



ORIENTAÇÕES PARA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DO HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO





ANTES DA CAMPANHA...





Antes da campanha...

- Fica de responsabilidade do município o preenchimento das fichas de atendimento com a fotocópia dos documentos pessoais (RG, CPF e comprovante de residência e Cartão SUS - OBRIGATÓRIO) anexados a estas;
- As fichas de atendimento deverão ser separadas por especialidades, onde irá constar o número do cartão SUS e assinatura do paciente (caso o formulário solicite), senão os dados incluindo cartão sus;



Antes da campanha...

- A ordem de atendimento deverá ser a mesma do momento da inscrição, ou seja, as fichas deverão ser identificadas com o número de inscrição (pode ser a lápis) e deixadas nesta ordem, entretanto, não é necessário distribuir senhas neste momento;
- O número de inscritos **NÃO** poderá ultrapassar o número de pacientes que foi estipulado para cada especialidade, garantindo assim a qualidade de atendimento realizado pela equipe.



Antes da campanha...

- O número de atendimentos deverá ser dividido por períodos matutino e vespertino, e os pacientes já orientados e cientes em qual período serão atendidos, evitando que fiquem aguardando por muitas horas.
- É de responsabilidade do município as despesas com hospedagem e alimentação durante a permanência da equipe na cidade.
- A hospedagem deve ser feita em um mesmo hotel para toda a equipe.
- É de responsabilidade do município o lanche que será servido aos pacientes de PSA, após a coleta do sangue;



Critérios para a Triagem de pacientes por especialidades





Triagem de pacientes por especialidades

UROLOGIA

- Serão atendidos homens com idade de 50 anos ou mais que não tiverem caso de câncer de próstata na família e homens com 45 anos ou mais que possuem casos de câncer de próstata na família;
- **Não** serão atendidas pessoas do sexo feminino e/ou pacientes com problemas renais.
- O paciente deverá estar em **jejum de 04 horas** para coleta do exame de PSA.
- Deverá estar em abstinência sexual por 03 dias





Triagem de pacientes por especialidades

- 3 dias que antecedem o exame o paciente **não** poderá: andar de bicicleta, à cavalo e evitar esforço físico;
- Os pacientes que serão atendidos **pela manhã** deverão jantar no dia anterior e não tomar café da manhã;
- É de extrema importância repassar essas informações aos pacientes, a fim de evitar o jejum prolongado e possíveis intercorrências;



Triagem de pacientes por especialidades

- Nos atendimentos realizado durante a semana, ficam estipulados 90 pacientes no período matutino;
- Se o atendimento for ao sábado ou domingo fica estipulado 90 pacientes às 08:00 horas da manhã (no sábado ou domingo não deverá ser agendado pacientes para o período vespertino).



Triagem de pacientes por especialidades

Preencher com o nome da Mãe, Rg e Cartão Sus
E assinatura do Paciente;

Anexar copia comprovante de residência, RG, CPF
e cartão sus

Sistema Único de Saúde GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
Nome: NÃO Preencher Município: Distrito:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: Data de Nascimento: Sexo: Masc. Fem.
CPF: Endereço: Rg.
Nome: CEP: Cidade: Titulo:
Fone: Assinatura do Paciente: Data da Assinatura:

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTISE DIAGNÓSTICA

DA SOLICITAÇÃO
Exame Solicitado:
 Raio X Tipo: USG Tipo: Resonância Magnética Tipo:
 Tomografia Tipo:
 Cintilografia Tipo:
 Colonoscopia Endoscopia Retossigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG
 Litotripsia Mamografia Teste Ergométrico MAPA Holter
 Outros Específicos: Teste do Pezinho
 Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: Teste do Pezinho

Assinatura e Carimbo do Médico: Data da Assinatura:

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS
Assinatura e Carimbo do Autorizador: Data da Assinatura: Sessão da Central de Vagas:

DA UNIDADE PRESTADORA
Nome da Unidade Prestadora: Data e Horário da Realização do Exame:
Assinatura e Carimbo do Prestador:

hospital de câncer Avenida Historiador Rubens de Mendonça, N° 5500 Morada da Serra - Cep.: 78.055-500 - Cuiabá - MT Fone/Fax: (65) 3028-7575

DADOS DO PACIENTE
Data Emissão: / /

Nome:		
Nascimento	Idade	Sexo
CPF	RG	Emissão RG
Fone		Profissão
Estado Civil	Conjuge	
Pai	Mãe	
Escolaridade	Naturalidade	Nacionalidade
Religião	Pele	
Endereço		Bairro
Cidade	Estado	Cep

OUTROS DADOS
Convênio:

ANAMNESE

EXAMES CLÍNICOS



Triagem de pacientes por especialidades

Preencher somente para os Homens; Principal: Colocar o numero do **cartão sus** e assinatura do paciente;
Preencher todos os campos de rosa;

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB		FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAIS		NÚMERO	
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE				Município		Distrito	
Nome				NÃO Preencher			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				Número do cartão SUS			
Nome				Data de Nascimento		Idade	
Sexo				Endereço			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino							
RG				CPF		Título	
Data				Assinatura do Paciente		Data da Assinatura	
						/ /	
EXAMES SOLICITADOS							
Descrição		Código		Descrição		Código	
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante				Data da Assinatura			
				/ /			
DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS							
Assinatura e Carimbo do Autorizador				Data da Assinatura		Senha da Central	
				/ /			
DA UNIDADE PRESTADORA							
Nome da Unidade Prestadora				Data e Horário da Realização do Exame			
Assinatura e Carimbo do Prestador				Horas		Min	
H. C. MT - MOD 02							



CIRURGIÃO ONCOLÓGICO – PELE

- Serão atendidos pacientes que possuem feridas na pele que **não cicatrizam**, que coçam ou ardem durante exposição solar;
- Pessoas com pele muito clara ou com histórico de câncer na família, que tenham lesões na pele;
- Pessoas que sofrem grande exposição solar, como os trabalhadores rurais, carpinteiros, garis, que tenham lesões na pele, etc;





Triagem de pacientes por especialidades


- **NÃO** serão atendidos pacientes com doenças dermatológicas;
- Caso o atendimento seja realizado durante a semana, ficam estipulados 45 atendimentos no período matutino e 45 no período vespertino, mas se o atendimento for ao sábado ou domingo fica estipulado 45 pacientes às 08:00 horas da manhã e 45 pacientes às 10:00 horas da manhã (no sábado ou domingo não deverá ser agendado pacientes para o período vespertino).





Triagem de pacientes por especialidades

Preencher todos os campos “Dados do paciente “ e anexar cópia do RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência;

 Avenida Historiador Rubens de Mendonça, N° 5500
Morada da Serra - Cep.: 78.055-500 - Cuiabá - MT
Fone/Fax: (65) 3028-7575

hospital de câncer
mato grosso

DADOS DO PACIENTE		
Nome:		Data Emissão: / /
Nascimento	Idade	Sexo
CPF	RG	Emissão RG
Fone		Profissão
Estado Civil	Conjuge	
Pai	Mãe	
Escolaridade	Naturalidade	Nacionalidade
Religião	Pele	
Endereço		Bairro
Cidade	Estado	Cep

OUTROS DADOS

Convênio:

ANAMNESE

EXAMES CLÍNICOS



Triagem de pacientes por especialidades

Preencher todos os campos de laranja, e não esquecer o nome da Mae, Rg e Cartão Sus e cartão sus / assinatura do Paciente;

Sistema Único de Saúde GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
Nome: NÃO Preencher Município: Distrito:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE *numero do cartão sus*
Nome: Data de Nascimento: Sexo: Masc. Fem. CPF: Endereço: Bateria: CEP: Cidade: País: Assinatura do Paciente: Data da Assinatura:

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTISE DIAGNÓSTICA

DA SOLICITAÇÃO
Exame Solicitado:
 Raio X Tipo: USG Tipo: Tomografia Tipo: Ressonância Magnética Tipo:
 Cintilografia Tipo: Colonoscopia Endoscopia Retosigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG
 Litotripsia Mamografia Teste Ergométrico MAPA Holter
 Outros Específicos: Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: Teste do Pesinho

Assinatura e Carimbo do Médico: Data da Assinatura:

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS
Assinatura e Carimbo do Autorizador: Data da Assinatura: Senha da Central de Vagas:

DA UNIDADE PRESTADORA
Nome da Unidade Prestadora: Data e Horário da Realização do Exame:
Assinatura e Carimbo do Prestador:

NÃO Preencher



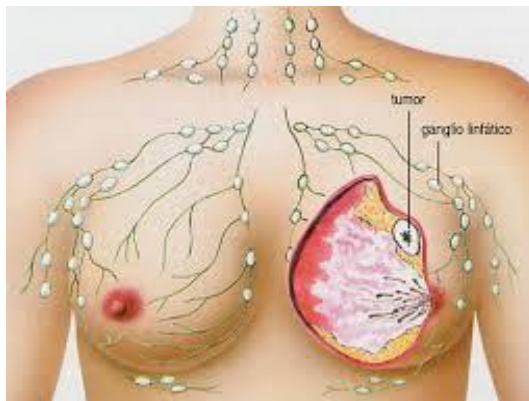
CIRURGIÃO ONCOLÓGICO – MAMA

- Serão atendidas mulheres acima de 45 anos com nódulos palpáveis;
- Mulheres abaixo de 45 anos que possuem casos de câncer na família;
- As mulheres que já possuem mamografia devem ser orientadas a levar o resultado do exame no dia da consulta.



Triagem de pacientes por especialidades

- Nos atendimentos realizados **durante a semana**, ficam estipulados **50 pacientes no período vespertino**, mas se o atendimento for ao sábado ou domingo fica estipulado 50 pacientes às 8:00 hs da manhã.





Triagem de pacientes por especialidades

Preencher todos os campos de laranja, não esquecer o nome da Mãe, Rg e Cartão Sus e cartão sus/ assinatura do Paciente;

Sistema Único de Saúde GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
Nome: NÃO Preencher Município: Distrito:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Número do Cartão SUS
Nome: Data de Nascimento - Idade:
Sexo: CPF: Endereço:
Mãe: Masc. Fem. Cidade: Tipo:
Baixo: CEP: Cidade:
Pai: Assinatura do Paciente Data da Assinatura:

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTISE DIAGNÓSTICA

DA SOLICITAÇÃO
Exame Solicitado:
 Raio X Tipo: USG Tipo:
 Tomografia Tipo: Ressonância Magnética Tipo:
 Cintilografia Tipo:
 Colonoscopia Endoscopia Retosigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG
 Litotripsia Mamografia Teste Ergométrico MAPA Holter
 Outras Específicas: Teste do Pezinho
 Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: Teste do Pezinho

Assinatura e Carimbo do Médico Data da Assinatura

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS
Assinatura e Carimbo do Autorizador Data da Assinatura Senha da Central de Vagas

DA UNIDADE PRESTADORA
Nome da Unidade Prestadora Data e Horário da Realização do Exame
Assinatura e Carimbo do Prestador

NÃO Preencher



Triagem de pacientes por especialidades

BUCO MAXILO



- Serão atendidos pacientes que possuem lesão em boca que **não** cicatrizam.
- Pacientes fumantes ou ex-fumantes.
- Pacientes que fazem ou fizeram uso de bebida alcoólica por tempo prolongado ou diariamente;



Triagem de pacientes por especialidades

- O atendimento de buco-maxilo não é para tratamento dentário e sim para diagnóstico de câncer bucal.
- Nos atendimentos realizados durante a semana, ficam estipulados 45 atendimentos no período matutino e 45 no período vespertino, mas se o atendimento for ao sábado ou domingo fica estipulado 45 pacientes às 08:00 horas da manhã e 45 pacientes às 10:00 horas da manhã.



Triagem de pacientes por especialidades

“Preencher todos os campos de laranja,
numero do Cartão SUS, assinatura do paciente
Nome da mãe e numero do RG;

Preencher todos os campos “Dados do paciente
e cartão sus/ anexar copia do RG,
comprovante de residência;

Sistema Único de Saúde
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
Nome: NÃO Preencher Município: Distrito:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (campos em laranja)
Nome: _____ Data de Nascimento - Idade: _____
Sexo: _____ CPF: _____ Endereço: _____
Masc. Fem. _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Mãe: _____ Assinatura do Paciente: _____ Data da Assinatura: _____

EXAMES ANTERIORES REALIZADOS

HIPÓTISE DIAGNÓSTICA

DA SOLICITAÇÃO
Exame Solicitado:
 Raio X Tipo: _____ USG Tipo: _____
 Tomografia Tipo: _____ Resonância Magnética Tipo: _____
 Cintilografia Tipo: _____
 Colonoscopia Endoscopia Retossigmoidoscopia Ecocardiograma Densitometria ECG
 Litotripsia Manografia Teste Ergométrico MAPA Holter
 Outros Específicos: _____
 Patologia Clínica Marcadores Tumorais Tipo: _____ Teste do Pezinho

Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data da Assinatura _____

DA AUTORIZAÇÃO DA CENTRAL DE VAGAS
Assinatura e Carimbo do Autorizador _____ Data da Assinatura _____ Senha da Central de Vagas _____

DA UNIDADE PRESTADORA
Nome da Unidade Prestadora _____ Data e Horário da Realização do Exame _____
Assinatura e Carimbo do Prestador _____

hospital de câncer **mato grosso**
Avenida Historiador Rubens de Mendonça, N° 5500
Morada da Serra - Cep.: 78.055-500 - Cuiabá - MT
Fone/Fax: (65) 3028-7575

DADOS DO PACIENTE
Data Emissão: / /

Nome:		
Nascimento	Idade	Sexo
CPF	RG	Emissão RG
Fone		Profissão
Estado Civil	Conjuge	
Pai	Mãe	
Escolaridade	Naturalidade	Nacionalidade
Religião	Pele	
Endereço		Bairro
Cidade	Estado	Cep

OUTROS DADOS
Convênio:

ANAMNESE

EXAMES CLÍNICOS



Triagem de pacientes por especialidades

COLETA DE PAPANICOLAOU (CCO)

- Serão atendidas mulheres que iniciaram vida sexual;
- Mulheres que fizeram o exame há mais de 06 meses;
- Mulheres que tenham casos de câncer na família;
- As mulheres devem ser orientadas a não ter relação sexual ou fazer uso de creme vaginal **72** horas antes do exame;



Triagem de pacientes por especialidades

- Devem ser orientadas a realizar o exame **07 dias após o fim da menstruação**;
- As mulheres devem ser orientadas a irem de saia ou vestido;
- Nos atendimentos realizados durante a semana, ficam estipulados 45 atendimentos no período matutino e 45 no período vespertino, mas se o atendimento for ao sábado ou domingo fica estipulado 45 pacientes às 08:00 horas da manhã e 45 pacientes às 10:00 horas da manhã



Triagem de pacientes por especialidades

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPIATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO
Min. Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF: _____ Estado: _____ Município: _____
Unidade de Saúde: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
Profissão: _____
Educação: _____
Estado Civil: _____
Religião: _____
Data de Solicitação: _____
Data de Entrega: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mãe: _____
Nome Completo do Pai: _____
Apelido da Mãe: _____
Apelido do Pai: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____
Religião: _____
Data de Solicitação: _____
Data de Entrega: _____

DIAGNÓSTICO

1. Faz ou sempre fez gravidez (Pré-gravidez) alguma vez?
 Sim, Quando faz o último exame? _____
 Não

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Usa pílula? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / injeção para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe

6. Se fez cesárea por cesariana? Sim Não Não sabe

7. Data de última menstruação / sangramento: _____
 Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento anormal recente? (não menstrual ou prurido vaginal anormal) Sim Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não menstrual ou prurido vaginal anormal) Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não sabe se sangrou

EXAME CLÍNICO

10. Sinal de HPV: Normal Anormal (presença de lesões de alto grau) Não sabe

11. Sinal de HPV: Sim Não

Data de coleta: _____ Colégio: _____

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CPF do Laboratório: _____ Nome do Exame: _____
Nome do Laboratório: _____ Endereço em: _____

RESULTADO DO EXAME CITOPIATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVANÇO PRE-ANALÍTICO

ANEXOS SUTURADOS:

- Nenhum ou erro no preenchimento da ficha, favor corrigir.
- Caixa fechada incorretamente.
- Caixa aberta incorretamente, especificar: _____
- Outros erros, especificar: _____

EPÍTIOS REPERCUSSIVOS NA AMOSTRA:

- Escasso
- Clássico
- Abundante

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- SEMTE DOS LIMITES DE RECONHECIMENTO DO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES INDICADAS ABAIXO DO REPERTÓRIO
- Infecção
- Metaplasia escamosa lateral
- Espargido
- Análise com infecção
- Redução
- Outros, especificar: _____

INFORMAÇÕES DE DETALHE

- Laminar/fragor
- Coes
- Superfície do citoplasma
- Abundância gr
- Clivagem gr
- Intolerância aguda
- Células atípicas com núcleo em vínculo de grupo (agrup)
- Baixa expressão de citocéramina (superfície do citoplasma do citoplasma)
- Outros locais
- Outros, especificar: _____

CELULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escasso: Presença de células atípicas de alto grau
 Não se pode afirmar base de alto grau

Clássico: Presença de células atípicas de alto grau
 Não se pode afirmar base de alto grau

De origem indefinida: Presença de células atípicas de alto grau
 Não se pode afirmar base de alto grau

ATÍPICAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo lesões displásicas leves e HPV) ou lesão intra-epitelial de alto grau
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo lesões displásicas intra-epiteliais graves e II)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo definir nível de lesão
- Carcinoma epitelial de invasão

ATÍPICAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Seroso Endocervical Não sabe especificar

OUTRAS NEOPLASIAS BÉNIGNAS: _____
 PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS, PAPILOMOSITOSE DE CÉLULAS DE ALTA GRAD, PAPILOMOSITOSE DE CÉLULAS DE BAIXO GRAD, PAPILOMOSITOSE DE CÉLULAS DE BAIXO GRAD

Observações: _____
Data de Solicitação: _____ Responsável pelo resultado: _____
CPF (CPF): _____

Preencher todos os dados, duas vias (uma carbonada) e anexá-la a ficha de atendimento do hospital.



ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA





ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA

- As SENHAS por ESPECIALIDADE deverão ser distribuídas **no dia da campanha**, seguindo a ordem das fichas de inscrição e retirando as fichas dos faltosos. Esta medida serve para evitar que os pacientes cheguem muito cedo e façam filas nas frentes dos consultórios;
- Devem ser providenciadas cadeiras ao lado dos consultórios para acomodar os pacientes sentados e também fora da unidade para que possam esperar o atendimento.



As salas deverão ser distribuídas por especialidades da seguinte forma:

- 01 sala para Urologia
- 01 sala para Mama (caso não tenha, direcionar para o mesmo consultório da urologia);
- 01 sala para PSA (coleta de sangue)
- 01 consultório odontológico para Buco-maxilo
- 01 sala para Pele
- 01 sala para coleta de CCO (Preventivo)
- 01 sala para Serviço Social e Estatística
- 01 sala p/ apoio (guarda de materiais/imprensa)



ATENDIMENTO DE UROLOGIA

- As salas da **urologia e PSA** devem ficar **próximas** devido ao fluxo dos pacientes;
- Precisaremos de um auxiliar **HOMEM** para ficar na porta da sala do Urologista;
- A sala deve ter uma maca, uma mesa com duas cadeiras e uma pia.



COLETA DE SANGUE – PSA

- Precisaremos de duas pessoas que saibam coletar sangue para auxiliar na sala de coleta de sangue (PSA);
- Precisaremos de uma pessoa para ficar na sala da coleta de sangue para identificar o tubo;
- A sala para coleta de sangue deverá ter uma pia, duas cadeiras com apoio para braço, duas mesas, duas cadeiras normais;
- Não esquecer do lanche que será servido após a coleta do PSA para o período da manhã;



ATENDIMENTO MAMA E PELE

- Precisaremos de uma profissional do sexo feminino para auxiliar o médico da MAMA;
- A sala da MAMA deve ser maior com duas macas e um biombo entre elas, uma mesa, duas cadeiras e uma pia;
- O paciente de PELE não poderá entrar com acompanhante somente nos casos de real necessidade, pois os acompanhantes estão realizando consulta sem ter passado na triagem, sem ficha, prejudicando no momento da estatística;



ATENDIMENTO CCO

- Precisaremos de técnica de enfermagem para auxiliar na coleta dos CCO e outra pessoa para auxiliar no atendimento;
- A sala de CCO deverá ter uma mesa, duas cadeiras e uma mesa ginecológica.



- Para o atendimento do (Bucomaxilofacial) é necessário consultório odontológico no mesmo local que será realizado os outros atendimentos, ou sala bem iluminada com maca;



SALA DE APOIO, SERVIÇO SOCIAL E ESTATÍSTICA

- A sala de Serviço social e estatística deve ficar próxima aos consultórios, para evitar que os pacientes se percam, pois **OS PACIENTES QUE TENHAM ALGUM TIPO DE ENCAMINHAMENTO OU DUVIDA DEVERÃO PASSAR PELO SERVIÇO SOCIAL APÓS O ATENDIMENTO;**
- A sala de Serviço social e estatística deve ter duas mesas, seis cadeiras e tomadas para ligarmos notebooks, e precisamos de uma impressora no local da campanha;
- A sala de apoio, deve ser separado, e conter uma mesa duas cadeiras;



OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

- Os materiais que forem solicitados pelo hospital **não** precisam ser distribuídos, nós organizamos as salas no dia da campanha. **Por favor deixar todo o material na sala de apoio;**
- Precisaremos de uma pessoa para ficar na porta de cada consultório para orientar os pacientes e auxiliar o médico;



ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA

- Todas as salas, se possível, deverão ter ar condicionado, caso não seja possível, precisaremos que pelo menos haja nos consultórios médicos, odontológicos e na sala de coleta de sangue (PSA);
- Nas salas em que foram solicitadas pia, necessitamos de sabonete neutro e papel toalha.
- É necessário que tenha garrafa de 500 ml de água mineral gelada, para o uso da equipe.



ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA

Alimentação:

Janta (dia anterior a campanha) e **Almoço** no dia da campanha;

Equipe :

- Carolina Garcia (Coordenadora da Campanha);
- Elenice Mansur (Coordenadora de Leilão);
- Dr. Carlos Evaristo Metello (Medico Urologia/Mama);
- Dra. Giovanna Costa (Medica Pele);
- Dr. Lucas Antônio (Buco-Maxilo);
- Alvina Lopes (Assistente Social);
- Helena Oliveira “Fofinha” (Coleta CCO);
- Enfermeira (Coleta PSA, apoio Mama e Urologia);
- (1º Motorista, Apoio e Vendas de artigos do Hcan: camisetas, livros, e demais materiais de campanhas.



ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA

Hospedagem:

1 diária (chegaremos a noite e sairemos no dia seguinte após o descanso do almoço (13:45hs), nos municípios que faremos o dia todo;

Divisão de Quartos:

- 4 Quartos individuais;
- 3 Quartos Duplos:



ORGANIZAÇÃO NO DIA DA CAMPANHA

Vale ressaltar que qualquer dúvida ou dificuldade encontrada pelo município quanto à organização da campanha, estou à inteira disposição para esclarecimentos, entrar em contato com Carolina Garcia (**Coordenadora**) **pelo telefone (65) 3648-7552 - 8141-7771 (vivo) e WatsApp**



Lista de materiais a serem comprados

MATERIAIS	QUANTIDADE
LUVA DE PROCEDIMENTO P	02 CAIXAS
LUVA DE PROCEDIMENTO M	04 CAIXAS
LUVA DE PROCEDIMENTO G	02 CAIXAS
GAZE ESTÉRIL	20 UNIDADES
ESCOVA P/ CITOLOGIA ESFOLIATIVA (PACOTE)	04 PACOTES
LÂMINA ESMERILHADA (CAIXA)	04 CAIXAS
FIXADOR CELULAR (FRASCO)	02 FRASCOS
LIDOCAÍNA 2% SPRAY	02 FRASCOS
PAPEL TOALHA	04 ROLOS
ESPÁTULA DE MADEIRA (PACOTE)	02 PACOTES



Lista de materiais a serem comprados

ESPÁTULA DE AYRES (PACOTE)	02 PACOTES
VASELINA SÓLIDA (POTE)	01 POTE
LENÇOL DESCARTÁVEL (ROLO)	05 ROLOS
ESPECULO VAGINAL DESCARTÁVEL M	90 UNIDADES
ESPECULO VAGINAL DESCARTÁVEL G	10 UNIDADES
FRASCOS PARA ARMAZENAR LÂMINA ESMERILHADA	100 UNIDADES
TUBO DE VÁCUO PARA SANGUE COM GEL	150 TUBOS
AGULHA PARA FRASCO A VÁCUO N° 25X7	150 AGULHAS
BLOOD STOP	01 ROLO
ÁLCOOL 70% (LITRO)	01 FRASCO
PAPEL A4	Para impressão da Estatística



ATENÇÃO!

Precisamos também de uma centrifuga emprestada para ser usada no dia da campanha.





Calendário de Campanha para 2015

DIA	MÊS	CIDADE
29	Janeiro	Nova Lacerda
30	Janeiro	Conquista D'Oeste
31	Janeiro	São Jose dos Quatro Marcos
24	Fevereiro	Planalto da Serra
25	Fevereiro	Nova Brasilândia
26	Fevereiro	Campo Verde
27	Fevereiro	Juscimeira
28	Fevereiro	Dom Aquino
05	Março	Alto Taquari
06	Março	Alto Araguaia
07	Março	Jaciara
14	Abril	São Domingos
15	Abril	Jauru
16	Abril	Figueiropolis



Calendário de Campanha para 2015

DIA	MÊS	CIDADE
17	Abril	Pedro Neca
18	Abril	Porto Esperidião
19	Abril	Gloria D'Oeste
30	Junho	Comodoro
01	Julho	Campos de Júlio
02	Julho	Sapezal
03	Julho	Vila Bela Santíssima Trindade
04	Julho	Pontes e Lacerda
05	Julho	Cáceres
29	Julho	Paranaíta/Apíacas
30	Julho	Alta Floresta/Nova Bandeirante
31	Julho	Carlinda/Nova Monte Verde
01	Agosto	Nova Canaã
02	Agosto	Colíder



Calendário de Campanha para 2015

DIA	MÊS	CIDADE
24	Setembro	Juruena
25	Setembro	Juína
26	Setembro	Brasnorte
29	Outubro	Claudia
30	Outubro	Sinop
31	Outubro	Sorriso
26	Novembro	Castelo/Cachoeira/PA
27	Novembro	Guarantã do Norte/Novo Mundo
28	Novembro	Matupá/Peixoto Azevedo/Terra Nova Norte
03	Dezembro	Canarana
04	Dezembro	Agua Boa
05	Dezembro	Nova Xavantina



Obrigada !