICRYL 3-0 AG. 2,5 CM GASTRO	
389	CATGUT CROMADO S/AG 0		565	VICRYL 4-0 AG. 2 CM GASTRO	
390	CATGUT CROMADO C/AG 1 GASTRO (3CM)		538	VICRYL 5-0 AG. 1,7 CM CORTANTE	
412	CATGUT CROMADO C/AG 1 GERAL (9CM)		540	VICRYL 6-0 AG. 1,5 CM PLÁSTICA	
413	CATGUT CROMADO C/AG 2-0 GASTRO (3cm)		571	PROLENE 2 C/ AG. 7,5 CM	
414	CATGUT CROMADO C/AG 2-0 GASTRO (4cm)		568	PROLENE 0 C/ AG. 3,5 CM	
415	CATGUT CROMADO C/AG 3-0		573	PROLENE 2-0 C/ AG. 3,5 CM	
416	CATGUT CROMADO C/AG 4-0		574	PROLENE 3-0 C/AG. 2,5 CM	
387	CATGUT CROMADO C/AG 5-0		575	PROLENE 4-0 C/AG 2,0 CM	
381	CERA PARA OSSO		567	PROLENE 5-0 C/AG. 1,5 CM CARDIOVASC.	
525	FIO ETBOND C/ AG. 2 – ORTOPEDIA (4CM)		577	PROLENE 6-0 C/AG. 1,3 CM	
527	FIO ETBOND C/AG. 5 – CARDIOVASCULAR		576	PROLENE 7-0 C/AG. 1 CM	
530	FIO ETBOND C/AG. 5 – ORTOPEDIA		569	PROLENE 10-0 C/ 02 AGULHA RETA	
640	FITA CARDÍACA		570	PROLENE 10-0 C/ 02 AG. 1,3CM CORTANTE	
587	SEDA 4-0 – OFTALMOLOGIA		512	FIO PDS 1 (LAÇADO) DE FECHAMENTO	
588	SEDA 8-0 – OFTALMOLOGIA		522	FIO PDS 3-0 C/AG. 2,6 CM CILINDRICA	
493	LINHO C/AGULHA 0		523	FIO PDS 4-0 C/AG. 1,7 CM CILINDRICA	
494	LINHO S/AGULHA 0 (PRÉ-CORTADO)		513	FIO PDS 5-0 C/ ag.1,3cm CILINDRICA renal	
425	MERSILENE TRANÇADA 2-0 C/AG. 3 CM		515	FIO PDS II 5-0 C/2 AG.1,7CM CARDIOVASC.	
426	MERSILENE TRANÇADA 2-0 S/AG.		520	FIO PDS 7-0 C/2 AG.1 CM CARDIOVASC.	
427	MERSILENE TRANÇADA 3-0 S/AG.		417	FIO DE AÇO 0 INOX S/AGULHA	
424	MERSILENE TRANÇADA 2-0 C/2 AGULHAS		418	FIO DE AÇO 1 INOX C/AG.4 CM CARDIOV.	
583	MONOCRYL 3-0 INCOLOR C/AG. 2,4 CM		419	FIO DE AÇO 1 INOX S/AG.	
534	MONOCRYL 4-0 INCOLOR C/ AG. 2,4 CM		420	FIO DE AÇO 2-0 SEM AGULHA	
495	MONONYLON 2-0		422	FIO DE AÇO 5 INOX C/AG.4,8cm CARDIOV.	
496	MONONYLON 3-0		423	ALGODÃO 2-0 COM AGULHA GASTRO	
499	MONONYLON 4-0		659	SURGICEL	
504	MONONYLON 5-0		331	ESPONJA HEMOSTATICA (GEOFAN)	

## DESCRIMINAÇÃO DAS SONDAS (TUBOS)

Cód	Material	QTD	Cód	Material	QTD
152	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 6.0		162	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 6.0	
153	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 6.5		163	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 6.5	
154	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 7.0		164	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 7.0	
155	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 7.5		165	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 7.5	
156	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 8.0		166	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 8.0	
157	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 8.5		167	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 8.5	
158	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA 9.0		168	SONDA ENDOTRAQUEAL SIMPLES 9.0	

ASSINATURA DO MÉDICO

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# **FICHA DE GASTOS DO CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL**

# FICHA DE GASTO DE PROCEDIMENTOS CCA

ETIQUETA DO PACIENTE

Discriminação	Qt.
<b>MEDICAMENTOS</b>	
Acetazolamina / Diamox	
Adrenalina	
Água bidestilada (mL)	
Alfentanila	
Anestésico colírio	
Atropina 0,5%   1%	
Azul patente	
Azul trypan	
Bupivacaína / Marcaína – CV:   SV:	
Bupivacaína / Marcaína Isobárica	
Bupivacaína / Marcaína Pesada	
Carbacol	
Cisatracúrio / Nimbium 10mg   20 mg	
Clindamicina	
Clonidina	
Decadron 2 mg   4 mg	
Depo medrol 40 mg	
Diazepan	
Dimorf 1 mg   0,2 mg   10 mg	
Dipirona (amp./gts./cp.)	
Dolantina (amp.)	
Dramin B6   DL	
Droperidol	
Efedrina	
Epizetan pomada	
Ethamolin (amp.)	
Fentanil 2 mL 5 mL 10 mL	
Flumazenil	
Forane Frc.	
Gentamicina	
Glicose 50%	
Heparina	

Discriminação	Qt.
Hydralasina	
Hypnomidale	
Kefazol	
Ketalar	
Kollagenase pomada	
Lidocaína / Xylocaína 2% – Isobárica	
Lidocaína / Xylocaína 2% – C/V   SV.	
Lidocaína / Xylocaína geléia	
Lidocaína / Xylocaína spray	
Luftal (gts.)	
Metadona	
Metaraminol / Aramin	
Midazolam / Dormonid 5mg   15mg   50mg	
Mupirocina	
Narcan	
Naropin 10mg   0,75mg   2 mg	
Nausedron 4mg   8mg	
Neocaína	
Otrivina	
Plasil (amp./comp.)	
Precedex	
Profenid 100mg (frasco)	
Propofol / Diprivan 20mg	
Prostigmine	
Quelicin 100 mg   500mg	
Ranitidina	
Remifentanil	
Rocurônio / Esmeron	
Sevorane Frc	
Solucortef 100 mg   500 mg	
Sufenta 1mL   5 mL	
Sulfadiazina prata	
Tilatil 20 mg   40 mg	

Discriminação	Qt.
Toradol 30mg (amp.)	
Tracrium 25 mg   50 mg	
Tramadol	
Azul de Metileno	
Prometazino	
Complexo B	
Salbutamol	
Hidrocortizona	
Furosemida	

Discriminação	Qt.
<b>FIOS</b>	
Aciflex nº	
Algodão nº	
Cat. cromado nº	
Cat. simples nº	
Cera osso	
Ethibond nº	
Fita cardíaca nº	
Linho nº	
Mersilene nº	
Monocryl nº	
Mononylon nº	
PDS nº	
Poly vicryl nº	
Prolene nº	
Seda nº	

PABLO DE OLIVEIRA  
 Coordenador de Procedimentos  
 Material 48.517  
 Gestão Gráfica

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# FICHA DE GASTO DE PROCEDIMENTOS CCA

Discriminação	Qt.	Discriminação	Qt.	Discriminação	Qt.
<b>MATERIAL</b>		Escova degermante		Tubo Polar Sul Nº	
Abocath nº		Extensor 60 cm		Malha tubular	
Agulha de plexo		Extensor 120 cm		Tala metálica	
Agulha de raquí Nº		Filtro		Sonda gástrica nº	
Agulha desc. 20x5,5 mm		Gaze		Cânula Traqueostomia	
Agulha desc. 25x7 mm		Gaze antiaderente		Oleo demoprotetor	
Agulha desc. 30x8 mm		Gaze de rayon			
Agulha desc. 40x12 mm		Gelfoan			
Agulha insulina		Infusor / Polifix 2 vias			
Atadura crepom não estéril Tamanho:		Infusor / Polifix 4 vias			
Atadura gessada Tamanho:		Lâmina de bisturi Nº			
Atadura ortopédica N. estéril Tamanho:		Lamina dermatomo			
Bolsa coletora urina		Lâmina Oftálmica Nº			
Campo Oftálmico		Lamina tricotomia			
Caneta de cautério		Lente oftálmica Nº			
Capa de microscópio		Luva nº 6,5			
Capa de vídeo		Luva nº 7,0			
Catéter epidural		Luva nº 7,5			
Cateter tipo óculos		Luva nº 8,0			
Coletor urina fechado		Luva nº 8,5			
Compressa estéril com 2 und		Perfusor			
Compressa estéril com 5 und		Placa de cautério			
Curativo bioclusive Tamanho:		Plástico de mesa			
Curativo gaze não aderente / Adaptic.Tamanho:		Seringa de Gasometria			
Curativo Hidrocolóide Tamanho:		Seringa desc. 01 mL			
Curativo Membracel Tamanho:		Seringa desc. 03 mL			
Curativo Tegaderm tranparen Tamanho:		Seringa desc. 05 mL			
Dreno de suctor Nº		Seringa desc. 10 mL			
Dreno de tórax Nº		Seringa desc. 20 mL			
Dreno otológico		Seringa desc. 60 mL			
Dreno penrose Nº		Sonda foley Nº			
Duplo lúmen		Sonda uretral Nº			
Eletrodos desc.		Surgicel			
Equipo bomba infusão		Tela marlex Tamanho:			
Equipo bomba PCA		Torneirinha 3 vias			
Equipo macro gotas		Transofix			
		Tubo aramado Nº			
		Tubo Endotraqueal Nº			
		Tubo Polar Norte Nº			

Paulo de Oliveira  
 Coordenador Administrativo  
 23/01/17

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Avenida Getúlio Vargas Nº238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# **FICHA DE HEMODIÁLISE**

# FICHA DE HEMODIALISE

Paciente: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

## PRESCRIÇÃO DE DIÁLISE

Nº horas: \_\_\_\_\_ Fluxo de Sangue: \_\_\_\_\_ Fluxo Concentrado: \_\_\_\_\_

Heparina: \_\_\_\_\_ Ultrafiltrado: \_\_\_\_\_ Concentrado: Bicarbonato

CID: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Dialisador: Marca \_\_\_\_\_ Nº Lote: \_\_\_\_\_ Nº Reuso: \_\_\_\_\_

Priming: \_\_\_\_\_ Priming Final: \_\_\_\_\_

Linhas: Marca: \_\_\_\_\_ Nº Reuso: \_\_\_\_\_ Máquina: \_\_\_\_\_

Teste Ácido Peracético: ( ) Positivo ( ) Negativo

Retirada de Estabilizante: \_\_\_\_\_ Esterilização Capilar/Linhas \_\_\_\_\_

## SESSÃO DE HEMODIÁLISE

Nº Hd: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Acesso: \_\_\_\_\_ Hora início: \_\_\_\_\_

Hora saída: \_\_\_\_\_ Total de horas: \_\_\_\_\_ Peso seco: \_\_\_\_\_

PA pré-diálise: \_\_\_\_/\_\_\_\_ PA pós-diálise: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso inicial: \_\_\_\_\_ Peso Final \_\_\_\_\_

## CONTROLE DA HEMODIÁLISE

Volume sangue					
Horário					
Fluxo sangue					
Fluxo dialisado					
PTM					
Pressão venosa					
Pressão arterial					
Heparina (ml)					
Temp axilar					
Pulso					
P.A.					
Ass Funcionário					

Evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Enfermeiro responsável</b>	<b>Médico responsável</b>	<b>Paciente</b>

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



*Paula de Oliveira*  
Coordenadora de Hemodiálise  
Município de Joinville - SC  
517

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

# FICHA DE HEMODIALISE

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

(Etiqueta)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Descrição	Profis/Ass

*Rafael de Oliveira*  
Coordenador, Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**

 **Prefeitura de  
Joinville**

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

**FICHA DE  
RASTREABILIDADE DO  
PROCESSO DE  
PRODUTOS**



Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# ETIQUETAS DO PACIENTE

RASTREAMENTO DO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE

## CENTRO CIRÚRGICO

**NOME DA CIRURGIA**

---

**CIRURGIÃO**

---

**INSTRUMENTADOR**

**CIRCULANTE**

---

**ETIQUETAS**


OBSERVAÇÃO: ANEXAR INTEGRANTES



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

# **FICHA TECNICA RADIOTERAPIA (TIPO PASTA)**

# FICHA TÉCNICA DE RADIOTERAPIA

HORÁRIO

Equipamento

Status

Finalidade

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

- Cobalto 60  
 AL \_\_\_\_\_

SUS

- Pré-Op.  
 Exclusiva  
 Pós-Op.  
 Paliativo.  
 Combinada

\_\_\_\_\_  
Telefone

\_\_\_\_\_  
Cidade

NOME: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

SEXO: M ( ) F ( ) IDADE: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

AP: \_\_\_\_\_ EC: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### PRESCRIÇÃO RADIOTERÁPICA


Data	Dados Técnicos do Planejamento / Revisões

*(Handwritten signature and stamp)*  
Paula Oliveira  
Coordenadora de Radioterapia



**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**





Desenho do Campo

*Patric de Oliveira*  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

Carimbo de Revisão

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Físico: \_\_\_\_\_

Físico: \_\_\_\_\_

**Acessórios / Imobilizadores**

Apoio de Pés ( )	Máscaras:	Mama:
Apoio de Pernas ( )	Base Reta ( ) Ab. de Língua ( )	Ângulo de Rampa ( ) Ângulo de Braço ( )
Isopor ( )	Base Ang. ( ) Apoio Cerv. ( )	Posição de Cabeça ( ) Altura do Braço ( )
BLOCO ( _____ )	Ext. de Ombros ( ) _____	Posição da Mão ( ) Apoio de Braço ( )

Fase									
Campos		1	2	3	4	5	6	7	8
Energia									
Local									
X	X1								
	X2								
Y	Y1								
	Y2								
DFTu/DFPe		/	/	/	/	/	/	/	/
Ângulos	Gantry								
	Colimador								
	Mesa								
Filtro									
Bólus									
Bloco									
Nº Aplicações									
D TU Dia									
D TU Total									
Tempo / UM									



**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

1o. DIA DE TRATAMENTO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

FÍSICO: \_\_\_\_\_

TÉCNICOS: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Observações
Data:											
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Observações
Data:											
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Observações
Data:											
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Observações
Data:											
Campos											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
Dose Dia											
Dose Total											
Técnicos:											

*Paulo de Oliveira*  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.317



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde

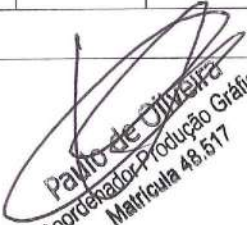


**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

**PLANEJAMENTO FÍSICO E CÁLCULOS FÍSICO-MATEMÁTICOS**

Campos	1	2	3	4	5	6	7	8
Fase								
Energia	Fótons ( )							
	Elétrons ( )							
Campo								
Campo Equivalente								
Cpo Eq. Colimado								
Prof. Cálculo								
SSD PTO Cálculo								
Peso								
Dose / Dia								
PDP / TMR								
ISODOSE Presc.								
Dist. Raio Central								
Fatores de Correção	Inverso Q. Distância							
	Off Axis							
	Sc							
	Sp							
	Calibração							
	Bandeja							
	Filtro							
TEMPO / UM								
PROWESS								

Cálculos Adicionais:

  
**Pavão de Oliveira**  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

Calculado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Conferido: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FM:



**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**



# **FICHA TRATAMENTO ACIDENTADO (50 FOLHAS)**

# FICHA DE TRATAMENTO DE ACIDENTADO

SUS – AT FICHA DE TRATAMENTO DE ACIDENTADO						CÓD DA AGÊNCIA	
ACIDENTADO	NOME					ACIDENTE	Nº
	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CTPS Nº E SÉRIE		DATA
EMPRESA						CNPJ OU MATRÍCULA	
ENTIDADE MÉDICA: HOSPITAL SÃO JOSÉ							
1 – HISTÓRICO DO ACIDENTE:							
2 – EXAMES OU PARECERES REQUISITADOS:							
3 – DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:						DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO (    ) DIAS	
4 – CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ EXISTENTES:						ASSINATURA E CRM DO MÉDICO	



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

*Patricia de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# FICHA DE TRATAMENTO DE ACIDENTADO

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIA / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO MÉDICO
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	



**Hospital São José**

**Secretaria da Saúde**



**Prefeitura de Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

Manoel de Oliveira  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.1517

# **IDENTIFICACAO DE CADAVERES (FRENTE E VERSO)**

# IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

NOME: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ CASO POLÍCIA: \_\_\_\_\_  
HORA DO ÓBITO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ REGISTRO Nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A)

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

# SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

NOME: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA E HORÁRIO DO ÓBITO: \_\_\_\_\_  
DECLARAÇÃO DE ÓBITO PREENCHIDA PELO MÉDICO DO HOSPITAL   
LIBERAÇÃO PELO AVÔ E DECLARAÇÃO DE ÓBITO PREENCHIDA PELO MÉDICO DO AVÔ   
ENCAMINHAR AO IML

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE QUE LIBEROU O CORPO AO MECROTÉRIO

BANCO DE OLHOS


DOADOR DE CORNEAS LIBERADO  NÃO DOADOR E LIBERADO  LIBERADO AO IML

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
CENTRAL FUNERARIA ASSINATURA

*Patricia de Oliveira*  
Coordenadora Produção Gráfica  
Metrôpolis 48.517

# **IDENTIFICACAO DE MEDICACAO (50 FOLHAS)**

PACTE	
Q.	L.
MED.	
DOSE	
VIA	HORA
<p style="text-align: center;"> <b>Hospital São José</b>      <b>Secretaria da Saúde</b>       </p>	

  
 Paulo de Oliveira  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

# **KIT CMMH (50 FOLHAS)**



# KIT CMMH

DISCRIMINAÇÃO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SALA Nº: \_\_\_\_\_ HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXECUTADO POR

DATA



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

*Valdir de Oliveira*  
Coordenador Procedimento Cirúrgico  
Matrícula 381517

**LAUDO DE EMISSAO DE  
QUIMIOT. E  
TRATAMENTO  
ONCOLOGIA**

# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC - QUIMIOTERAPIA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Identificação da Unidade  
Nome: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ CNPJ: 84703248000109

Dados do Paciente  
Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
CPF do Paciente: \_\_\_\_\_ Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe do Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço (logradouro, nº, complemento, bairro): \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Data do Nascimento: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masc.  Fem.

Dados da Solicitação  
CPF do Médico: \_\_\_\_\_ Nome do Médico: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO(S) DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S): \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DA CASA ————— JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO —————  
Localização do Tumor: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_  
Linfonodos Regionais  SIM  NÃO  Não avaliáveis  CID MORFOLÓGICO: \_\_\_\_\_  
Localização das metástases: \_\_\_\_\_  
Estádio (UICC): \_\_\_\_\_ Estádio (outro sistema): \_\_\_\_\_ Grau Histopatológico: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Cito-Histopatológico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO(S) ANTERIORES  
NÃO  SIM  Qual(ais): \_\_\_\_\_  
DATAS DE INÍCIO  
1º Tratamento: \_\_\_\_\_ 2º Tratamento: \_\_\_\_\_ 3º Tratamento: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapeutico Global  
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: NÃO  SIM  DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
VIA: IV  SC  IM  VO  IT  IVES   
FINALIDADE: CURATIVA  PRÉVIA  ADJUVANTE  PALIATIVA   
DE CONTROLE   
ESQUEMA (Sigla ou abreviatura): \_\_\_\_\_ Nº TOTAL DE MESES: \_\_\_\_\_ MESES JÁ AUTORIZADOS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

**LAUDO DE EMISSÃO DE  
QUIMIOTERAPIA  
(INJETAVEL) PARA  
TRATAMENTO  
ONCOLOGICO**

# LAUDO DE EMISSÃO DE QUIMIOTERAPIA (INJETÁVEL) PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO

## SERVIÇO DE ONCOLOGIA

Quimioterapia Realizada:

Sim  Não

Motivo da não realização:

- Falta do medicamento
- Aguarda exames
- Aguarda Radioterapia
- Paciente debilitado
- Exames alterados
- Desistência
- Óbito

Complicação com a Quimioterapia:

- Hipertensão
- Hipotensão
- Tontura
- Náusea
- Vômito
- Cefaléia
- Reações Alérgicas
- Extravasamento
- Outros
- Nenhuma

Observações:

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.617

Sinais Vitais:

	D1:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				

	D2:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				

	D3:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				

	D4:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				

	D5:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				

	D6:			
	PA	P	R	T
Antes				
Após				



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

# LAUDO DE EMISSÃO DE QUIMIOTERAPIA (INJETÁVEL) PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Unidade: Ambulatório de Oncologia

Data da Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data QT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo:  Fem.  Masc. Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sup. Corporal: \_\_\_\_\_ Ciclo n°: \_\_\_\_\_

Exames Complementares:

Prescrição:

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Grátis  
Matrícula 48.517

Diagnóstico:

Assinatura - CRM



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

**LAUDO DE EMISSAO DE  
QUIMIOTERAPIA (VIA  
ORAL) PARA  
TRATAMENTO  
ONCOLOGICO**

# LAUDO DE EMISSÃO DE QUIMIOTERAPIA (VIA ORAL) PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Unidade: Ambulatório de Oncologia	Data da Consulta: ____ / ____ / ____
	Data QT: ____ / ____ / ____
Paciente: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____
Residência: _____	Telefone: _____
Peso: _____	Altura: _____ Sup. Corporal: _____ Ciclo nº: _____
Exames Complementares: _____	
Prescrição: _____	
Diagnóstico: _____	Assinatura - CRM _____



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517



# SERVIÇO DE ONCOLOGIA

## Quimioterapia Realizada:

Sim  Não

## Motivo da não realização:

- Falta do medicamento
- Aguarda exames
- Aguarda Radioterapia
- Paciente debilitado
- Exames alterados
- Desistência
- Óbito

## Complicação com a Quimioterapia:

- Hipertensão
- Hipotensão
- Tontura
- Náusea
- Vômito
- Cefaléia
- Reações Alérgicas
- Extravasamento
- Outros
- Nenhuma

## Observações:

## Sinais Vitais:

D1:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

D2:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

D3:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

D4:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

D5:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

D6:		PA	P	R	T
Antes					
Após					

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



# **LAUDO MEDICO PARA SOLICITACAO DE ORTESE E PROTESE**

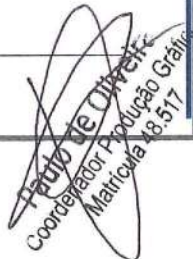
# LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE ORTESE E PROTESE GASTO DE SALA

AVISO:	ETIQUETA DO PACIENTE		
SALA:			
DATA: ____/____/____			
INSTRUMENTADOR:			
CIRCULANTE:			
MÉDICO CIRURGIÃO:			
NOME DO MATERIAL:			
Nº DO PROTOCOLO:			
FORNECEDOR:			
_____ Ass. Médico Solicitante			
Quantidade	Descrição do Produto	Lote	OBS
Data da Cirurgia: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
_____ Ass. Responsável pelo Hospital		_____ Ass. Médico Solicitante	

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde

 Prefeitura de  
Joinville

  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 18.517

# **PASTA PRONTUARIOS DE ONCOLOGIA**

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**NOME DO PACIENTE** \_\_\_\_\_

*Patrícia Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# **RASCUNHO SETOR DE CONTAS**

# RASCUNHO SETOR DE CONTAS

## ETIQUETA

### IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Prontuário N° Int.	N° AIH	Int	Alta	Caráter Atend.
CID Principal		CID Secundário	CID Óbito	Motivo da Saída
D.Acomp.	L.P			
Proc.Solicitado na AIH	Proc.Realizado (Mudança)	Setor/Quarto	Médico Solicitante	

### LANÇAMENTOS PROCEDIMENTOS

Serviço	Procedimento	Quant.	Prestador	1° Auxiliar	2° Auxiliar	Anestesiista	Obs.

Serviço	Procedimento	Quant.	Prestador	Setor Solicitante	Informações Complementares
70	0203020030		1173	( ) 14 ( ) 15	Anátomo Patológico
70	0203020049		1173	( ) 14 ( ) 15	Anátomo Patológico
	0401010015		417		Curativos
37	0309010047		300		Nutrição Enteral Adulto
37	0309010101		417		Passagem Sonda Enteral
	0201010631				Punção Lombar
	0209010029		1		Colonoscopia
	02090040017		1		Fibrosopia
	0209010037		1		Endoscopia
	0802010083		1		UTINC / Geral / UTI Queimados
22	0305010131		771		Hemodiálise

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde




Prefeitura de  
Joinville



*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

DESCRIÇÃO EXAME	SERV.	PROCED.	QUANT.	PREST.	SETORES SOLICIT. E DATAS
Angiografia Cerebral ( 4 vasos )	51	021001001-0		1	
Angiografia	51			1	
Angio Ressonancia Cerebral	85	020701001-3		1171	
Biópsia guiada por US/Tomografia	53	020101054-2		1	
Cintilografia Ossea	57	020805003-5		1182	
Cintilografia Renal	57	020804005-6		1182	
ECG (Eletrocardiograma)	52	021102003-6		1	
Eco Transtorácico	53	020501003-2		1	
Ecodoppler Transcraniano	53	020502001-1		1	
Ecografia Transesofágico	53	020501002-4		1	
Ressonância Coluna Cervical	85	020701003-0		1171	
Ressonância Col.Lombo-Sacra	85	020701004-8		1171	
Ressonância Coluna Torácica	85	020701005-6		1171	
Ressonância Crânio	85	020701006-4		1171	
Ressonância de Membro Inferior	85	020703003-0		1171	
Ressonancia de Tórax	85	020702003-5		1171	
Tomo Abdômen superior	58	020603001-0		1786	
Tomografia Pelve / Bacia	58	020603003-7		1786	
Tomo Coluna cervical	58	020601001-0		1786	
Tomografia Coluna lombo-sacra	58	020601002-8		1786	
Tomografia Coluna torácica	58	020601003-6		1786	
Tomografia Crânio	58	020601007-9		1786	
Tomo Face / Seios Face / Mandib.	58	020601004-4		1786	
Tomografia Pescoço	58	020601005-2		1786	
Tomografia Artic.Membro Sup.	58	020602001-5		1786	
Tomografia Artic.Membro Inf.	58	020603002-9		1786	
Tomografia Torax	58	020602003-1		1786	
Ultrasson Abdômen superior	53	020502003-8		1	
Ultrasson Abdômen total	53	020502004-6		1	
Ultrasson Aparelho urinário	53	020502005-4		1	
Ultrasson c/doppler colorido vasos	53	020501004-0		1	
EEG ( Eletroencefalograma )	69	021105002-4		1	
Fisio em paciente grande queimado	39	030207002-8			
Fisio pre e pós cir. neurologia	39	030206005-7			
Fisioterapia AVC ( c/complic. )	39	030206002-2			
Fisio Motora Ortop. Pré e Pós Oper	39	030205001-9			
Fisio Oncológ. Pré e Pós Cirúrg.	39	030202003-9			
Fisioterapia Oncologica (Clinica)	39	030202002-0			
Fisio Queimado Médio	39	030207001-0			
Fisio Motora Neuro (s/complic )	39	030206001-4			
Fisio Motora (Pré e Pós Operat.)	39	030205003-5			
Fisio Respiratoria ( c/complic.)	39	030204001-3			
Fisio Respiratoria ( s/complic.)	39	030204002-1			
Hemosc ( Pré Transfusional I )	60	021201002-6		1163	
Hemosc ( Pré Transfusional II )	60	021201003-4		1163	
Hemosc/ HMSJ (Conc.Hemácias)	60	030602006-8		770	
Hemosc/ HMSJ (Plasma Fresco)	60	030602010-6		770	
Hemosc/ HMSJ (Conc.Plaquetas)	60	030602007-6		770	
Hemosc/ HMSJ (Conc.Hemác.Irrad.)	60	030602012-2		770	

  
**Paulo de Oliveira**  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517



**RECEITUARIO BRANCO**  
**- FRENTE E VERSO (50**  
**FOLHAS)**

# RECEITUÁRIO

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matricula 48.517

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville



# RESUMO DE ALTA / ATENDIMENTO

**MOTIVO DO ATENDIMENTO:**

---

---

---

**EVOLUÇÃO HOSPITALAR/PARECER:**

---

---

---

---

---

---

**EXAMES:**

---

---

---

**DIAG./CID:**

---

---

**ORIENTAÇÃO GERAL / ENCAMINHAMENTO**

---

**AMBULATÓRIO DE:**

---

**EXAMES:**

---

**DIETA:**

---

---

**OUTROS:**

---

---

---

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



**RECEITUARIO**  
**CONTROLE ESPECIAL**  
**(50 JOGOS)**

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

  
Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção de Medicamentos  
Matrícula 48.517

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg.Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC  
CEP 89202-000 / CNPJ/MF: 84.703.248/0001-09 - Insc. Est. Isenta**

**RECEITUARIO**  
**ENTORPECENTES (A)**  
**(50 FOLHAS)**

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA - A

## (ENTORPECENTES)

NUMERAÇÃO SEQUENCIAL:

SFH-

Nº

DATA:

PACIENTE:

MEDICAMENTO (SUBSTÂNCIA):

VIA ADMINISTRAÇÃO:

QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO:

POSOLOGIA:

CARIMBO E ASSINATURADO PROFISSIONAL(CRM/CRO - LEGÍVEIS):

\* PREENCHER DE FORMA LEGÍVEL - DOCUMENTO INTERNO PARA CONTROLE NO HMSJ

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

**Paulo de Oliveira**  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

# **RECEITUARIO PSICOTROPICOS (B)**



NUMERO	SC 24.22 38340 23.137B
DATA	/ /
PACIENTE	<b>SEM VALOR</b>
MEDICAMENTO	

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> SC 24.22 38340 23.137 B		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ Av. Getúlio Vargas, 238 Caixa Postal: 36 Fone: 3441-6666 - Fax: 3441-6695 CEP 89202-000 - Joinville - SC		Medicamento ou Substância  Qdade. e Forma Farmacêutica  Dose por Unidade Posológica  Posologia	
Assinatura do Emitente  Paciente  End.:		Assinatura do Receituário Leopoldo CRF 17138-SC Conselho Regional de Psicologia - SC Hospital Municipal São José		Nome do Vendedor  Data  <b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome: End.: Telefone: RG nº:		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR</b> Orgão Emissor:		<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b>	

Central Impressões - Fone: (47) 3436-9668 - R. Sta. Catarina, 2756 - Fonefax - CEP: 85.191-146-0001-14 - IE: 262.375.098 - 400 Bts. Not. Rec. B 1459 - Num. 24.2228641.23.137 & 24.2246940.23.137 Aut. pelo Vitec nº 20202005 - 2403006

# **RECUPERACAO POS- ANESTESIA FRENTE E VERSO (50 FOLHAS**

DATA HORA	T	R	P	PA	PVC	EVOLUÇÃO E OCORRÊNCIA CLÍNICA DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR PÓS-ANESTÉSICO		
						DATA/HORA	DESCRIÇÃO	PROFISS/ ASS

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**




**Prefeitura de  
Joinville**

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

CONTROLE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA		ENTRADA RPA às _____ HORAS							
ÍNDICE DE ALDRETTE=KROULIK		pts	hs						
Pressão Arterial Pré-Cirurg. PA=	PA com variações de 20% ou igual a PA no pré-cirúrgico.	2							
	PA variações de 20 a 50% a PA no pré-cirúrgico.	1							
	PA variações igual ou maior que 50% a PA no pré-cirúrgico.	0							
Respiração	Respiração profunda e tosse.	2							
	Dispneia ou respiração sob comando.	1							
	Apnéia.	0							
Atividade Muscular	Movimento espontâneo ou sob comando dos 4 membros.	2							
	Movimento espontâneo ou sob comando de 2 membros.	1							
	Imobilidade.	0							
Consciência	Completamente acordado.	2							
	Responde quando estimulado.	1							
	Não responde.	0							
Cor da pele	Normal (rúseo).	2							
	Palidez ou cianose discreta.	1							
	Cianose generalizada.	0							
Outros controles - Responder: S (sim) N (não testado) P (problemas)									
Senta sem problemas									
Levanta sem problemas									
Anda sem problemas em linha reta									
Diurese espontânea									
Dor importante									
Emese incontrolável									
<b>TOTAL DE PONTOS</b>									
Acompanhante presente na hora da alta: ( ) Sim ( ) Não		Alta da SRPA às _____ h Data: _____							
Assinatura Acompanhante: _____		Anestesista: _____							

  
**Paulo de Oliveira**  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

**REPOSICAO DE  
MEDICACAO  
EXTRAVIDADA (50  
FOLHAS)**

  
 Paulo de Oliveira  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

# REPOSIÇÃO DE MEDICAÇÃO EXTRAVIDADA

SETOR	MEDICAÇÃO	CÓDIGO	QUANTIDADE	Nº DA MATRÍCULA (E (ENFERMEIROS) / F (FARMÁCIA))
PRECIPITAÇÃO/TUBIDEZ				
QUEBRA				
PERDA				

DATA  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hospital**      **Secretaria**  
**São José**      **da Saúde**



Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

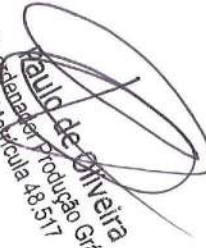
# **ROTULO DE SORO (50 FOLHAS)**

**Hospital  
São José**

# RÓTULO DE SORO

Nome:	
Quarto:	Leito:
Solução:	Frasco nº
Medicação Extra:	
Nº de Gotas:	
Início	Término
Data: ____/____/____	Assinatura:

**Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC**

  
Raul de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517



**SERVICO DE  
ANESTESIOLOGIA-  
FRENTE E VERSO (50  
FOLHAS**

# SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

ETIQUETA DO PACIENTE

DATA		DIAGNÓSTICO PRÉ-CIRURGICO			
CLÍNICA		ESTADO FÍSICO			
PRÉ-CIRÚRGICO	ANAMNESE (ANESTESIAS ANTERIORES, PATOLOGIAS, MEDICAÇÕES, ETC)				
	EXAME FÍSICO				
	EXAMES COMPLEMENTARES				
PER CIRÚRGICO	ACIDENTES E COMPLICAÇÕES		RESULTADOS DOS EXAMES		
	PÓS-CIRÚRGICO	IMEDIATO		ÍNDICE ALDRETTE E KROULIK	
TARDIO (COMPLICAÇÕES E SEQUELAS)		ENTRADA SRPA	ÍNDICE	HORA	RUBRICA
		SAÍDA SRPA			

*Paulo de Oliveira*  
 Coordenador/Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

CIRURG. PROPOSTA	PRÉ-ANESTÉSICO	RESULTADO	ANESTESIA	T. ANESTESIA
DIAG. PÓS-CIRURGICO	DIAG. PÓS-CIRURGICO		CIRURGIÃO	T. CIRURGIÃO

	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES								
LÍQUIDOS								
MONITOR								
INÍCIO DA ANESTESIA X INÍCIO DA CIRURGIA								

**Paulo de Oliveira**  
 Coordenador Produção Gráfica  
 Matrícula 48.517

ANOTAÇÕES	

HORA DE ANOTAÇÕES	BALANÇO HÍDRICO
POSICÃO	
AGENTES	GANHOS
	CRISTALÓIDES
	COLÓIDES
	PSI
	SA

# **SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA**

# IDENTIFICAÇÃO DE DIETA

NOME: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DIETA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NUTRICIONISTA



Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde



Prefeitura de  
Joinville

Avenida Getúlio Vargas Nº 238 - Fone: 3441-6666 - Joinville/SC

*[Handwritten signature]*  
Fátima da Silva  
Coordenadora de Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

**SOLICITACAO EXAMES  
ALTO-CUSTO (FV)- (COM  
50 FOLHAS)**

(COLE A ETIQUETA)

**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ALTO CUSTO**

**PARA: DIREÇÃO TÉCNICA**

**DE:**

**DATA:**    /    /

**EXAME:**

**JUSTIFICATIVA:**

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO/CARIMBO:**

**DATA:**    /    /

*Paulo de Oliveira*  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

**Hospital  
São José**

**Secretaria  
da Saúde**



**Prefeitura de  
Joinville**



## RELAÇÃO DE EXAMES DO ALTO CUSTO

01	Angiografia Cerebral
02	Arteriografia
03	Arteriografia Pulmonar
04	Cineangiocoronariografia
05	Colangiressonância magnética
06	Ecocardiograma Transesofágico
07	Eletromiografia
08	Esplenoportografia
09	Estudo Hemodinâmico Infantil
10	Litotripsia Extra-Corpórea
11	Localiz. Esteriotáxica Lesões Infracr.. (Não TC/Rim)
12	Ressonância Magnética
13	RNM de Col. Cerv. / Torácica / Lombo Sacra Ser. C. Ne.
14	RNM de Crânio em Serviço Credenc. Neur.

Paulo de Oliveira  
Coordenador Produção Gráfica  
Matrícula 48.517

Hospital  
São José

Secretaria  
da Saúde

