

ANEXO XV

MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	B			
				Quantidade e Forma Farmacéutica	
de de		Paciente:		Dose por Unidade Posológica	
		Endereço:		Posologia	
Assinatura do Emissor					
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome:					
Endereço:					
Telefone:					
Identidade No. Órgão Emissor:					
Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, Nº do Credenciamento			Número/Ano da Autorização VISAVDF: _____		
			Numeração Impressa: De _____ a _____ - Série: _____		

Formato: 85 x 180 mm



ATESTADO MÉDICO

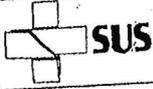
UNIDADE:

NOME DO PACIENTE:

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que _____

Necessita de (_____) _____ dias de

Afastamento do Trabalho, a partir desta data.

UNIDADE DE SAÚDE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO

NOTA: Este atestado é valido para finalidades no Art. 27 da CLPS, aprovado de Decreto Nº 89.312 de 23/01/84, e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento de trabalho..

Item 04

- 28 – Gostaria que meu bebê e meu acompanhante estivessem comigo na recuperação cirúrgica
 Sim Não
- 29 – Gostaria que o meu bebê não fosse levado para o berçário, se estiver tudo bem, e ter alojamento conjunto o quanto antes Sim Não
- 30 – Caso eu precise usar sonda vesical de demora, desejo que seja retirada logo após o término do efeito da anestesia. Sim Não

INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O que levar para a maternidade?
 - Roupas para a mãe e o bebê.
 - Chinelo para o banho
 - Material de higiene íntima (sabonete, absorvente,)
 - Exames, ultrassonografias e cartão de pré-natal
 - Documentos de identificação com foto, seu e do acompanhante
- Obs: Acompanhante deve estar de calçado fechado e calça.

PLANO DE PARTO RECEBIDO:

MATERNIDADE:.....

PROFISSIONAL:.....

DATA:/...../.....



.....
Nome da Gestante

.....
Nome do Bebê

.....
Data Provável do Parto

.....
Unidade Básica de Saúde de Referência

.....
Hospital de Referência



Desejo que meu Plano de Parto seja respeitado na medida do possível. Entendo que podem surgir situações imprevistas e, nesses casos, peço que eu seja informada com antecedência e consultada sobre as opções disponíveis.

Assinatura da Gestante

Existe algo que eu gostaria que soubessem:

1 - Desejo conhecer a maternidade () Sim () Não
Visita agendada para//

2 – Possui Protocolo do Planejamento Reprodutivo para realização do seguinte método contraceptivo no pós-parto:

- () DIU;
- () Laqueadura;
- () Contraceptivo Hormonal (Oral ou Injetável);
- () Nenhum.

3 – Desejo que me acompanhe durante a internação na Maternidade:

- () Marido / Esposa / Parceiro(a) / Pai do bebê;
- () Mãe;
- () Filho(a) maior de 18 anos;
- () Amigo(a) / outro familiar;
- () Nenhum.

4 – Terei um Doula me acompanhando: () Sim () Não
Obs: A doula precisa ser cadastrada na Maternidade 15 dias antes do Parto.

5 – Com relação a Via de Nascimento, desejo:
() Parto Normal, se não houver contra indicação;
() Desejo cesariana eletiva por escolha pessoal e compreendo os riscos após informação da equipe de saúde, de acordo com a Lei 12.194 de 30 de julho de 2024.

6 – Desejo que meu Parto seja fotografado:
() Sim () Não

Obs: O fotógrafo precisa ser cadastrado na Maternidade 15 dias antes do Parto.

7 - Desejo que eu e meu (minha) acompanhante, sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê, incluindo qualquer intervenção necessária durante o Trabalho de Parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, cesariana e etc): () Sim () Não



8 – Desejo ter liberdade para alimentar-me e beber líquidos: () Sim () Não

9 – Desejo os seguintes cuidados no ambiente durante o Trabalho de Parto:

- () Ambiente com pouca luminosidade;
- () Ouvir música da minha escolha;
- () Pouco Barulho e conversa;
- () Privacidade.

10 –Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):

- () Massagens (realizadas pelo(a) acompanhante);
- () Orientações sobre técnicas de Respiração;
- () Movimentar e/ou andar caso queira;
- () Banho de chuveiro.

11 – Desejo ser informada a respeito dos métodos farmacológicos disponíveis na instituição hospitalar. E peço que conversem comigo fora do período de contração uterina:

- () Analgesia medicamentosa simples;
- () Analgesia com bloqueio peridural se solicitado;
- () Outros métodos conforme necessidade e avaliação.

12 – Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia (corte na vagina): () Sim () Não

13 – Não autorizo que minha barriga seja empurrada para baixo (manobra de kristeller): () Sim () Não

14 – Desejo escolher a posição na hora do nascimento do meu bebê:

- () Semi-sentada com cabeceira elevada;
- () Cócoras;
- () Banquetas;
- () De quatro apoios (Gaskin);
- () Em pé.

15 – Se houver necessidade de romper a minha bolsa artificialmente, quero ser orientada para dar meu consentimento: () Sim () Não

16 – Assim que o bebê nascer, gostaria de:
() Pegar o meu bebê no colo imediatamente;
() Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal;

() Ter pelo menos 1 hora contínua com o meu bebê no colo, se estiver tudo bem (hora ouro);
() Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida.

17 – Desejo que o clampeamento do cordão umbilical seja feito em tempo oportuno:

- () Pelo Profissional;
- () Pelo acompanhante;
- () Por mim mesma.

18 – Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, tanto no parto normal como na cesariana, sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde: () Sim () Não

19 – Não gostaria que meu bebê recebesse aspiração das vias aéreas de rotina, apenas se estiver com dificuldade para respirar: () Sim () Não

20 – Não quero que meu bebê receba aspiração gástrica de rotina: () Sim () Não

21 – Desejo ter o meu bebê comigo o tempo todo, enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação: () Sim () Não

22 – Desejo que o pai ou o acompanhante acompanhe o meu bebê, caso ele necessite de atendimento:
() Sim () Não

23 - Desejo realizar amamentação sob livre demanda:
() Sim () Não

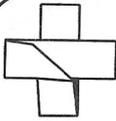
CASO A CESÁRIA SEJA NECESSÁRIA/ESCOLHA

24- Desejo entrar em trabalho de parto (início), antes de ser indicado a cesariana, se não houver contra indicações: () Sim () Não

25 – Desejo que meus braços fiquem livres para poder segurar meu bebê: () Sim () Não

26 – Gostaria que a equipe mantivesse o silêncio durante a cesariana, evitando conversas paralelas não relacionadas ao procedimento: () Sim () Não

27 – Na hora do nascimento do meu bebê, desejo que abaixem o campo para que eu possa vê-lo nascer:
() Sim () Não



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

IDADE: _____

PESO: _____

DATA ____/____/____

MÉDICO - CARIMBO - CRM

**- AO VOLTAR À CONSULTA TRAGA ESTA RECEITA -
"FUMAR FAZ MAL À SAÚDE"**

Stem
03

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRO: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e carimbo do farmacêutico

____/____/____
Data

