ORIENTAÇÕES

1) Compareça nas datas de retorno trazendo este cartão;

2) O Câncer do colo do útero e da mama são curáveis, desde que diagnosticados no início;

3) Se houver necessidade de retorno antes da data marcada procurar a enfermeira responsável do seu posto;

Este cartão é individual, sendo de grande valor para as consultas de controle e tratamento.

Traga-o Sempre

RETORNOS

DATA	HORÁRIO	PROFISSIONAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTALVÂNIA
ESTADO DE MINAS GERAIS
Administração: Novo Tempo

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTÃO DA MULHER

PSF _____

ACS _____

Data Nascimento: _____ GS: _____ Rh: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Nº de Prontuário: _____

Médico Responsável: _____

Enfermeira: _____

04590-13

VACINAS

ATT: 1ª dose:___/___/___ 2ª dose___/___/___ 3ª dose___/___/___
Reforço: ___/___/___ ___/___/___

Rubéola: ___/___/___

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

- ☐ A.C.O. __________ Início: __________
- ☐ D.I.U. __________ Início: __________
- ☐ CONDOM __________ Início: __________
- ☐ DIAFRAGMA: __________ Início: __________
- ☐ ESPERMICIDA: __________ Início: __________
- ☐ INJETÁVEL: __________ Início: __________
- ☐ STB: __________ Início: __________
- ☐ TABELA: __________ Início: __________
- ☐ OUTROS: __________ Início: __________

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

☐ CLIMATÉRIO TRH Início: __________
Medicamentos: __________

☐ CARDIOPATIA Início: __________
Medicamentos: __________

☐ HIPERTENSÃO Início: __________
Medicamentos: __________

☐ DIABETES MELLITUS Início: __________
Medicamentos: __________

☐ NEUROPSIQUIÁTRICOS Início: __________
Medicamentos: __________

☐ OUTROS Início: __________
Medicamentos: __________

EXAME CITOPATOLÓGICO (Preventivo)

Colheita data	Resultado	Orientação Controle

EXAME DA MAMA - MAMOGRAFIA

Exama Clínico Data	Mamografia Data	Resultado	Orientação Controle

COLPOSCOPIA

DATA	RESULTADO	CONDUTA

CONTROLE DA FARMÁCIA

DATA DO FORNECIMENTO	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO POSOLÓGICA	QUANT.	ASSINATURA