

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 MENSTRUÇÃO: \_\_\_\_\_ CERTEZA:  SIM  NÃO DATA PROVÁVEL DE PARTO: \_\_\_\_\_ IDADE GESTACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ - NATAL: \_\_\_\_\_ SEMANAS

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

