



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE

FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA DE PFA

UF	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:
TIPO DE ESTABELECIMENTO:		DATA DA BUSCA ATIVA: ___/___/___
PÚBLICO () PRIVADO () OUTRO ()		
PERÍODO REVISADO EM: ___/___/___		BUSCA REALIZADA EM: AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR () LIVROS DE REGISTRO () PRONTUÁRIOS ()
CONTATO COM PROFISSIONAL		CLÍNICO () ENFERMAGEM () NEUROLOGISTA () PEDIATRA () NENHUM ()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	
NÚMERO DE CASOS DE PFA ENCONTRADOS	
NÚMERO DE CASOS DE PFA JÁ NOTIFICADOS	

Município / Unidade de Saúde		Data: ___/___/___
Nome	Função	Assinatura: