



Digitado por:

Data da Digitação

Recepção

CNES:* NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE*

ACESSO À UNIDADE: Transferência Demanda espontânea MUNIC. DE PROCEDÊNCIA DA GESTANTE:* UF:

TIPO DE TRANSPORTE: Ambulância Próprio (Carro/Moto) Outros VINCULADO À UNIDADE: Sim Não DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO:* / /

Identificação da Gestante

NOME DA MULHER COMPLETO:* RG:* ORGÃO EMISSOR:* UF:* DATA DE EMISSÃO:*

DATA DE NASCIMENTO:* / / UF NASC.Ob:* NACIONALIDADE: Obs* CARTÃO DO SUS:* CPF:*

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NATURALIDADE:

DATA DE NATURALIZAÇÃO: / / PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: / / DATA DE ENTRADA NO PAÍS: / /

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: Não Sim ETNIA: RAÇA (COR): Branca Preta Parda

Qual? Amarela Indígena

Acolhimento

DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:* / / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTETRICO

Vermelho Verde
 Laranja Azul
 Amarelo Não realiza classificação de risco

SINAIS VITAIS MATERNS

P.A. mmhg FC bpm FR rpm TAX c

CARIMBO/ASSINATURA

Anamnese

GRAVIDEZ MÚLTIPLA* Sim Não Ignorar GESTA* PARA* ABORTO* PARTO NORMAL* PARTO CESÁREO*

Ignorar Ignorar Ignorar Ignorar Ignorar Ignorar

D.U.M.* / / I.G.* s d BCF* bpm TIPO SANGUÍNEO*:

MOVIMENTOS FETAIS:* Presente Ausente DINÂMICA UTERINA:* Presente Ausente / / DATA E HORA DE ATENDIMENTO MÉDICO:* / /

AVALIAÇÃO DE RISCO* TESTES RÁPIDOS*

Risco Habitual Alto Risco

SÍFILIS:* Reagente Não - Reagente Não Realizado HIV:* Reagente Não - Reagente Não Realizado

HB: Reagente Não - Reagente Não Realizado HC: Reagente Não - Reagente Não Realizado

CARIMBO/ASSINATURA

Identificação do parto

MUNIC. DE OCORRÊNCIA DO PARTO:* UF: PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O PARTO:* OCUPAÇÃO PROFISSIONAL-CBO:*

DATA:* / / HORA:* PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O RECÉM-NASCIDO:* OCUPAÇÃO PROFISSIONAL-CBO:*

N° DA DNV

Dados Assistenciais do parto

TIPO DE PARTO:*

Normal Cesárea Vácuo - Extrator Fórceps Sim Não ALCON UTI

ACOMPANHANTE:*

UNIDADE DE INTERNAÇÃO MATERNA:*

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DE PARTO CESÁREO:*

Distúcia/fala na progressão do parto Desproporção Cefalopélvica Apresentação Anômala Iteratividade Outros
 Afecções maternas: _____ Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio. Cesárea eletiva

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS PARA ALÍVIO DA DOR:

Não Sim EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE A(S) OPÇÕES(S) Deambulação Bola de Bobath Escada de Ling Banho Morno Cavalinho Medicação. Qual: _____ Sim Não
 Massagem Banqueta Não Informado

OFERTA LÍQUIDO P/ GESTANTE NO PRÉ-PARTO:

TIPO DE ANESTESIA:

Peridural Raquidiana Geral Sem Anestesia Local
 MANOBRA DE KLISTELLER: * Sim Não Não Informado
 INDUÇÃO COM OCITOCINA: * Sim Não Não Informado
 POSIÇÃO DE PARTO: Vertical Horizontal Lateral Cócoras
 EPISIOTOMIA: * Sim Não Não Informado
 INDUÇÃO POR MISOPROSTOL Sim Não

RECÉM-NASCIDO ÚNICO:

Sim Não EM CASO DE RESPOSTA NÃO, INDIQUE A QUANTIDADE I.G.:* Pré-Termo Pós-Termo A Termo Natimorto

SEXO DO RN:*

Masc. Fem. Indefinido APGAR: * 1º min. 5º min.

LACERAÇÃO:*

Sim Não
 Não Informado

REANIMAÇÃO NEONATAL*

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE A(S) CAUSA(S)

Abuso de substância Anomalias Congênicas Anomalias Placentárias Diabetes Mellitus Gestacional Gestações Múltiplas
 Hidropisia Hipertensão (crônica ou específica da gestação) Infecção Materna Líquido Amniótico Fétido Líquido Amniótico Mecônio
 Oligodrâmnio / Polidrâmnio Parto Prolongado ou com Instrumentação Prolapso de Cordão Ruptura de Cordão Umbilical Apresentação Fetal Anômala
 Pós-Maturidade Prematuridade Alteração do padrão dos batimentos cardio fetais Asfixia Perinatal Outras Causas

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA:*

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE A(S) CAUSA(S)

Anencefalia Ausência Congênita dos Dedos Artéria Umbilical Única Cardiopatia Congênita Criptorquidia Hérnia Umbilical
 Fibrose Cística Fissura Labial Fissura Palatina Gastrosquise Mielomeningocele
 Hidrocefalia Hidrocele Hipospádia Implantação Baixa das Orelhas Macrocefalia Outras Informações
 Malformação Renal Microcefalia Micrognatia Onfalocele Opacificação do Olho
 Paralisia Cerebral Pé Torto Congênito Polidactilia Síndrome de Down

CONTATO PELE A PELE*

Sim Não
 Não Informado

AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA DE VIDA*

Sim Não
 Não Informado

CLAMPEAMENTO DE CORDÃO*

Imediato 1 a 3 minutos > 3 minutos
 Não Informado

Tipo Sanguíneo

PESO RN:*

G

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

Acima do Esperado
 Adequado
 Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO:

cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMP.

Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

CARIMBO/ASSINATURA

Alta Hospitalar

Mãe e RN DATA: HORA:
 Mãe DATA: HORA:
 RN DATA: HORA:

CARIMBO/ASSINATURA

Permanecer Internado

Mãe SIM NÃO

RN SIM NÃO

OBS: CASO PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO, SEGUIR COM O PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE ATENÇÃO AO PUERPÉRIO E FORMULÁRIO DO RN

Óbitos fetais e infantis

ABORTO:

Não Sim I.G. s d

ÓBITO FETAL:

Não Sim N° DA D.O.

ÓBITO INFANTIL:

Não Sim DATA / / N° DA D.O.

Óbitos materno

ÓBITO MATERNO:

Não Sim Causa Óbito/CID: _____

DATA / /

N° DA D.O.

CARIMBO/ASSINATURA
