



Digitado por:

Data de Atendimento*

 / /

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Identificação da Gestante

NOME COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

Consulta Pré-Natal

GRAU DE PARENTESCO DO ACOMPANHANTE:

- Mãe/Pai Filho(a)/Enteado(a) Primo(a) Avó(a) Irmã/Irmão Neto/Bisneto
 Genro/Nora Conjuge/Companheiro Tio(a)/Sobrinho(a) Não Parente Sem Acompanhante

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE:

GRAVIDEZ PLANEJADA*

-
- Sim
-
- Não

GRAVIDEZ DESEJADA*

-
- Sim
-
- Não

CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO*

-
- Sim
-
- Não (1ª Consulta)

QUEIXAS:

-
- Cólica
-
- Dor Lombar
-
- Sangramento Vaginal
-
- Febre
-
- Náuseas
-
- Vômitos
-
- Cefaléia
-
- Sem Queixas

Outros

Avaliação Obstétrica

DUM:*

 / /

IG-DUM:*

DPP:*

 / /

DATA ULTRASSOM:

 / /

IG - ULTRASSOM:

 s d

ALTURA UTERINA:

 cm

APRESENTAÇÃO FETAL

-
- Cefálica
-
- Pélvica
-
- Córnic (Transversa)

BATIMENTO CARDIACO FETAL:

MOVIMENTOS FETAIS:

-
- Presente
-
- Ausente

REALIZADO TOQUE:

-
- Sim
-
- Não

DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO / COMORBIDADES:

CONDUTA:*

SUPLEMENTAÇÃO:

-
- Sulfato Ferroso
-
- Dose 10-40 mg/dia
-
- Dose 120-240 mg/dia

-
- Ácido Fólico*
-
- 5 mg/dia

TESTE RÁPIDO:

Sífilis Não Realizado Reagente Não Reagente

HIV

-
- Não Realizado
-
-
- Reagente
-
-
- Não Reagente

HbsAg

-
- Não Realizado
-
-
- Reagente
-
-
- Não Reagente

AntiHCV

-
- Não Realizado
-
-
- Reagente
-
-
- Não Reagente

TRATAMENTO SÍFILIS

1ª Dose / / 2ª Dose / / 3ª Dose / /

-
- Penicilina Benzatina
-
- Outros:

TRATAMENTO Sim NãoTRATAMENTO Sim NãoTRATAMENTO Sim Não

Realizou teste rápido do parceiro

-
- Sim
-
- Não

-
- Sífilis
-
- HIV
-
- HbsAg
-
- AntiHCV

REALIZADO ATEND. ODONTOLÓGICO?

-
- Sim
-
- Não

Data / /

PART. DE ATIVIDADES EDUCATIVAS?

-
- Sim
-
- Não

Data / /

Se SIM, qual:

VINCULADA A MATERNIDADE?

-
- Sim
-
- Não

QUAL MATERNIDADE?

Orientada sobre o aleitamento materno? Sim Não



 / /

SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE

dT e dTpa

- Sem informação de imunização
 Esquema Completo
 Esquema Incompleto

DOSES:

1ª ___/___/___ 2ª ___/___/___

3ª ___/___/___

Reforço dTpa ___/___/___

Hepatite B

- Esquema Completo
 Esquema Incompleto
 Sem Esquema

DOSES:

1ª ___/___/___ 2ª ___/___/___

3ª ___/___/___

Influenza

- Sim
 Não

DATA:

___/___/___

Sobre o Esquema Vacinal:*

- Está em dia
 Está desatualizado

Exame Físico

PESO NO ATENDIMENTO:

Kg

ALTURA:*

m

IMC:*

kg/m²

PRESSÃO ARTERIAL:*

mmHg

EXANTEMA:*

Sim Não

EDEMA:*

Sim Não

PESO:

PRÉ-GESTACIONAL

Kg

Exames Laboratoriais

ABO-RH	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
COOMBS INDIRETO	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
GLICEMIA EM JEJUM	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
VDRL	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
HEPATITE B - (HbsAg)	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
ANTICORPO ANTI-HIV	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
TOXOPLASMOSE IGG	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
TOXOPLASMOSE IGM	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
URINA - EAS	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
UROCULTURA	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
CITOLOGIA - ONCÓTICA	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
HEMOGRAMA COMPLETO	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____
ULTRASSONOGRAFIA	Data Solic.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Data Result.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Resultado: _____

Risco Gestacional

RISCO HABITUAL ALTO RISCO

Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE anexado no site em "Formulários".

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ÓBITO MATERNO:

Não Sim Causa CID: _____

ÓBITO FETAL:

Não Sim Causa CID: _____

ABORTO: Não Sim IG: s d

CARIMBO/ASSINATURA