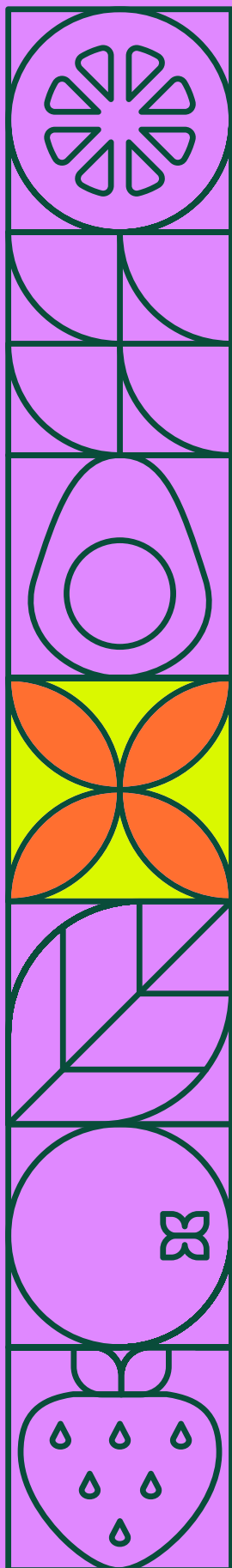
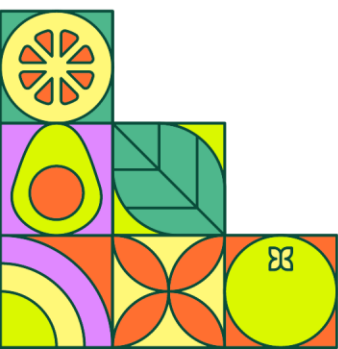
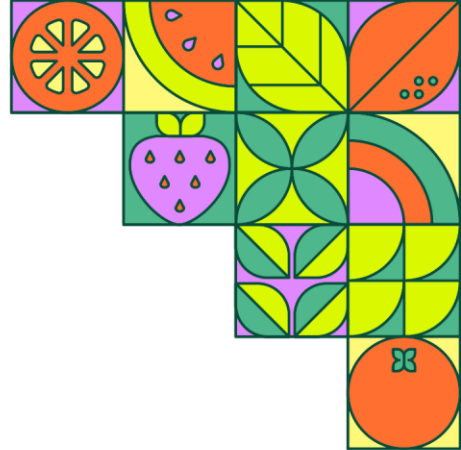


Avaliação nutricional



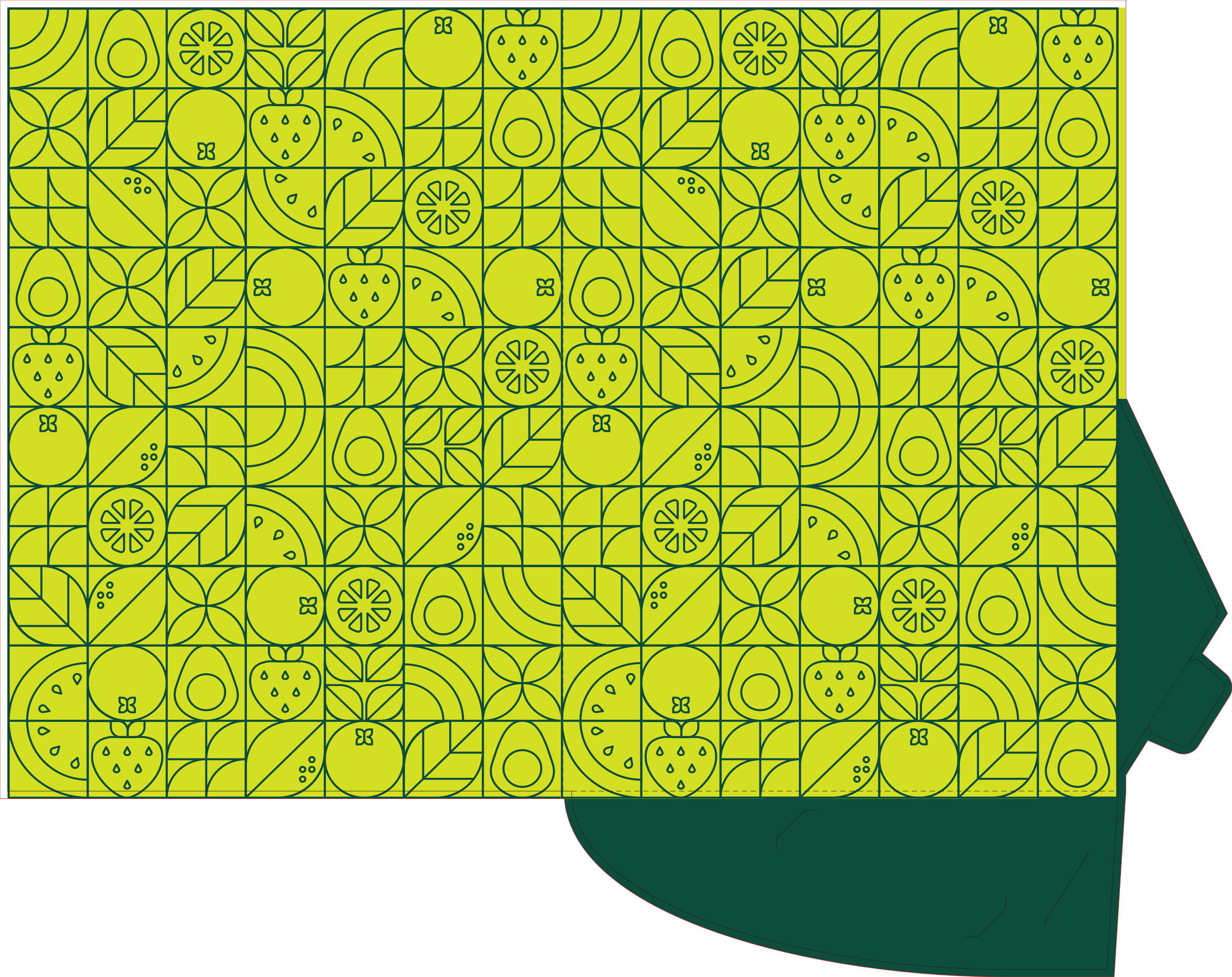
Plano alimentar





Nutrição

Consulta Sesc





Fecomércio
Senac

Serviço Social do Comércio
Departamento Regional em Goiás

FICHA DE DEVOLUÇÃO - FD - BIBLIOTECA -

**ESTE LIVRO DEVERÁ SER DEVOLVIDO
NA ÚLTIMA DATA CARIMBADA**

CARTÃO HORÁRIO

Telefone da Unidade:

Nome do Cliente:

DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às
/ /		às

Recomenda-se chegar com 10 minutos de antecedência.
Caso não possa comparecer à consulta agendada, solicitamos
que avise com pelo menos 24 horas de antecedência.



	SESC SAÚDE VISÃO		Município:	
	Controle Diário - Consulta Oftalmológica		Data: / /	Período: ☐ Matutino ☐ Vespertino

Nº	Nome do Cliente	Idade	Início do Atendimento	Horário do colírio			Finalizado o Atendimento
				1º Gota	2º Gota	3º Gota	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							



Ficha de Triagem

SescSaúde

IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____ Primeira vez na unidade? ☐ Sim ☐ Não

Nome: _____

CPF: _____ ☐ Comerciarío ☐ Dependente ☐ Usuário

Telefone: _____ Celular: _____

e-mail: _____ Nº da carteira do Sesc: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Setor: _____ Cidade: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____

Possui filho (s)? _____ Quantos? _____

Renda Familiar:

☐ De 0 até 3 salários mínimos nacionais ☐ Acima de 3 salários mínimos nacionais

Plano de saúde:

☐ Não ☐ Sim Qual? _____

QUEIXA ATUAL

Você tem alguma queixa relacionada à visão:

☐ Não ☐ Sim. Qual seria? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Diabetes ☐ Sim ☐ Não Quanto tempo? _____ HGT: _____ mg/dL

Glaucoma ☐ Sim ☐ Não Quanto tempo? _____

(pressão alta no olho)

Hipertensão ☐ Sim ☐ Não Quanto tempo? _____ PA: _____ mmHg

(pressão alta)

Consulta oftalmológica há quanto tempo?

☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ Mais de 2 anos ☐ Mais de 5 anos

☐ Nunca fez consulta oftalmológica

Foi diagnosticado com:

☐ Ceratocone ☐ Catarata ☐ Estrabismo (vesgo) ☐ Nenhuma alteração

Tem suspeita de gravidez ou está grávida?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

☐ Outras doenças diagnosticadas: _____

☐ Quaisquer medicações em uso (nome, dosagem e modo de uso)? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Alguém cego na família. Quem? _____

Alguém na família tem:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão Arterial ☐ Glaucoma ☐ Estrabismo

☐ Ceratocone ☐ Catarata ☐ Outras doenças diagnosticadas: _____

TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL (USO DO SESC)

Acuidade visual sem correção: _____ OD _____ OE

Acuidade visual com correção: _____ OD _____ OE

Observações: _____

CONDUTA (USO DO SESC)

☐ Encaminhado para consulta ☐ Orientado ☐ Outros ☐ Dispensado

Observações: _____

Saúde

Receituário

SescSaúde



sescgo.com.br
@sescgo
sescgo

Serviço Social do Comércio - Sesc
Departamento Regional no Estado de Goiás

Saúde

Receituário de Controle Especial

SescSaúde

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do profissional / Registro no conselho

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Identidade nº _____ Org. Em.: _____
Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico
_____/_____/_____ Data



Receita de óculos

SescSaúde

Para: _____

	Esf.	Cil.	Eixo
OD			
OE			
Adição:			

() Longe () Perto () Multifocal

Obs: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Oftalmologista



■ sescgo.com.br
@sescgo
■ sescgo

Serviço Social do Comércio - Sesc
Departamento Regional no Estado de Goiás

Nome: _____

1) Queixa principal

2) Motilidade / Estrabismo

3) Anexos

a. Órbitas: ☐ OD _____ ☐ OE _____

b. Pálpebras: ☐ OD _____ ☐ OE _____

c. Aparelho Lacrimal: ☐ OD _____ ☐ OE _____

Outros: _____

4) Segmentos anteriores

a. Conjuntivas

☐ Pterígio ☐ Hiperemia ☐ Tumor ☐ Pinguécula

Outros: _____

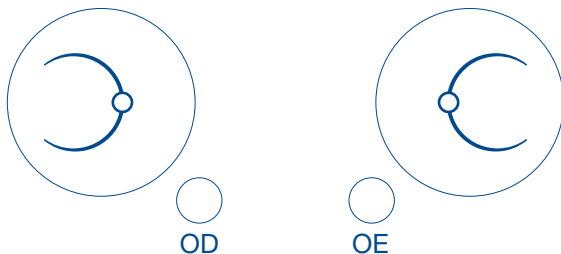
b. Córnea/Esclera: ☐ OD _____ ☐ OE _____

c. Câmara anterior: ☐ OD _____ ☐ OE _____

d. Íris/Pupila: ☐ OD _____ ☐ OE _____

e. Cristalino: ☐ OD _____ ☐ OE _____

5) Fundoscopia



6) PIO (Pressão Intra ocular)

	mmHg	Hora
OD		
OE		

7) Refração

	Adição
OD	
OE	

8) Óculos

	Adição
OD	
OE	

- ☐ Para perto ☐ Monofocal
☐ Para longe ☐ Bifocal
☐ Não ☐ Multifocal

9) Hipótese Diagnóstica

10) Conduta

- ☐ Óculos ☐ Orientações Gerais

Encaminhado:

- ☐ Exames ☐ SUS ☐ Convênio _____
☐ Tratamento ☐ SUS ☐ Convênio _____

Outros _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Oftalmologista

Saúde

Atestado de Comparecimento

SescSaúde

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o (a) senhor (a) _____

esteve na Unidade Móvel Sesc Saúde Visão, para:

- ☐ Exames ☐ Triagem: realização do Teste de Acuidade Visual
☐ Acompanhamento de familiar(es). Nome do familiar e grau de parentesco:

Data: ____ / ____ / ____

Horário: _____ as _____ horas

Local e Data

Assinatura e carimbo do profissional responsável

A emissão do Atestado Médico é reservado aos casos que estiverem sob os cuidados, deste profissional. Aos demais casos será fornecido o Atestado de Comparecimento, que poderá ser assinado pelo profissional chefe do setor onde o cliente recebeu o atendimento.



Saúde

Atestado Médico

SescSaúde

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o (a) senhor (a) _____

foi atendido (a) na Unidade Móvel Sesc Saúde Visão, no dia ____ / ____ / _____,
às _____ horas, necessitando de _____ (_____) dia(s) de
repouso, conforme lei abaixo.

CID _____

Assinatura do paciente ou responsável

Local e Data

Assinatura do Médico - CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no ART 27º DA CLPS, aprovadas pelo decreto nº 89.312 de 23/01/1984, a resolução CFM- 1190/84 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ART. 7º, XVIII da C.F./88t.

