

Repartição
interessada

Ano

Unidade da Federação

Código

Zona Fisiográfica

Código

Município

Código

Número do
cadastro

Modelo



PRESIDENCIA DA REPUBLICA
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA
CONSELHO NACIONAL DE ESTATISTICA
XXVII CAMPANHA ESTATÍSTICA

Assistência Hospitalar e Para-Hospitalar

Informações relativas ao ano de 1962

→ ANTES DE PREENCHER O QUESTIONÁRIO LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

INSTRUÇÕES GERAIS

DESTINA-SE o presente questionário a coletar informações que permitam sejam conhecidos a organização e o movimento dos estabelecimentos de assistência hospitalar e para-hospitalar, comumente denominados hospitais, hospitais-colônias, sanatórios, casas de saúde, enfermarias, clínicas, ambulatórios, dispensários, etc. Os asilos, preventórios, abrigos, creches, lactários, albergues e outras instituições congêneres de assistência social, somente devem preencher este questionário quando possuírem setores nos quais se exerçam atividades médicas assistenciais, com ou sem internamento de doentes, como por exemplo uma enfermaria ou um ambulatório, etc.

NÃO SE INCLUEM neste levantamento os estabelecimentos de propriedade das Forças Armadas, os consultórios médicos ou dentários, bem assim os serviços puramente administrativos ou de direção, sem ligação direta com atividades assistenciais como, por exemplo, uma Secretaria de Saúde, um Departamento Médico-Hos-

pitalar, cujas informações, geralmente, abrangem o total das unidades que lhe estão subordinadas. Excetua-se, todavia, o caso em que o órgão de direção e chefia tenha simultaneamente a seu cargo a execução de atividades assistenciais.

O informante não deve deixar em branco nenhum espaço reservado para resposta, preenchendo-o com os sinais: — (traço horizontal) quando o fenômeno não existir; ... (três pontos), quando o dado for desconhecido.

Em "OBSERVAÇÕES" serão registrados, não só todas as ocorrências dignas de nota verificadas no preenchimento do questionário, tal como o motivo por que não pôde ser preenchido determinado item e a explicação de alguma ou algumas das informações prestadas, mas também qualquer esclarecimento complementar considerado interessante.

I — CARACTERIZAÇÃO GERAL

Instruções — No item 3, letra *a*, indicar o nome da instituição particular a que pertence o estabelecimento, ou do órgão público a que esteja subordinado. No mesmo item, letra *b*, classificar como particular, a instituição dessa natureza, mesmo que seja subvencionada ou auxiliada pelo poder público. Nos itens 4 e 5, considere-se como especializado o estabelecimento destinado, *exclusivamente*, a internamento ou tratamento de pacientes de uma determinada enfermidade específica, tais como: tuberculose, lepra, câncer, etc. No item 6, letras *a* a *h*, e nos itens 6 a 10, 14 e 15, as respostas devem ser dadas com as palavras "sim" ou "não", conforme se verifique ou não a ocorrência indagada. No item 13, informar o número de berços e caminhas existentes em maternidades ou serviços dessa natureza. Não confundir esses berços e caminhas destinados aos recém-nascidos com os leitos para "pediatria" destinados ao tratamento de crianças, inclusive recém-nascidos. No item 15 declarar *exclusivamente* os leitos existentes nas enfermarias e destinados *exclusivamente* ao tratamento de doentes.

1. Denominação (nome)
2. Endereço completo (rua e n.º ou lugar)
- a) Distrito (nome) b) Situação: zona urbana, suburbana ou rural (especificar)
3. Entidade a que pertence o estabelecimento: a) denominação: (nome)
- b) a entidade é particular ou é serviço federal, estadual, municipal ou para-estatal? 4. O estabelecimento é de finalidade geral ou especializada? 5. Se especializada, qual a especialização: a) câncer? b) cirurgia? c) lepra? d) maternidade? e) neurologia? f) pediatria? g) psiquiatria? h) tuberculose? i) outra definida 6. Atende a acidentes do trabalho? 7. O estabelecimento possui: a) ambulatório? b) dispensário? c) farmácia? d) lactário? e) creche? 8. Possui gabinete dentário? 9. Possui Raio X dentário? 10. Possui laboratório com instalações ou equipamentos para: a) análises clínicas? b) microbiologia? c) sorologia? d) anatomia patológica? e) microscopia? 11. Informar o número de aparelhos de: a) Raio X (exceto dentário) b) abreigrafia c) radioterapia d) eletrocardiografia e) eletroencefalografia f) metabolismo basal 12. Informar o número de salas de: a) parto b) operação c) esterilização 13. Para recém-nascidos, dispõe de que número de berços e caminhas? 14. Quais os serviços que possui: a) anestesia? b) banco de sangue? c) cancerologia? d) cardiologia? e) cirurgia? f) clínica médica? g) dermatologia? h) doenças transmissíveis agudas? i) ginecologia? j) neurologia? l) obstetrícia? m) oftalmologia? n) otorrinolaringologia? o) pediatria? p) pronto socorro? q) puericultura? r) sífilis e doenças venéreas? s) fisiologia? t) urologia? 15. Se é asilo, albergue, preventório, ou outra instituição de assistência social: a) possui enfermaria? b) em caso afirmativo, de quantos leitos dispõe a enfermaria?

II — NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES EM 31-XII-1962

Instruções — Não devem ser computados como leitos dos estabelecimentos os destinados aos acompanhantes, nem aqueles que a instituição possua alugados, por contrato, em outros estabelecimentos. Devem, entretanto, ser computados os leitos alugados ou cedidos pelo estabelecimento, por contrato, a outros estabelecimentos ou instituições.

ESPECIFICAÇÃO <i>a</i>	NÚMERO DE LEITOS	
	Gratuitos <i>b</i>	Pagos <i>c</i>
1. Clínica médica ou geral.....		
2. Cirurgia.....		
3. Traumatologia e ortopedia.....		
4. Obstetrícia.....		
5. Doenças transmissíveis agudas.....		
6. Pediatria.....		
7. Doenças mentais e nervosas.....		
8. Tuberculose.....		
9. Lepra.....		
10. Câncer.....		
11. Outras especializações.....		
TOTAL.....		

III — CORPO CLÍNICO E AUXILIAR EM 31-XII-1962

ESPECIFICAÇÃO <i>a</i>	NÚMERO <i>b</i>
1. Médicos.....	
2. Dentistas.....	
3. Farmacêuticos.....	
4. Dietistas.....	
5. Assistentes sociais.....	
6. Técnicos de laboratório.....	
7. Técnicos operadores de Raios X.....	
8. Auxiliares de Raios X.....	
9. Enfermeiros diplomados { <i>a</i>) Pela Escola Ana Nery e equiparadas..... <i>b</i>) Por outras Escolas ou Cursos..... <i>c</i>) Total.....	
10. Auxiliares de enfermagem.....	
11. Outros auxiliares.....	

IV — PRINCIPAIS ATIVIDADES

Instruções — Os dados devem referir-se ao movimento do estabelecimento no período de 1.º de janeiro a 31 de dezembro. No item 3, informar, apenas os saídos por alta, transferência etc. Não incluir, portanto, os saídos por falecimento, que constarão do item 4.

ESPECIFICAÇÃO <i>a</i>	NÚMERO	
	Gratuitos <i>b</i>	Pagos <i>c</i>
A — Serviço de Internamento		
1. Internados existentes em 31-XII-1961.....		
2. Admitidos ou entrados (total).....		
<i>a</i>) Até 14 anos.....		
<i>b</i>) Com mais { Homens.....		
de 14 anos { Mulheres { TOTAL.....		
{ Das quais parturientes		
3. Saídos.....		
4. Óbitos.....		
5. Internados existentes em 31-XII-1962.....		
6. Nascimentos, { Vivos.....		
{ Mortos.....		
7. Óbitos de crianças nascidas no hospital.....		
B — Serviço de Ambulatório		
1. Matrículas novas.....		
2. Comparecimentos para exames ou consultas.....		
3. Pessoas encaminhadas ao hospital.....		

V — FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIA

Instruções — Como "outras rendas" devem ser entendidas as contribuições de pensionistas, os donativos em dinheiro e todas as rendas que não estejam incluídas nos títulos indicados.

ESPECIFICAÇÃO <i>a</i>	IMPORTÂNCIA (Cr\$) <i>b</i>
1. Subvenção Federal (total).....	
<i>a</i>) Por conta do Fundo de Assistência Hospitalar.....	
<i>b</i>) Outras espécies.....	
2. Subvenção Estadual.....	
3. Subvenção Municipal.....	
4. Outras rendas.....	
TOTAL.....	

OBSERVAÇÕES:

VI — DESPESAS DE MANUTENÇÃO

Instruções — Como serviços profissionais (item 3), devem ser consideradas as despesas realizadas com o pagamento de serviços especializados (médicos, farmacêuticos, dentistas, técnicos, etc.), excluindo-se, pois, o pessoal de administração e escritório, cujos dados são solicitados no item 1.

ESPECIFICAÇÃO <i>a</i>	IMPORTÂNCIA (Cr\$) <i>b</i>
1. Administração.....	
2. Alimentação em geral.....	
3. Serviços profissionais.....	
4. Medicamentos.....	
5. Outras despesas.....	
TOTAL.....	

Data da informação:/...../1962

 Informante..... {
 Assinatura.....
 Qualidade.....