

# ATENÇÃO MAMÃE:

***A gravidez não é doença, mas exige a atenção dos profissionais de saúde para evitar complicações.***

***Por isso é necessário:***

- Ir à consulta na hora marcada;
- Repetir a consulta cada vez que seja indicada;
- Seguir as orientações feitas na unidade de saúde.

## **Sinais de começo de parto:**

- Endurecimento da barriga, cada vez mais forte e mais frequente;
- Perda de líquido pela vagina

## **Você deverá procurar a maternidade caso tenha:**

- Perda de sangue ou líquido pela vagina;
- Inchaço do rosto ou de todo o corpo;
- Dor de cabeça ou manchas na visão;
- Sinais de começo de parto;
- Bebê parou de mexer.

## **Depois do parto:**

É importante voltar, na data marcada, para revisão do parto no Centro de Saúde onde você realizou o pré-natal, trazendo este cartão. Aproveite, também, para levar seu(sua) filho(a). Assegure-se de que a sua consulta e a do bebê sejam marcadas para o mesmo dia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAMPINAS-SP

[www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)

ELABORADO POR:  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE PREVENTIVO  
RESPONSÁVEIS PELA ARTE: MAURO GUIMARÃES LEITE  
COORDENADOR SETORIAL DE ORGANIZAÇÃO E MÉTODO

# CARTÃO DA Gestante



Carimbo da Unidade de Saúde

Nº SISPRÉNATAL:

Você está recebendo o

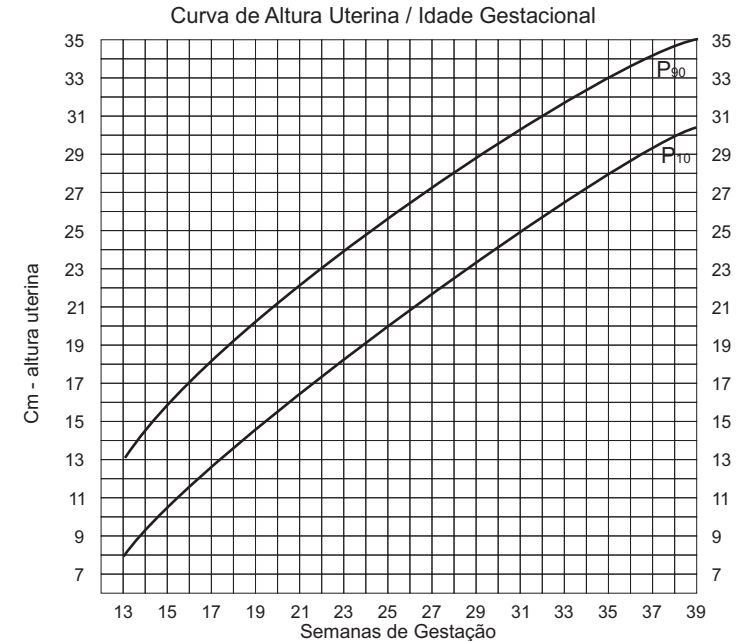
# CARTÃO DA Gestante

Nele a equipe de saúde vai anotar todas as informações sobre a sua gravidez (exames, peso, pressão arterial, vacinas e outros) e também algumas orientações sobre a gestação, parto e pós-parto.



**Leia com atenção:**

Tenha sempre com você o seu cartão e leve-o em todas as consultas e para o Hospital na hora do parto.



PARTO			
DATA:	LOCAL:		
TIPO:	INDICAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> NORMAL	_____		
<input type="checkbox"/> FÓRCIPE	_____		
<input type="checkbox"/> CESÁREA	_____		
PUERPÉRIO IMEDIATO:			
_____			
IMUNOGLOBULINA ANTI - RH: 28ª SEMANA:	PÓS - PARTO:	DATA DA ALTA:	PUERPÉRIO:
_____	_____	_____	_____
RECÉM - NASCIDO(A)			
SEXO:	PESO:	ALTURA:	APGAR:
<input type="checkbox"/> M   <input type="checkbox"/> F	_____ g	_____ cm	1º: _____ 5º: _____
			TRIAGEM NEONATAL: REALIZADO:
			<input type="checkbox"/> SIM   <input type="checkbox"/> NÃO



# ENCAMINHAMENTOS / INTERCORRÊNCIAS / INTERNAÇÕES

Data / Diagnóstico / Tratamento

Outros Exames

Vacina Anti-tetânica

1º Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2º Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

3º Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Reforço: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Imune

# RESULTADOS DE EXAMES

EXAMES	DATA / RESULTADO	DATA / RESULTADO
Hb / Ht		
Glicemia de Jejum		
VDRL		
Tipo Sanguíneo		
Coombs Indireto (se necessário)		
Rubéola IgG / IgM		
Toxoplasmose IgG / IgM		
HbSAg		
Anti-HIV		
Protoparasitológico de fezes		
URINA I		
UROCULTURA		

ULTRASOM:  
DATA: \_\_\_\_\_ | I. G.: \_\_\_\_\_

L. A.: \_\_\_\_\_ | PLACENTA: \_\_\_\_\_

PESO ESTIMADO: \_\_\_\_\_ | OUTRAS INFORMAÇÕES: \_\_\_\_\_

# DADOS PESSOAIS DA GESTANTE

NOME (COMPLETO): \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ | FF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

GN	PN	AE	AP	F	C	NV	NM	FV
----	----	----	----	---	---	----	----	----

DUM \_\_\_\_\_

D.P.P. \_\_\_\_\_

RISCO:  ALTO

BAIXO