

**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: _____ QUAL? _____ QUANTO? _____ SIM _____ NÃO _____

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

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

5 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

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

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

GESTAÇÃO: _____ ÚNICA _____ GEMELAR _____ NATIMORTO _____ DATA DO ÚLTIMO PARTO / ABORTO: _____ RN MAIS PESADO: _____ 9 _____ RN MENOS PESADO: _____ 9 _____

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 SANGUÍNEO:

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

IgM | IgG

ECOGRAFIA(S):

ATENDIDA POR:

12 - VACINAÇÃO ANTI TETÂNICA

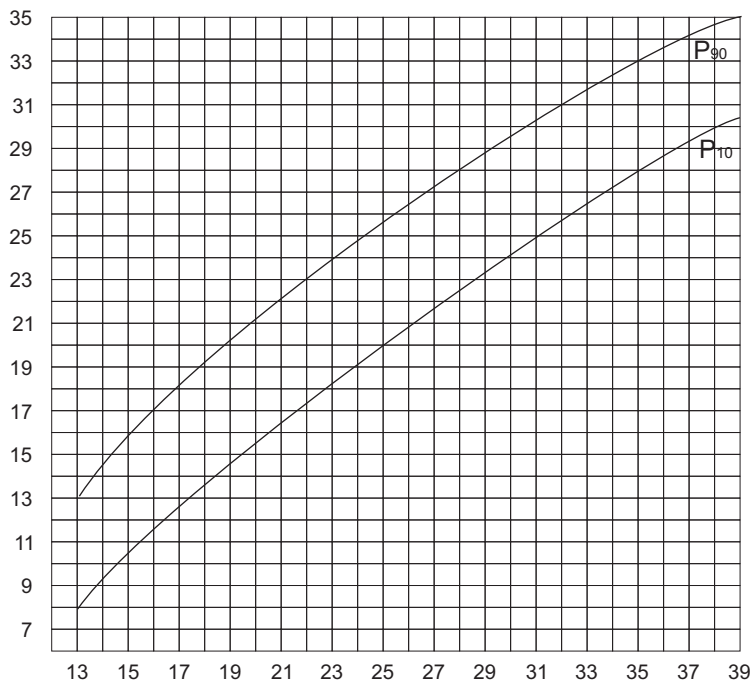
1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

REFORÇO

13 - AVALIAÇÃO DE CRESCIMENTO UTERINO



12 - EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

DATA	PESO	P.A.	EDEMA	ALT. UTERIN.	BCF / MF	APRESENTAÇ.	IDADE GES*	RETORNO

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

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

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

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

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

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

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

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

INTERCORRÊNCIA / ENCAMINHAMENTOS

ASSINATURA

14 - PUERPÉRIO

PARTO: NORMAL FÓRCIPE CESÁRIA LOCAL: _____ DATA: _____

HOSPITAL DOMICÍLIO

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