**Ficha de Atendimento Acolhimento & Classificação de Risco em Obstetrícia**

Classificação:

**POUCO URGENTE**

**URGENTE**

**EMERGÊNCIA** **MUITO URGENTE**

**NÃO URGENTE**

1. NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_

2. DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_ HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

4. DUM: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ IG (DUM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IG (USG): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G\_\_\_\_ P\_\_\_\_ A\_\_\_\_

**6. QUEIXAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7. SINAIS VITAIS: PA** \_\_\_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_\_\_ mmHg **FC \_\_\_\_\_\_\_** bat/min **FR**\_\_\_\_\_\_ipm **Temp.**\_\_\_\_\_\_\_º C  **SatO2**\_\_\_\_\_\_\_\_% **DOR** \_\_\_\_\_\_/10 Localização\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura/Coren

**8. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO:**

**CONTRAÇÕES UTERINAS:** ( )Não ( )Sim Hipertonia uterina ( )Não ( )Sim

**PERDA DE LÍQUIDO:** ( )Não ( )Sim**,** relatada pela paciente ( )Sim, visualizada pelo profissional

**Aspecto do líquido:** ( )Claro ( )Meconial fluido ( )Meconial espesso

**SANGRAMENTO VAGINAL:** ( )ausente ( )presente

**BCF: \_\_\_\_\_\_\_\_bat/min MF (+/ -):** \_\_\_\_

**Outras queixas e/ou relatos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. MEDICAMENTOS EM USO NA GRAVIDEZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

10. Observações: ( )Alergias ( )Drogas Outras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissional de Enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário do atendimento: \_\_\_\_h\_\_\_\_min

Nome do médico avaliador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário do atendimento: \_\_\_\_h\_\_\_\_min