

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO
------	------	------	-------	--------------	----------	--------------	-------------	---------

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO
------	------	------	-------	--------------	----------	--------------	-------------	---------

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO
------	------	------	-------	--------------	----------	--------------	-------------	---------

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO
------	------	------	-------	--------------	----------	--------------	-------------	---------

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

14 - PUERPÉRIO

PARTO: NORMAL FÓRCIPE CESÁRIA DATA: _____

HOSPITAL DOMICÍLIO LOCAL: _____

RECÉM NASCIDO: VIVO MORTO MASCULINO FEMININO

TRIAGEM NEONATAL: SIM NÃO DATA: _____ CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO: APGAR: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ CHOROU AO NASCIMENTO?

AMAMENTAÇÃO? SIM NÃO EXCLUSIVA? SIM NÃO TEM INDICAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA? SIM NÃO

ORIENTAÇÃO ANTICONCEPÇÃO:

OUTRAS CONDUTAS:

ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



ACOMPANHAMENTO GESTACIONAL

Nº CARTÃO SUS: _____

1- IDENTIFICAÇÃO

Nº SISPRENATAL: _____ EQUIPE: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____ RISCO: _____

NOME: _____

PROCEDÊNCIA: _____ TELEFONE: _____ PROFISSÃO: _____

COR: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: _____ IDADE ATUAL: _____

2 - ANTECEDENTES FAMILIARES

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA?

CIRURGIAS PRÉVIAS:

TRATAMENTOS PRÉVIOS:

4- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

MENARCA: _____ CICLOS DE: _____ DIAS FLUXO DE: _____ DIAS PRIMEIRO COITO AOS: _____ ANOS SEM PARCEIRO FIXO? SIM NÃO

MAIS DE UM PARCEIRO NOS ÚLTIMOS 3 MESES? SIM NÃO NOVO PARCEIRO NOS ÚLTIMOS 3 MESES? SIM NÃO ÚLTIMO C. O.: _____ RESULTADO: _____

CONTRACEPÇÃO: _____ GRAVIDEZ PLANEJADA? SIM NÃO

CORRIMENTO (HOJE):

SIM NÃO CARACT: _____

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

ANTECEDENTES DO PARCEIRO:

DROGAS: SIM NÃO QUAL? _____ QUANTO? _____

TABAGISMO: SIM NÃO CIGARROS: _____ /DIA ANOS _____ PAROU QUANDO SOUBE QUE ESTAVA GRÁVIDA

ALCOOLISMO: SIM NÃO SOCIAL (EVENTUAL) DIÁRIO QUANTO? _____

5 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº DE GESTAÇÕES ANTERIORES: _____ Nº PARTOS: _____ Nº DE ABORTAMENTO: _____

PARTO PREMATURO: _____ PARTO A TERMO: _____ VAGINAL _____ CESÁRIA _____ DOMICILIAR _____ HOSPITALAR _____

GESTAÇÃO: ÚNICA GEMELAR NATIMORTO DATA DO ÚLTIMO PARTO / ABORTO: _____ RN MAIS PESADO: _____ g RN MENOS PESADO: _____ g

RESULTADO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: ABORTO PREMATURO NATIMORTO PARTO NORMAL FÓRCIPE CESÁREA

6 - ALEITAMENTO MATERNO

SIM NÃO

7 - INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS

8 - GESTAÇÃO ATUAL

ÚLTIMA MENSTRUACÃO: _____ CERTEZA: SIM NÃO DATA PROVÁVEL DE PARTO: _____ IDADE GESTACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ - NATAL: _____ SEMANAS

OBSERVAÇÕES:

9 - EXAME FÍSICO GERAL

ESTADO GERAL: _____ PESO: _____ Kg ALTURA: _____ M

CABEÇA E PESCOÇO: _____

TORAX: _____ F.C.: _____ BPM P.A.: _____

ABDOME: _____

EXTREMIDADES: _____

10 - EXAME GINECOLÓGICO

MAMAS: _____

GENITAIS EXTERNOS: _____

ESPECULAR: _____

PH VAGINAL: _____ TESTE DE WHFF: _____

TOQUE VAGINAL: _____

11 - EXAMES LABORATORIAIS

COLPOCITOLOGIA: _____ DATA: _____ RUBÉOLA: _____ DATA: _____

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ RH: _____ RH DO PARCEIRO: _____ COOMBS INDIRETO: _____

HB / HT (1): _____ DATA: _____ HB / HT (2): _____ DATA: _____ GLICEMIA (1): _____ DATA: _____ GLICEMIA (2): _____ DATA: _____

VDRL (1): _____ DATA: _____ VDRL (2): _____ DATA: _____ HBSAg: _____ ANTI - HIV1: _____ DATA: _____ ANTI - HIV2: _____ DATA: _____

URINA (1): _____ DATA: _____ URINA (2): _____ UROCULTURA: _____ DATA: _____ FEZES: _____

TOXOPLASMOSE (1): _____ DATA: _____ TOXOPLASMOSE (2): _____ DATA: _____

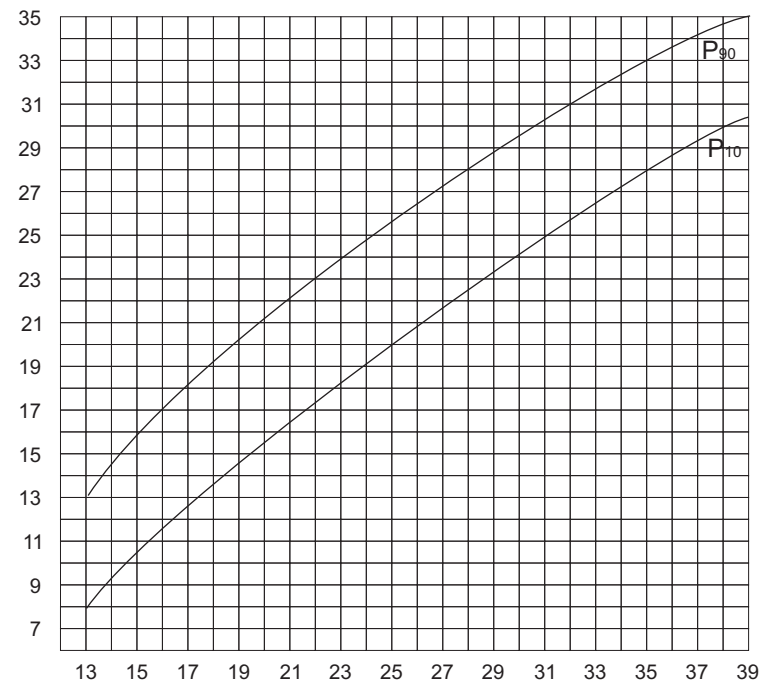
| IgM | IgG | | 1gM | 1gG |

ECOGRAFIA(S): _____

ATENDIDA POR: _____

12 - VACINAÇÃO ANTI TETÂNICA

1ª DOSE _____ 2ª DOSE _____ 3ª DOSE _____ REFORÇO _____

13 - AVALIAÇÃO DE CRESCIMENTO UTERINO**12 - EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO**

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERINA	BCF / MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS _____

ASSINATURA _____