



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ - NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

2 - CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO NO CNES

DATA

3 - NOME DO MUNICÍPIO

4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE

5 - SIGLA DA UF

6 - CÓDIGO DA UF NO IBGE

CAMPINAS

350950 2

S.P.

35

Nº	NÚMERO DA GESTAÇÃO NO SISPRENATAL	NOME DA GESTANTE	CONSULTA PRÉ-NATAL	ABO Rh	VDRL	URINA	GLICEMIA	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	VACINA ANTI-TETÂNICA				RG	CONSULTA PUERPERAL	TP
													1ª DOSE	2ª DOSE	REFORÇO	IMUNE			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

NOME E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

PREENCHER AS QUADRÍCULAS "CONSULTA PRÉ-NATAL E CONSULTA PUERPERAL" COM O CÓDIGO BRASILEIRO OCUPACIONAL - CBO:

223505 - ENFERMEIRA **223132** - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA **2235C1** - ENFERMEIRA DO PSF **223545** - ENFERMEIRA OBSTETRA
223115 - CLÍNICA GERAL **223116** - MÉDICO DO PSF / COMUNITÁRIO **2235C2** - ENFERMEIRA DO PACS

NO CASO DE EXAMES, ASSINALAR COM "X" QUANDO O RESULTADO DO EXAME FOR ANALISADO PELO MÉDICO OU ENFERMEIRA QUE REALIZOU A CONSULTA NAQUELE DIA.

NO CASO DA VACINA ANTITETÂNICA, ASSINALAR COM "X" DE ACORDO COM O CARTÃO DE IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE.

RISCO GESTACIONAL, CONFORME A TABELA:
BR - BAIXO RISCO
AR - ALTO RISCO

TIPO DO PARTO, CONFORME A TABELA:
PH - PARTO HOSPITALAR
PD - PARTO DOMICILIAR