

CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

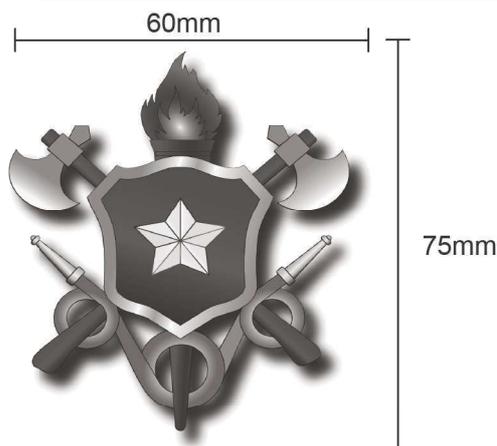
Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NORMAL TAMANHO 18pt

DIRETORIA DE SAÚDE

POLICLÍNICA MÉDICA

Tamanho do brasão



Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NEGRITO TAMANHO 23pt

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

Tamanho da fonte →

FONTE :
ARIAL NEGRITO
TAMANHO 10pt

NOME: _____

DEPENDENTE DO: _____

PUBLICAÇÃO BG: _____

MATRÍCULA: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NATALIDADE: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

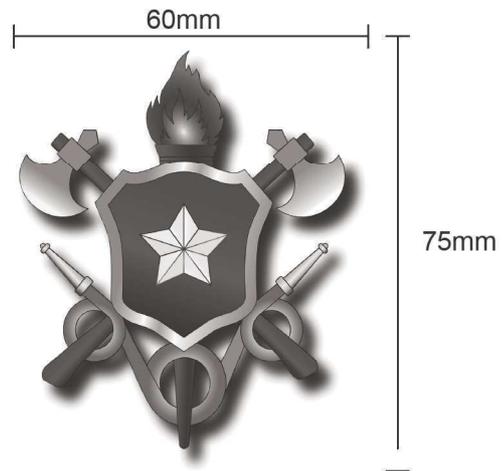
ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ E-mail: _____

OBS: _____

DESCRIÇÃO TÉCNICA
Prontuário - CPMED
COR DE IMPRESSÃO VERMELHO

Tamanho do brasão



Tamanho da fonte → **CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO DE PERÍCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICA MÉDICA

FONTE : ARIAL NORMAL TAMANHO 22pt

Tamanho da fonte → **PRONTUÁRIO - CPMED**

FONTE : ARIAL BLACK TAMANHO 46pt

MODELO DE PASTA ABERTA PARA VISUALIZAÇÃO

<p>0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 M M</p>		<p>CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL DIRETORIA DE SAÚDE POLICLÍNICA MÉDICA PRONTUÁRIO - CPMED</p>												
<table border="1"> <tr> <td>SEXO: 1 - M 2 - F</td> <td>DATA DE NASCIMENTO</td> <td>INICIAIS DO NOME</td> </tr> <tr> <td>ANO</td> <td>DIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>MES</td> <td></td> </tr> </table>		SEXO: 1 - M 2 - F	DATA DE NASCIMENTO	INICIAIS DO NOME	ANO	DIA			MES		<table border="1"> <tr> <td>NOME</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		NOME	
SEXO: 1 - M 2 - F	DATA DE NASCIMENTO	INICIAIS DO NOME												
ANO	DIA													
	MES													
NOME														
		<table border="1"> <tr> <td>MATRÍCULA SIAPB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		MATRÍCULA SIAPB										
MATRÍCULA SIAPB														
PRETO FRENTE														

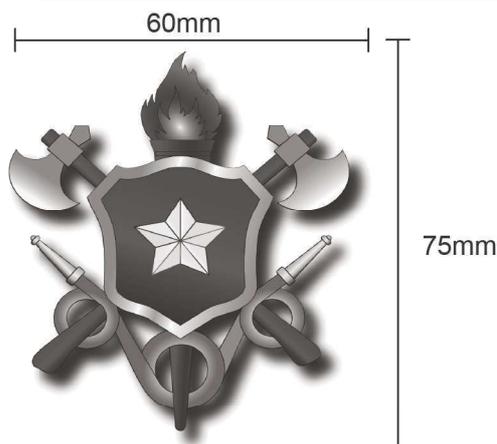
CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE

Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NORMAL TAMANHO 18pt

POLÍCIA MÉDICA
CENTRO DE PERÍCIAS MÉDICAS
PRONTUÁRIO - CPMED

Tamanho do brasão



Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NEGRITO TAMANHO 23pt

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

Tamanho da fonte →

FONTE :
ARIAL NEGRITO
TAMANHO 10pt

NOME: _____

DEPENDENTE DO: _____

PUBLICAÇÃO BG: _____

MATRÍCULA: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

NATURALIDADE: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

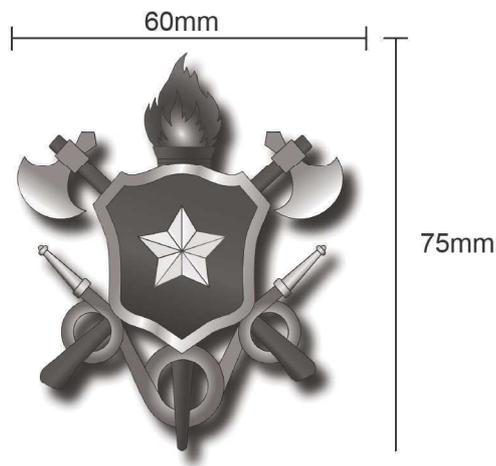
ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ E-mail: _____

OBS: _____

DESCRIÇÃO TÉCNICA
Prontuário - ODONTO
COR DE IMPRESSÃO VERDE

Tamanho do brasão



Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NORMAL TAMANHO 22pt

CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
 DIRETORIA DE SAÚDE
 POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA

Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL BLACK TAMANHO 46pt

PRONTUÁRIO - ODONTO

MODELO DE PASTA ABERTA PARA VISUALIZAÇÃO



DATA DE NASCIMENTO	INICIAIS DO NOME
DIA	
MES	SEXO: 1 - M 2 - F
ANO	

NOME _____ _____

MATRÍCULA SIAPÉ							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
 DIRETORIA DE SAÚDE
 POLICLÍNICA MÉDICA
PRONTUÁRIO - ODONTO



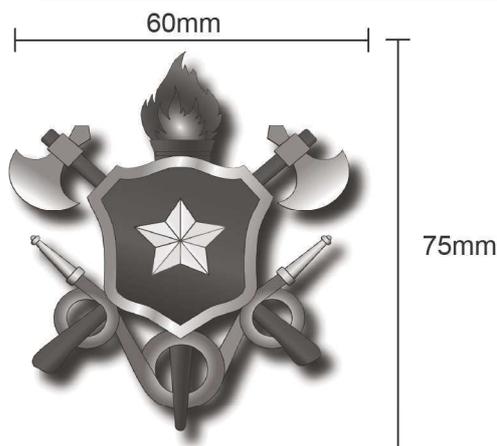
PRETO FRENTE

CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE

Tamanho da fonte → POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA

FONTE : ARIAL NORMAL TAMANHO 18pt

Tamanho do brasão



Tamanho da fonte →

FONTE : ARIAL NEGRITO TAMANHO 23pt

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DEPENDENTE DO: _____

PUBLICAÇÃO BG: _____

MATRÍCULA: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NATALIDADE: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ E-mail: _____

OBS: _____

Tamanho da fonte →

FONTE :
ARIAL NEGRITO
TAMANHO 10pt



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA
RECEITUÁRIO

Nome: _____

_____ de _____ de _____

Assinatura/Carimbo

DESCRIÇÃO TÉCNICA (BRASÃO + TEXTO CBMDF)

ENVELOPE

ENVELOPE 37X47CM

BRASÃO: 21X25,5 CM

CBMDF: 32 pt

FONTE: ARIAL

ENVELOPE 26x36cm

BRASÃO: 16,5x19,5cm

CBMDF: 24 pt

FONTE: ARIAL

ENVELOPE 22X32cm

BRASÃO: 14X17cm

CBMDF: 22 pt

FONTE: ARIAL



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO
DISTRITO FEDERAL
POLICLÍNICA MÉDICA**

Descrição técnica: DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Folha A5 (15X21 CM)

Logo CBMDF:
2,1 x 2,5 cm



Cabeçalho CBMDF :
Fonte ARIAL NORMAL - 12 pt

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que

Matrícula nº, posto / graduação

OBM, compareceu à Policlínica do CBMDF

para

dia de de retirando-se às horas.

TEXTO GERAL:
Fonte ARIAL
NORMAL - 12 pt

Assinatura / Carimbo

Descrição técnica: LIBERAÇÕES DE DISPENSAS

Folha A5 (15X21 CM) 2 VIAS

Logo CBMDF: 1,5 x 1,5 cm

Cabeçalho CBMDF : Fonte Arial Negrito - 12pt

		CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL	
		DIRETORIA DE SAÚDE	
		POLICLÍNICA	
LIBERAÇÕES E DISPENSA			
IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____			
Posto/Graduação: _____ OBM: _____ Matrícula: _____			
QBMP			
<input type="checkbox"/> 00 - Combatente	<input type="checkbox"/> 06 - Praça auxiliar de saúde	<input type="checkbox"/> 10 - Praça paramédico e socorrista	
<input type="checkbox"/> 03 - Praça manutenção	<input type="checkbox"/> 07 - Praça corneteiro	<input type="checkbox"/> 12 - Praça hidrante	
<input type="checkbox"/> 04 - Praça músico	<input type="checkbox"/> 08 - Praça condutor e operador de viaturas		
LIBERAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Escala de socorro	<input type="checkbox"/> Educação física	<input type="checkbox"/> Atividades de motorista	
<input type="checkbox"/> Expediente administrativo	<input type="checkbox"/> Treinamento profissional	<input type="checkbox"/> Formaturas	
<input type="checkbox"/> Serviço interno	<input type="checkbox"/> Atividades de mergulho		
DISPENSA			
DISPENSA MÉDICA TOTAL		<input type="checkbox"/> SIM	CUMPRIR
		<input type="checkbox"/> NÃO		☐ POLICLÍNICA
			<input type="checkbox"/> OBM
			<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO
..... dias a contar de...../...../.....		..... CID	
...../...../.....		..... Assinatura / Carimbo	
1ª via - prontuário		2ª via - OBM	

Descrição técnica: AGENDA DE MARCAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
Folha A4 29,7 x 21 CM)

Logo CBMDF:
2,5 x 2,5 cm

Cabeçalho CBMDF :
Fonte ARIAL NORMAL - 12 pt

TEXTO GERAL:
Fonte ARIAL
NORMAL - 14 pt



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE / POLICLÍNICA MÉDICA

Questionário e Termo de Consentimento para
realização de Vídeo Endoscopia Digestiva Alta

Data do exame: _____
Paciente: _____
Idade: _____ Sexo: _____ DN: _____ / _____ / _____
Médico solicitante: _____
Motivo para a realização do exame: _____
É portador de alguma doença? Qual? _____
Tem alergia a algum medicamento, substância ou alimento? _____
Anotar medicações usadas no último mês: _____
Já fez Endoscopia? Quando? _____
Já fez cirurgia? Qual? _____
Já apresentou problemas com anestesia ou sedativos? Qual? _____
Tem sintomas gripais () sim () não
Já teve COVID? () sim () não
Está em uso de anticoagulante como: Xarelto, Eliquis, Clexane? () sim () não
Precisa de atestado médico? () sim () não
Seu acompanhante precisa de atestado de comparecimento? () sim () não
Existe algo mais que não esteja neste questionário e que queira relatar? _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

O objetivo deste formulário de consentimento informado é o de cumprir com nossa obrigação ética de informar o paciente e seus familiares os principais aspectos relacionados com os procedimentos, medicamentos, exames e cirurgias que irá realizar, complementando a informação prestada pelo seu médico e por nossa equipe, além de obter sua autorização para realização do mesmo. Nosso intuito é que este material também sirva de suporte às eventuais dúvidas e facilite a sua compreensão, decisão e confiança no procedimento.

O paciente desde já autoriza a realização do exame de Vídeo Endoscopia, conforme solicitação médica.

Recebi informações sobre o exame, suas indicações e riscos. Autorizo a realização do mesmo e outros procedimentos diferentes necessários e/ou imprevistos.

Recebi orientações sobre a importância de estar acompanhado por um adulto, devido à administração de sedativos por via endovenosa, não podendo dirigir, nem realizar tarefas que necessitem atenção, como operar máquinas e objetos cortantes nas próximas 12 (doze) horas seguintes ao exame.

ACOMPANHANTE: _____

ASS. PACIENTE

Lined writing area with horizontal lines.

ΕΛΛΗΝΙΚΟ

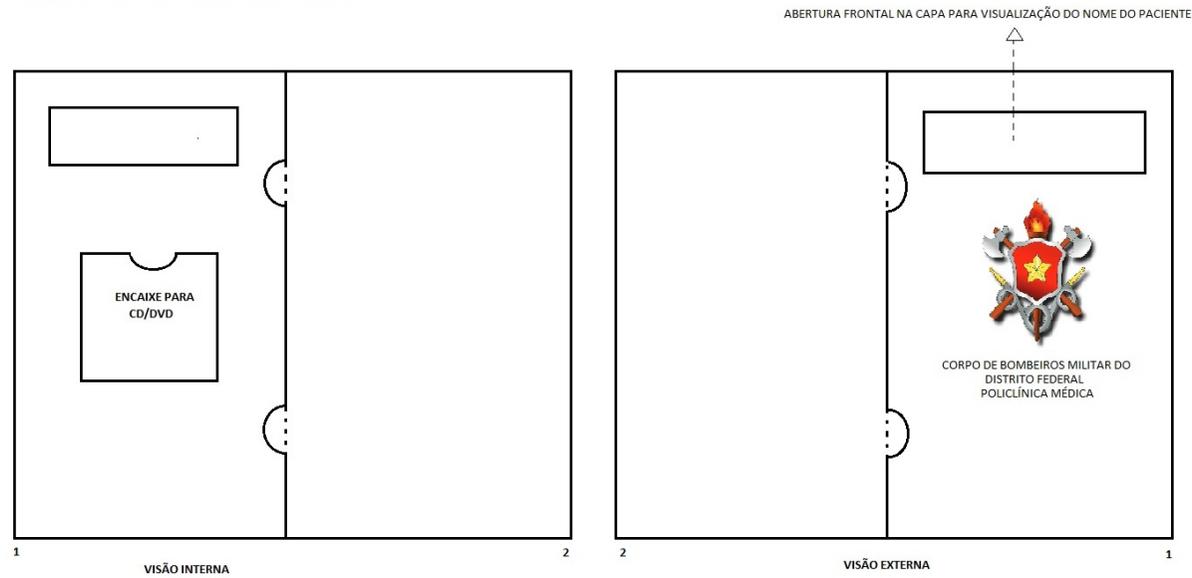
ΣΥΣΤΗΜΑ

ΔΙΕΛΕΓΜΕΝΩΝ ΔΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΕΛΕΓΜΕΝΩΝ ΔΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

DESCRIÇÃO TÉCNICA: PASTA DE DIAGNÓSTICO

PASTA DE DIAGNÓSTICO



DESCRIÇÃO TÉCNICA
CAPA DE CD



Quadro de informações
Tamanho da fonte →

*FONTE : ARIAL NORMAL
TAMANHO 14 pt*

Paciente: _____
Exame: _____
Data: ____/____/____
Este CD traz o resultado do exame específico. Guarde-o cuidadosamente, pois poderá ser útil em avaliações médica futuras.

Brasão menor →
Tamanho 2,3 x 2,8 cm

Escrita - CBMDF →
Fonte Calibri
Tamanho 22,5



**Corpo de Bombeiros Militar do
Distrito Federal**

Vidas Alheias e Riquezas Salvar



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA**



RESULTADO DA INSPEÇÃO DE SAÚDE ODONTOLÓGICA

Preenchimento pelo paciente:

Finalidade do exame:

CMAUT CTOP ISO OUTROS _____

Nome				SIAPE
Endereço				Cidade
Data de nascimento	Idade	Sexo	Posto/Graduação	OBM
Telefone			<input type="checkbox"/> PRONTIDÃO	<input type="checkbox"/> EXPEDIENTE

Preenchimento SOMENTE por Cirurgião-dentista avaliador da Inspeção de Saúde Odontológica:

ALTA

ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO: PODON EXTERNO

CONSIDERAÇÕES: _____

Assinatura do paciente

_____/_____/_____
Data

Oficial Cirurgião-dentista Avaliador (Assinatura e carimbo)

Preenchimento SOMENTE por Oficial Cirurgião-dentista da PODON:

APTIDÃO CONFORME OS CRITÉRIOS DE INSPEÇÃO:

CMAUT CTOP ISO OUTROS _____

APTO

INAPTO

CONSIDERAÇÕES: _____

CID: _____

_____/_____/_____
Data

Oficial Cirurgião-dentista (Assinatura e carimbo)

EXAME INTRA-ORAL

ODONTOGRAMA – ÍNDICE CPO-D

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO CPI

17 ou 16	11	26 ou 27
47 ou 46	31	36 ou 37

MOBILIDADE DENTAL (Grau II ou III)

Dentes

USO DE PRÓTESE

SUP	INF

NECESSIDADE DE PRÓTESE

SUP	INF

<p>CPO-D</p> <p>0 – Dente hígido 1 – Dente cariado 2 – Dente restaurado mas cariado 3 – Dente restaurado e sem cárie 4 – Dente perdido devido a cárie 5 – Dente perdido por outros motivos 6 – Selante de fissuras 7 – Apoio de ponte ou coroa/implante 8 – Coroa não erupcionada T – Trauma/fratura na coroa 9 – Dente excluído</p>	<p>CPI</p> <p>0 – Sextante hígido 1 – Sextante com sangramento 2 – Cálculo periodontal 3 – Bolsa periodontal 4-5 mm 4 – Bolsa periodontal ≥ 6 mm X – Sextante excluído (menos de 02 dentes presentes) 9 – Sextante não examinado</p>
<p>EDENTULISMO – USO DE PRÓTESE</p> <p>0 – Não usa prótese 1 – Usa uma ponte fixa 2 – Usa mais de uma ponte fixa 3 – Usa prótese parcial removível 4 – Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais prótese parcial removível 5 – Usa prótese total 9 – Sem informação</p>	<p>EDENTULISMO – NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>0 – Não necessita de prótese dentária 1 – Necessita de prótese fixa ou removível para substituição de um elemento 2 – Necessita de prótese fixa ou removível para substituição de mais de um elemento 3 – Necessita de uma combinação de próteses fixas e/ou removíveis para substituição de um ou mais elementos 4 – Necessita de prótese total 9 – Sem informação</p>

1 – Há necessidade de tratamento odontológico? [] Sim [] Não

2 – Se sim, encaminhamento para:

[] Clínica geral [] Clínica especializada: _____

3 – Observações: _____

Descrição técnica: Recomendações Pós - Operatória TIPO 1

Folha A4 (21x 29,7 cm)

Logo CBMDF: 3,3x3,5 cm



Cabeçalho CBMDF : Fonte Arial Negrito - 12pt



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA - SEASO**

Fonte Arial Normal - 11pt



Nome: _____

1. **Será colocado uma gaze na região operada. Mantenha por 30 minutos sob pressão leve.** Ao chegar em sua residência, remova a gaze. Em caso de persistência de sangramento, coloque gaze na região operada e morda.
2. **Aplique gelo na face por 30 minutos a cada 01 hora durante 48 horas** - recomenda-se envolver o gelo em pano e proteger a pele com vaselina ou creme hidratante antes da aplicação de gelo para evitar queimaduras. O gelo é extremamente importante para evitar hemorragias e inchaços exagerados.
3. **Dieta fria ou gelada, pastosa ou líquida nas primeiras 48 horas** (evitar canudo). A partir do 3º dia você poderá começar a introduzir dieta macia. Aos poucos, e de acordo com o seu limite, a alimentação poderá começar a voltar ao normal. Evite, entretanto, alimentos de difícil mastigação ou em temperatura muito elevada.
4. **Nas primeiras 24 horas evite cuspir ou bochechar** (isso estimula o sangramento nas primeiras horas após a cirurgia). Um pequeno sangramento é normal (sujidades no travesseiro por sangue durante a noite é normal). Se ocorrer um sangramento mais intenso, limpe o local com gaze embebida em água oxigenada 10 vol., morda uma gaze seca sobre a área da cirurgia por 30 minutos e faça compressa de gelo na face. Caso não resolva, procure o serviço de pronto-atendimento da PODON ou um serviço de emergência.
5. Apesar de não ser permitido fazer bochechos nas primeiras 24 horas, **você pode e DEVE ESCOVAR OS DENTES com escova macia.** Use pequena quantidade de creme dental para evitar a necessidade de cuspir. A higiene bucal é extremamente importante para evitar infecções pós-cirúrgicas e não deve ser interrompida por causa de pequenos incômodos.
6. **A partir do quarto dia, inicie bochecho duas vezes ao dia** (manhã e noite) com Digluconato de Clorexidina 0,12%. Use a referência de meia-tampa do produto para definir a quantidade do produto a ser bochechada. É proibido engolir ao término do bochecho. Na região operada, efetue a limpeza com cotonete embebido em solução antisséptica.
7. **Mantenha repouso absoluto por 3 dias.** Evite esforços físicos, exposição ao sol, esportes, etc.
8. **Repouse com a cabeça elevada**, utilizando dois ou três travesseiros.
9. Não faça pressão para aspirar líquidos (uso de canudo). Não tossir ou espirrar com obstrução do nariz ou boca (espirrar e tossir de boca e nariz destampado).
10. **Remoção de sutura após 7 dias**, ou a critério do cirurgião.
11. Use criteriosamente os medicamentos conforme a prescrição.

OBSERVAÇÕES:

1. O inchaço após a cirurgia é considerado normal. Ele atinge seu pico entre 48 e 72 horas e geralmente dura de 04 a 06 dias. Se o rosto estiver muito inchado 48 horas após a cirurgia, substitua o gelo por compressa morna de 04 a 06 vezes ao dia até desinchar.
2. É possível que você tenha dificuldade em abrir a boca (trismo). Isso é normal e tende a melhorar com o passar dos dias.
3. Eventualmente poderão ocorrer equimoses (manchas arroxeadas na pele). Isso é considerado normal para algumas pessoas. Geralmente desaparece espontaneamente após 07 a 14 dias.
4. **Exercício físicos extenuantes (academia, ginástica, corrida sob o sol, lutas) estão proibidos por 7 dias. Cuidado com pancadas na região operada por 4 meses, para que não ocorra fratura do osso, pois a área encontra-se em cicatrização.**
5. É normal que, na região operada, ocorra uma fissura ou buraco. Basta que seja mantido a higiene local.

TENHA UMA BOA RECUPERAÇÃO!

DATA ____/____/20____

Descrição técnica: Recomendações Pós - Operatória TIPO 2

Folha A4 (21x 29,7 cm)

Logo CBMDF: 3,3x3,5 cm

Cabeçalho CBMDF : Fonte Arial Negrito - 12pt



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA - SEASO

Fonte Arial Narrow - 16pt

Recomendações Pós-Operatórias

Texto geral:
Fonte Arial Narrow - 13pt

1. Alimentação líquido/pastosa **fria** ou **gelada** nas primeiras 48 horas após a cirurgia - iogurte, sorvete, creme gelado, suco, vitamina, coalhada, leite, sopa (batida no liquidificador e em **temperatura ambiente**);
2. **EVITAR:** bebidas com gás (refrigerantes, água com gás, cerveja etc...), sucos ácidos (limão, laranja, abacaxi) e uso de canudinho por 05 dias;
3. **NÃO** cuspir e **NÃO** puxar os lábios para olhar o local da cirurgia;
4. Manter repouso relativo nos primeiros 05 dias (caminhar dentro de casa, estudar, tv, computador, videogame,...);
5. Ao deitar, manter a cabeça mais elevada que o corpo (usar dois travesseiros);
6. **EVITAR:** esforço físico nos primeiros 05 dias, exposição ao sol e ao calor na primeira semana, falar nos primeiros 02 dias;
7. Fazer compressa com gelo na face **APENAS nas primeiras 24 horas** (por 10 minutos de, 2 em 2 horas);
8. **Após 48 horas**, se houver inchaço, fazer compressa morna no local (3 vezes ao dia). Suspende se tiver dor ou sangramento;
9. Escovar os dentes com escova macia e pouca pasta dental, evitando contato direto com a área operada - **NÃO** bochechar e **NÃO** cuspir; colocar água na boca, inclinar a cabeça de um lado para o outro e deixar escorrer a espuma (babar);
10. **NÃO** fazer bochecho por 02 dias com **nenhum tipo de solução** (Ex: Listerine, Periogard, Cepacol, Flogoral, etc...) e seguir apenas a medicação indicada;
11. Iniciar bochecho **LEVE** a partir do 3º dia; utilizar solução **sem álcool** e preferencialmente com **diglucontado de clorexidina 0,12%**.
12. **NÃO** fumar e **NÃO** ingerir bebidas alcoólicas por 07 dias;
13. Caso ocorra sangramento, pressione (morder) no local com uma gaze, lenço ou toalha (**NÃO** usar algodão) por 30 minutos.
14. Remover os pontos dia ____/____/____.

Logo CBMDF: 2,3 x 2,5 cm

Cabeçalho CBMDF : Fonte Calibri - 10pt



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DF
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA -SEASO

ORIENTAÇÕES:

1. **Dieta líquida ou pastosa fria** (iogurtes, sorvete, vitamina, purê de batata, sopa, macarrão, banana, mamão) nas primeiras 48 horas.
2. Compressas com gelo na região operada nas primeiras 48 horas posteriores à cirurgia gengival para diminuir o edema local;
3. **NÃO ESCOVAR ou utilizar dispositivos de higienização que entre em contato direto com a gengiva operada até a remoção da sutura.**
4. Evitar esforços físicos por uma semana, no mínimo.
5. **Restringir as movimentações de tecidos e músculos faciais ao mínimo possível (falar, cantar, soprar);**
6. Não introduzir objetos na cavidade oral (canetas, lápis, unhas).
7. **Bochechos diários (3x ao dia) com enxagua tóricos químicos** (digluconato de clorexidina a 0,12%)
8. **Após a remoção da sutura**, uma escova dentária ultramacia pode ser utilizada, mas de forma delicada e orientada pelo dentista.
9. Caso haja complicações ou dúvida, contatar: (61) 39013582

Cirurgia dia: _____

TEXTO_GERAL
Fonte Times New Roman 11pt

Descrição técnica: PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO ADULTO

Folha A4 (21x 29,7 cm) 4 páginas

Cabeçalho CBMDF : Fonte Arial Negrito - 12pt



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA - SEASO**

Texto em geral:

Fonte Arial Normal - 11pt



PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de nascimento: __/__/____ Sexo: _____ Naturalidade: _____
Endereço: _____
Cidade/ UF: _____ CEP: _____
Estado civil: _____ Profissão: _____
RG: _____ órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Declaração de Raça, cor, etnia: () branco () preto () pardo () amarelo () indígena
Fone res.: _____ Fone com.: _____ Celular: _____
Dependente de: _____
Matrícula: _____ Posto/ graduação: _____
E-mail _____

ANAMNESE

Está em tratamento médico atualmente? Sim () Não () Qual? _____

Está fazendo uso de alguma medicação? Sim () Não ()
Nome, dosagem e tempo de uso: _____

Foi submetido a algum tipo de cirurgia? Sim () Não () Qual? _____
Que tipo de anestesia? _____

Tem alergia a alguma substância/medicamento? Sim () Não () Qual? _____

Tem (ou teve) problemas com anestesia? Sim () Não ()

Tem (ou teve) problemas com a cicatrização? Sim () Não ()

Tem (ou teve) problemas de hemorragia? Sim () Não ()

Está grávida ou amamentando? Sim () Não ()

Fuma? Sim () Não () Quantos por dia? _____

Faz uso de bebidas alcoólicas com frequência? Sim () Não ()

Apresenta ou apresentou alguma das seguintes condições?

- () Pressão alta () Problemas cardíacos () Diabetes () Problema renal
() Problemas respiratórios () Febre reumática () HIV () Problema gastrointestinal
() Doença hepática () Herpes () Epilepsia () Problema hormonal
() Radio/ quimioterapia () Osteoporose () Câncer () Alteração psiquiátrica
() Covid-19

Tem ou teve algum problema de saúde que não foi mencionado no questionário? _____

Observações: _____

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras:

Brasília, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou dependente

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O presente documento é firmado entre a Policlínica Odontológica do CBMDF e Sr. (a)

Por meio desse documento, o Sr. (a) paciente acima citado (ou responsável legal) declara que as informações por ele(a) prestadas são verdadeiras e que está devidamente informado(a) e esclarecido(a) a respeito dos procedimentos a serem executados. Está ciente que será atendido por profissionais do Quadro de Oficiais Cirurgiões-Dentistas do CBMDF ou sob supervisão direta destes, consciente dos benefícios, riscos e possíveis efeitos indesejados que podem resultar do tratamento. Está ciente de que sendo a Odontologia uma ciência biológica, a resposta de cada indivíduo ao tratamento é única e específica, existindo, em toda e qualquer intervenção, a possibilidade de ocorrência de resultados não satisfatórios, sem que isso represente imprudência, negligência ou imperícia por parte do cirurgião-dentista. Autorizo ainda que os dados obtidos no presente prontuário poderão ser aplicados para fins científicos e gerenciais da Policlínica Odontológica do CBMDF. Esses dados serão analisados de forma sigilosa e sem identificação do(a) paciente.

Data: ____ / ____ /20____.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

Achados clínicos, alterações e observações relevantes: _____

PLANO DE TRATAMENTO 1: Data: ____ / ____ / ____

PERIODONTIA: _____
CIRURGIA: _____
DENTÍSTICA: _____

ENDODONTIA: _____
OUTROS: _____

PLANO DE TRATAMENTO 2: Data: ____ / ____ / ____

PERIODONTIA: _____
CIRURGIA: _____
DENTÍSTICA: _____

ENDODONTIA: _____
OUTROS: _____

PLANO DE TRATAMENTO 3: Data: ____ / ____ / ____

PERIODONTIA: _____
CIRURGIA: _____
DENTÍSTICA: _____

ENDODONTIA: _____
OUTROS: _____

Descrição técnica: PRONTUÁRIO ODONTOPEDIATRIA

Folha A4 (21x 29,7 cm)

Logo CBMDF: 3,3x3,5 cm

Cabeçalho CBMDF : Fonte Arial Negrito - 12pt



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA - SEASO**

PRONTUÁRIO ODONTOPEDIATRIA

TEXTO GERAL
Fonte Arial Narrow - 16pt

Nome Completo _____
Endereço _____
Data de Nascimento ___/___/___ Sexo _____ Fone resid. _____
Declaração de Raça, cor, etnia: () branco () preto () pardo () amarelo () indígena
Nome da Mãe _____
Profissão _____ Telefone _____
Nome do Pai _____
Profissão _____ Telefone _____
Dependente de _____ OBM _____
Matrícula do militar responsável _____ Fone _____
Pediatra ou Médico da Família _____ Telefone _____
Já foi ao dentista? _____ Última vez em _____
Como foi o comportamento do paciente? _____
Já ocorreu alguma situação desagradável durante uma consulta? Explique. _____

Está fazendo algum tratamento médico? _____ Por quê? _____

Toma medicamentos? _____ Quais? _____

Tem alergias? Especifique _____
Já tomou anestesia? _____ Teve alguma reação física ou emocional? _____
Explique _____
Já esteve hospitalizado? _____ Por quê? _____
Quando? _____
Já teve hemorragia? _____ A cicatrização é normal? _____
Quais as doenças que já teve e em que idade? _____

Teve alguma sequela? _____ Qual? _____
Escova os dentes quantas vezes ao dia? _____ Usa fio dental quantas vezes ao dia? _____
Vai ao dentista regularmente? _____ Já foi orientado quanto à higiene dental? _____
Está sentindo dor? _____
Tem algum problema de saúde? _____

Doenças na família _____

Motivo da Consulta _____

História médica _____

Higiene () BOA () RUIM () REGULAR Experiência com flúor: _____

Dieta: _____

Linha Média: _____ Mordida cruzada: _____

Mordida aberta: _____ Mordida profunda: _____

Encaminhado para ortodontista? _____

OBS: _____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O presente documento é firmado entre a Policlínica Odontológica do CBMDF e Sr. (a) _____ . Por meio desse documento, o Sr.(a) acima citado autoriza o tratamento odontológico de _____ e declara que as informações prestadas são verdadeiras e que está devidamente informado(a) e esclarecido(a) a respeito dos procedimentos a serem executados. Está ciente de que o paciente será atendido por profissionais do Quadro de Oficiais Cirurgiões-dentistas do CBMDF ou sob supervisão direta destes, consciente dos benefícios, riscos e possíveis efeitos indesejados que podem resultar do tratamento. Está ciente de que sendo a Odontologia uma ciência biológica, a resposta de cada indivíduo ao tratamento é única e específica, existindo, em toda e qualquer intervenção, a possibilidade de ocorrência de resultados não satisfatórios, sem que isso represente imprudência, negligência ou imperícia por parte do cirurgião-dentista. Caso seja necessário, autoriza que sejam utilizadas técnicas de contenção física. Autorizo ainda que os dados obtidos no presente prontuário poderão ser aplicados para fins científicos e gerenciais da Policlínica Odontológica do CBMDF. Esses dados serão analisados de forma sigilosa e sem identificação do(a) paciente.

Data: / / 20____ . _____

Assinatura do responsável legal

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

Achados clínicos, alterações e observações relevantes: _____

PLANO DE TRATAMENTO 1: Data: ____/____/____

PLANO DE TRATAMENTO 2: Data: ____/____/____

PLANO DE TRATAMENTO 3: Data: ____/____/____

Descrição técnica: RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL CARBONADO
Folha A5 (15X21 CM) 2 VIAS COPIATIVOS

Fonte Palatino Linotype - 9 pt

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DF
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA

End.: SAIS AE nº 03 Bloco A - CEP: 70602-900
Tel.: 3346-7257

1ª via - FARMÁCIA
2ª via - PACIENTE

Logo CBMDF:
1,0 x 1,5 cm

Cabeçalho CBMDF:
Fonte Palatino Linotype - 8 pt

DEMAIS TEXTOS:
Fonte Palatino Linotype - 9 pt

PACIENTE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

Brasília-DF _____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Farmacêutico

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

UF	NUMERO
DF	01-468121

B2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF
CNPJ: 08.977.914/0001-19
SAIS - AE N°03 - Bloco B - Brasília-DF - CEP:70610-200

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

_____ de _____ de _____

Paciente _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade N° _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
_____/_____/_____ Nome do Vendedor
_____/_____/_____ Data

DESCRIÇÃO TÉCNICA: TALÃO DE RECEITUÁRIO ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (1ª VIA)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS
(Verificar Termo de Conhecimento)

UF	NÚMERO
DF	01- 070901

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF
CNPJ: 08.977.914/0001-19
SAIS AE 03 - Bloco A - CEP: 70.610-200 - Brasília - DF

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	 GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
Nome	
<input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acitretina	
Posologia	

Paciente: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Prescrição: Inicial Subsequente
Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____ / _____ / _____

Cassanelli Gráfica e Ed. Ltda ME - Qd. 01 Conj. A - Lote 40 - ADE - Ceilândia - CNPJ: 00.913.385/0001-88
CF/DF: 07.372.729/001-61 - Numeração 01.070.651 a 01.071.650 - Autorização N° 1542/16 - Data: 17/03/2016

DESCRIÇÃO TÉCNICA: TALÃO DE RECEITUÁRIO ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (2º VIA)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento)	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	 GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
	POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF CNPJ: 08.977.914/0001-19 SAIS AE 03 - Bloco A - CEP: 70.610-200 - Brasília - DF			
UF: DF NÚMERO: 01-070901	Paciente: _____		Nome: _____	
_____ de _____ de _____	Idade: _____ Sexo: _____		<input type="checkbox"/> Isotretinoína	
Assinatura do Emitente _____	Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tretinoína	
	Endereço: _____		<input type="checkbox"/> Acitretina	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Nome: _____		Nome: _____ / _____ / _____		
Endereço: _____		(2 VIAS) 1ª Via Farmácia 2ª Via Médico 01.070.651 a 01.071.650		
Telefone: _____				
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____				

Cassanelli Gráfica e Ed. Ltda ME - Qd. 01 Conj. A - Lote 40 - ADE - Ceilândia - CNPJ: 00.913.385/0001-88
CF/DF: 07.372.729/001-61 - Numeração 01.070.651 a 01.071.650 - Autorização Nº 1542/16 - Data: 17/03/2016

Descrição técnica: ATESTADO ODONTOLÓGICO

Folha A5 (15X21 CM)

Cabeçalho CBMDF :

Fonte ARIAL NORMAL - 12 pt

Logo CBMDF:

2,5 x 2,5 cm



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA**

ATESTADO ODONTOLÓGICO

(Regulamentado pelas Leis nº5.081 de 24/08/1966 e 6.215 de 30/06/75)

TEXTO GERAL:

Fonte ARIAL

NORMAL - 14 pt

Atesto para fins de _____,
que _____,
portador do RG nº _____, Siape nº _____,
esteve sob tratamento odontológico nesta Policlínica, no
período das _____ às _____ horas do dia
____/____/____, devendo:

() retornar às atividades normais

() permanecer em repouso por _____ (____) dias

C.I.D: _____

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

autorização do paciente
ou representante legal

carimbo e assinatura do CD

"BRASÍLIA - PATRIMÔNIO DA HUMANIDADE"

Policlínica Odontológica do CBMDF - SAIS AE nº 3 - Bloco A Complexo da ABMIL - CEP: 70602 -600 - Brasília - DF
Fones: (61) 3901-3582 - policlinica.odonto@cbm.df.gov.br



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO DE ASSISTÊNCIA BOMBEIRO MILITAR**

DISPENSA DO SERVIÇO POR PRESCRIÇÃO PSICOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Matrícula: _____

Posto/Graduação: _____

QOBM/QBMG: _____ OBM: _____

LIBERAÇÃO

(S) (N) Escala de socorro (S) (N) Educação Física (S) (N) Atividade de Motorista
(S) (N) Expediente Administrativo (S) (N) Treinamento Profissional (S) (N) Atividades de Mergulho
(S) (N) Serviço Interno (S) (N) Formaturas

DISPENSA

DISPENSA PSICOLÓGICA TOTAL: () SIM () NÃO _____ dias a contar de ____/____/____.

Brasília-DF, ____ de ____ de ____.

Assinatura /carimbo



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO DE ASSISTÊNCIA BOMBEIRO MILITAR**

NOME: _____

Brasília-DF, ___/___/___

Assinatura/Carimbo



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO DE ASSISTÊNCIA BOMBEIRO MILITAR**

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO - SASMO

Declaro que _____,
matrícula nº _____, posto/graduação _____, compareceu ao
Centro de Assistência Bombeiro Militar para _____,
dia ____ de _____ de _____, chegando às _____ e retirando-se às _____.

Assinatura/Carimbo

SAIS nº 04 - lote 05 - CEP 70.602-900 - Brasília - DF
Telefones: (061) 3901-3630



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
 DIRETORIA DE SAÚDE
 POLICLÍNICA
 ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
 DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ IDADE: _____ DATA: _____ HORA: _____
 PRONTUÁRIO: _____
 EXAME: () ENDOSCOPIA () COLONOSCOPIA N° APARELHO: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

MEDICAÇÃO	HORÁRIO/CHECAGEM

ASS MÉDICA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

EQUIPE:

PACIENTE EM JEJUM: NÃO () SIM () HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

PUNÇÃO VENOSA: () MSE () MSD PUNÇIONADO NA ENFERMARIA ()

PACIENTE FOI SEDADO: NÃO () SIM () USO DE O2: _____

SINAIS VITAIS			
HORA	PA	FC	SPO2
INICIO DO EXAME			
FIM DO EXAME			

*INTERCORRÊNCIAS: NÃO () SIM () DESCREVA

ASSINATURA TEC. ENF.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA MÉDICA
CENTRO CIRÚRGICO / CME

FORMULÁRIO DO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO	
Nome do Paciente:	
Militar () Dependente ()	SIAPE:
Data do procedimento: ____/____/____	Cirurgia Prevista:
ANAMNESE PRÉ-OPERATÓRIA	
Doenças prévias: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Outras:	
Medicamentos em uso:	
Alergias: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IODO <input type="checkbox"/> Medicamentos - Quais:	
Hora: ____:____ PA: _____ mmHg FC: ____ bpm Temp.: ____°C Peso: ____ Kg	
Paciente confirmado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Jejum VO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
Tricotomia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	Esmalte removido: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
Exames conferidos e completos: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Prontuário conferido: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Próteses/adornos retirados: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
Lateralidade marcada pelo médico: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
Esvaziamento intestinal realizado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
Esvaziamento vesical realizado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
INTRA-OPERATÓRIO	
Conferência da SO realizada (incluindo limpeza): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Posicionamento Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lateral direito <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral esquerdo <input type="checkbox"/> Semi fowler <input type="checkbox"/> Litotômica <input type="checkbox"/> Depage	
Dispositivos Utilizados: Cateter de O2: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Oxímetro: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Eletrodos: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Coxins: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CVP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Placa neutra: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Antissepsia: <input type="checkbox"/> PVPI alcoólico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcoólica <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de anestesia: <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raquimedular <input type="checkbox"/> Outra:	
Contagem de materiais, agulhas e compressas confere? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Chegada na sala: ____:____	Início da anestesia: ____:____ Incisão cirúrgica: ____:____



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE **POLICLÍNICA**

PRESCRIÇÃO DE LENTES

DIREÇÃO DO EIXO



		Esférico	Cilíndrico	Eixo	D.P.
Para Longe	O.D.				m m.
	O.E.				
Para Perto	O.D.				m m.
	O.E.				

Observações: _____

Data ____ / ____ / ____

_____ Médico

É conveniente trazer os óculos para conferir

ANAMNESE ALIMENTAR 1º CONSULTA

Nome do paciente:

Data da consulta:

O que você costuma comer ao longo do dia? Relate os horários e as refeições mais habituais/frequentes de um dia normal seu, **BEM COMO CADA ALIMENTO E SUAS QUANTIDADES. INCLUINDO BEBIDAS COMO SUCOS, CHÁ E CAFÉ.**

Exemplo:

1º Refeição: _____ **Horário :** _____ **h**

1 Pão Frances
c/manteiga

1 fatia de Queijo e
Presunto

1 xícara pequena de café com
açúcar

AGORA VOCÊ!!

1º Refeição: _____ **Horário :** _____ **h**

2º Refeição: _____ **Horário :** _____ **h**

3º Refeição: _____ **Horário :** _____ **h**

4ª Refeição: _____ **Horário:** _____ h

5ª Refeição: _____ **Horário:** _____ h

6ª Refeição: _____ **Horário:** _____ h

7ª Refeição: _____ **Horário:** _____ h

Observações que achar importante:



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA**



Questionário para realização de vídeo Colonoscopia

Data do exame: ___/___/___ idade: ___ sexo: ___ DN: ___/___/___
 Paciente _____
 Médico solicitante: _____
 Motivo par realização do exame: _____
 É portador de alguma doença? Qual? _____
 Tem alergia a algum medicamento, substância ou alimento? _____
 Anotar medicações que fez nos últimos dez dias: _____
 Já fez Colonoscopia? Quando? _____
 Já fez cirurgia? Qual? _____
 Já apresentou problemas com anestesia ou sedativos? Qual? _____
 Precisa de atestado médico? ()sim ()não
 Seu acompanhante precisa de atestado de comparecimento? ()sim ()não
 Existe algo mais que não esteja neste questionário e que queira relatar? _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

O objetivo deste formulário de consentimento informado é o de cumprir com nossa obrigação ética de informar o paciente e familiares, principais aspectos relacionados com os procedimentos, medicamentos, exames e cirurgias que irá realizar, complementando a informação prestada pelo seu médico e por nossa equipe, além de obter sua autorização para realização do mesmo. Nosso intuito é que este material também sirva de suporte às eventuais dúvidas e facilite a sua compreensão, decisão e confiança no procedimento.

O paciente desde já autoriza a realização do exame de Vídeo Colonoscopia, conforme solicitação médica.

Recebi informações sobre o exame, suas indicações e riscos. Autorizo a realização do mesmo e outros procedimentos diferentes necessários e /ou imprevistos.

Recebi orientações sobre a importância de estar acompanhado por um adulto, devido à administração de sedativos por via endovenosa, não podendo dirigir, nem realizar tarefas que necessitem atenção, como operar máquinas e objetos cortantes nas próximas 12 (doze) horas seguintes ao exame.

ACOMPANHANTE: _____

ASS. PACIENTE

MODELO FICHA ONOSMÁTICA

FRENTE



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO

Matrícula

Registro Geral

Sobrenome

Nome _____ Filho de _____

_____ e de _____

Nascido a _____ de _____ de _____ Naturalidade _____

Doc. de Origem _____

CPF: _____ PIS/PASEP _____

CARACTERES CROMÁTICOS, ETC.

Alt. _____ Cútis _____ Cabelos _____

Barba _____ Bigode _____ Olhos _____ TS: _____

Mão Direita _____

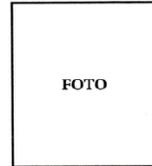
Mão Esquerda _____

Cabeça _____

Incluído em: _____

Excluído em: _____

Posto, Grad. ou Categ.: _____



Identificador _____ FD _____ 1- _____
2- _____
3- _____

Ass. do Identificado

_____ de _____ de _____

Chefe

Dactiloscopista

de

de

VERSO

ALTERAÇÕES

PD	.....	Me
PI	.....	Ae
PW	.....	Me
AD	.....	le
MD	Endereço:	Pe
	Telefone:	
	E-Mail:	
	Assinatura do titular:	

