



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

FICHA DE APRAZAMENTO



UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº CARTÃO SUS: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: _____ Nº SINAN: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ ESQUEMA DE TRATAMENTO: HIV: POSITIVO NEGATIVO NR SEXO: _____ INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ TRATAMENTO ANTERIOR: SIM NÃO

APRAZAMENTO

DATA	OBSERVAÇÕES	DATA	OBSERVAÇÕES
1 - ___/___/___	_____	12 - ___/___/___	_____
2 - ___/___/___	_____	13 - ___/___/___	_____
3 - ___/___/___	_____	14 - ___/___/___	_____
4 - ___/___/___	_____	15 - ___/___/___	_____
5 - ___/___/___	_____	16 - ___/___/___	_____
6 - ___/___/___	_____	17 - ___/___/___	_____
7 - ___/___/___	_____	18 - ___/___/___	_____
8 - ___/___/___	_____	19 - ___/___/___	_____
9 - ___/___/___	_____	20 - ___/___/___	_____
10 - ___/___/___	_____	21 - ___/___/___	_____
11 - ___/___/___	_____	22 - ___/___/___	_____

DATA DA ALTA ___/___/___ MOTIVO DA ALTA: _____

COMUNICANTES

DATA AVALIAÇÃO

OBSERVAÇÕES

1 - _____	___/___/___	_____
2 - _____	___/___/___	_____
3 - _____	___/___/___	_____
4 - _____	___/___/___	_____
5 - _____	___/___/___	_____
6 - _____	___/___/___	_____
7 - _____	___/___/___	_____
8 - _____	___/___/___	_____
9 - _____	___/___/___	_____
10 - _____	___/___/___	_____

OBSERVAÇÕES GERAIS: _____

NOME DO PROFISSIONAL: _____
