

**PRONTUÁRIO No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIS-PRÉNATAL No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MÓDULO DA MULHER/GESTANTE (Estas informações serão coletadas de mulheres em idade fértil e gestantes)**

**Gostaríamos de preencher um cadastro com sua identificação para te conhecer melhor**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_*\_*

Nome social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do cartão nacional de Saúde/CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raça/cor (Em sua opinião como definiria a sua cor? **Ler as alternativas**:  Amarela (1)  Branca (2)  Parda (3)  Preta (4)  Indígena (5)  Não sabe (88)

Naturalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Procedência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Religião:  Católica (1)  Protestante (2)  Espírita (3)  Religiões de matrizes africanas/brasileiras (4)  Sem religião (5)  Outras (6)  Não Sabe (88)

Celular (checar se é WhatsApp): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem acesso à internet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aceita receber mensagens no celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade de referência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe da usuária **(se <18a anotar nome completo sem abreviações**)

Nome da mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do representante familiar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do NIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A senhora recebe algum benefício/auxílio do governo?  sim (1)  não (2)

Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados sociais e demográficos (todas mulheres)**

| 1. GRAU DE INSTRUÇÃO/ESCOLARIDADE   -1. Não sabe ler nem escrever  -2. Ensino fundamental incompleto  -3. Ensino fundamental completo   -4. Ensino médio incompleto  -5. Ensino médio completo  -6. Superior incompleto   -7. Superior completo  -8. Pós-graduação  -9. Não sabe  NSA (99) 2. ESTADO CIVIL A SENHORA É ...... **(ler as alternativas)**   solteira (1)  casada (2)  mora com companheiro (3)  divorciada (4)  viúva (5)  separada (6)  3. PROFISSÃO/OCUPAÇÃO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Nº de dependentes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade de dependentes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Renda familiar **(ler as alternativas)**  ≤ 1SM (1)  1-2 SM (2)  2-4 SM (3)  5-7 SM (4)  ≥ 8 SM (5)  NSA (99)  6. Condições de moradia A SUA CASA É.... **(ler as alternativas, pode marcar duas opções)**   Taipa (1)  Alvenaria (2)  Madeira (3)  Própria (4)  Alugada (3) Nº de cômodos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. A água do seu domicílio é:   Encanada EMBASA (1)  Poço artesiano (2)  Cisterna (3)  Rio (4)  8. No seu domicílio tem rede de esgoto:  sim (1)  não (2)  9. No seu domicílio tem coleta de lixo:  sim (1)  não (2)  10. Distância da residência para a USF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| --- | --- |
| **DADOS DA SAÚDE** | |
| **11. Antecedentes familiares (pai, mãe, avós)**  Hipertensão arterial  sim (1)  não (2) Diabetes mellitus  sim (1)  não (2) Obesidade  sim (1)  não (2) Malformações congênitas  sim (1)  não (2) Gemelaridade  sim (1)  não (2) Hanseníase  sim (1)  não (2)  Câncer de mama e/ou do colo uterino  sim (1)  não (2) Tuberculose  sim (1)  não (2)  Doença de Chagas  sim (1)  não (2) Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV  sim (1)  não (2)  **12. Problemas de saúde atuais e/ou pregressos:**  Hipertensão arterial crônica  sim (1)  não (2) Diabetes mellitus  sim (1)  não (2) Cardiopatias  sim (1)  não (2) Doenças renais crônicas  sim (1)  não (2) Anemias e deficiências de nutrientes específicos  sim (1)  não (2)  Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade)  sim (1)  não (2)  Epilepsia  sim (1)  não (2) Doenças da tireóide e outras endocrinopatias  sim (1)  não (2) Rubéola  sim (1)  não (2) Hepatites  sim (1)  não (2) Hanseníase  sim (1)  não (2) Tuberculose  sim (1)  não (2) Malária  sim (1)  não (2) Sífilis  sim (1)  não (2) outras doenças infecciosas  sim (1)  não (2) Quais\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Portadora de infecção pelo HIV  sim (1)  não (2) Infecção do trato urinário  sim (1)  não (2)  Doenças neurológicas e psiquiátricas  sim (1)  não (2) Cirurgia (tipo e data)  sim (1)  não (2)  Transfusões de sangue  sim (1)  não (2) Alergias (inclusive medicamentosas)  sim (1)  não (2)  Doenças neoplásicas  sim (1)  não (2) Dificuldade de adaptar visão à noite  sim (1)  não (2)  Hemorragia/sangramento  sim (1)  não (2) COVID-19  sim (1)  não (2)  **13. Uso de medicamentos**  Uso de medicamentos no momento:  sim (1)  não (2)  Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Forma farmacêutica:  líquido (1)  comprimido (2)  pó (3)  pomada (4)  spray oral (5)  spray nasal (6)  Dosagem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Motivo do uso de medicamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profissional indicou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Uso de suplementos  sim (1)  não (2)  Sulfato ferroso:  sim (1)  não (2) Ácido fólico  sim (1)  não (2)  Outros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Forma farmacêutica:  líquido (1)  comprimido (2)  pó (3) Dosagem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Modo de usar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo do uso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Início de tratamento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Final do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional que indicou\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **HISTÓRIA OBSTÉTRICA anterior e atual (Apenas para gestantes)**  *Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua* ***HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR E ATUAL*** | |
|  | |
| 14. DUM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 15. IDADE GESTACIONAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16. DPP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  17. QUANDO FOI A SUA PRIMEIRA MENSTRUAÇÃO? MENARCA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ANOS  Não sabe (88)  18. SEM CONTAR COM ESTA GRAVIDEZ, QUANTAS VEZES A SENHORA FICOU GRÁVIDA? |**\_\_\_|**|**\_\_\_|**  **19. Sinais e sintomas da gestação em curso**  Náuseas, vômitos  sim (1)  não (2) Tonturas  sim (1)  não (2) Pirose  sim (1)  não (2) Sialorréia  sim (1)  não (2) Inapetência  sim (1)  não (2) Fraqueza  sim (1)  não (2) Desmaio  sim (1)  não (2) Dor abdominal  sim (1)  não (2) cólica  sim (1)  não (2) Flatulência  sim (1)  não (2) Diarreia  sim (1)  não (2) Obstipação  sim (1)  não (2) Hemorróida  sim (1)  não (2) Corrimento vaginal  sim (1)  não (2) Queixas urinárias  sim (1)  não (2) Falta de ar  sim (1)  não (2) Dor nas mamas  sim (1)  não (2) Cefaleia  sim (1)  não (2) Sangramento gengiva  sim (1)  não (2) Varizes  sim (1)  não (2) Câimbras  sim (1)  não (2) Estrias  sim (1)  não (2) Febre  sim (1)  não (2) Edema  sim (1)  não Grau do edema  +/IV  ++/IV  +++/IV  ++++/IV  Internação na gestação atual:  sim (1)  não (2)  **20. Intercorrência clínica na gestação anterior**  Pré-Eclâmpsia sim (1)  não (2) Eclâmpsia  sim (1)  não (2) Hipertensão gestacional sim (1)  não (2) Diabetes mellitus Gestacional  sim (1)  não (2) Anemias e deficiências de nutrientes específicos  sim (1)  não (2)  Infecção urinária  sim (1)  não (2) COVID-19  sim (1)  não (2)    **21. A senhora já sofreu algum aborto ou perdeu o neném antes de nascer?**  sim (1)  não (2**)**  22. Nº de abortos |**\_\_\_|**|**\_\_\_|**  Espontâneos (1)  Provocados (2)  Causados por DST (3)  Complicados por infecções (4)  relato de insuficiência istmo-cervical (5)  história de curetagem pós-abortamento (6)  23. Tipo de parto: vaginal  sim  (1)  não (2) nº\_\_\_\_\_\_\_, cesariana  sim (1)   não (2)  ; nº\_\_\_\_\_\_\_  24. Local onde foi realizado o parto:   hospital  ( 1 )  domicílio (2)  25. Nascidos vivos|**\_\_\_|**|**\_\_\_| 26.** número de nascidos mortos|**\_\_\_|**|**\_\_\_| 27.** óbito até uma semana de vida: sim (1 )  não (2 )  28. Idade na primeira gestação|**\_\_\_|**|**\_\_\_|** 29. Intervalo entre as gestações (em meses) |**\_\_\_|**|**\_\_\_|**  30. Número de recém-nascidos: pré-termo: |\_\_\_||\_\_\_| pós-termo: |\_\_\_||\_\_\_| baixo peso ou PIG|\_\_\_||\_\_\_| > 4.000g |\_\_\_||\_\_\_|  31. Mortes neonatais precoces: |\_\_\_||\_\_\_| motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_32. Mortes neonatais tardias |\_\_\_||\_\_\_|  **Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_33.** Natimortos |**\_\_\_|**|**\_\_\_| 34.**Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões:  sim  (1)  não (2). 35. Intercorrências ou complicações em gestações anteriores:  sim  (1)  não (2)  35.1 Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  36. Exame clínico da mama Tipo de mamilo: Normal (1)  Plano (2)  Invertido (3)  37. Registro de movimentos fetais\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 38. Frequência cardíaca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_39. Temperatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_  40. Pressão arterial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 41. Complicações nos puerpérios  sim  (1)  não (2) 41.1Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  42. Duração da amamentação exclusiva anterior |**\_\_\_|**|**\_\_\_|** meses 42.1 Motivo do desmame**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** NSA (99)  43. Recebeu orientação nutricional na gestação anterior:  sim  (1)  não (2) 44. Qual profissional que orientou:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  45. Participação em atividade educativa:  sim  (1)  não (2) 46. Data da atividade educativa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  47. Realizou visita à maternidade:  sim  (1)  não (2) 48. Data da visita \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
|  | |
| **ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (Apenas para mulheres em idade fértil)** | |
| 49. Duração dos ciclos menstruais |**\_\_\_|**|**\_\_\_|** 50. Idade da menarca |**\_\_\_|**|**\_\_\_|** 51. métodos anticoncepcionais prévios:  sim   não 52. Quais anticoncepcionais \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_53. Tempo de uso |**\_\_\_|**|**\_\_\_**  54. Motivo do abandono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NA 55. Intenção de engravidar:  sim (1)  não (2)  Infertilidade e esterilidade  sim (1)   não (2)  56. Fez/faz tratamento para engravidar  sim (1)   não (2) 57. Doenças sexualmente transmissíveis, doença inflamatória pélvica  sim (1)   não (2)  58. Realizou tratamentos, inclusive pelo parceiro:  sim (1)   não (2) 59. Cirurgias ginecológicas  sim (1)   não (2)  60. Idade que realizou |**\_\_\_|**|**\_\_\_|anos** 61. Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_62.. Malformações uterinas  sim (1)   não (1)  63. Alguma patologia na Mama  sim  (1)  não (2)  64. Realizou tratamento  sim  (1)  não (2) 65. Última colpocitologia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  66. Resultado da colpocitologia/preventivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **DADOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS (Gestante e mulher em idade fértil)** | |
| 67. Idade da primeira relação sexual |**\_\_\_|**|**\_\_\_|**anos 68.dor ou desconforto durante o ato sexual  sim (1)  não (2)  69. **(Apenas gestante)** Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores  sim (1)  não (2) 70.  **(Apenas gestante)** Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa |**\_\_\_|**|**\_\_\_|** 71.Uso de preservativos masculinos e/ou femininos  sim (1)   não (2) 72.Uso de métodos contraceptivos  sim (1)   não (2) 73. Qual método contraceptivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  74. Uso regular de anticoncepcionais orais  sim  (1)  não (2) 75. Intenção de engravidar em um ano  sim (1)   não (2) 76. Tentativa de engravidar no último ano  sim  (1)  não (2) | |
| 77. História de cistos, mioma  sim  (1)  não (2) 78. Sangramento uterino anormal, atraso menstrual e amenorreia, ausência de menstruação, amenorreia secundária, sintomas pré-menstruais, corrimento vaginal e cervicites, mastalgia, descarga papilar, dor pélvica, , perda urinária, queixas urinárias  sim  (1)  não (2) | |
| **ESTILO DE VIDA E SAÚDE MENTAL (gestante e mulher em idade fértil)** | |
| 79. Sinalizar se está em acompanhamento no CAPS ou em outro local (rede privada ou instituição)  sim  (1)  não (2) 80. Faz uso de medicamentos ansiolíticos  sim  (1)  não (2) 81. Realizou atendimento Odontológico:    sim  (1)  não (2)  82. Fatores de risco para violências (doméstica, urbana, sexual, entre outras) :   sim  (1)  não (2)  **83. Ocupação habitual**  Esforço físico intenso  sim (1)  não (2) Estresse  sim (1)  não (2)  Exposição a agentes químicos nocivos  sim (1)  não (2) Exposição a agentes físicos  sim (1)  não (2)  **84. Aceitação da gravidez**  Pela mulher  sim (1)  não (2)  pelo parceiro(a)  sim (1)  não (2)  Pela família  sim (1)  não (2)  Identificar gestantes com fraca rede de suporte social  Presença do (a) parceiro (a) no pré-natal  sim (1)  não (2)  85 . Prática de atividade física (segundo critérios da OMS)  sim  (1)  não (2) 86. Uso de drogas  sim  (1)  não (2)  87. Etilismo  sim  (1) não (2); 71. tipo de bebida\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 88. Quantidade |**\_\_\_|**|**\_\_\_| ml** 89. Se gestante, informar se bebia e parou?  sim  (1)  não (2) 90. quando parou?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_91. Tabagismo  sim  (1) não (2) 92. quantos cigarros/dia |**\_\_\_|**|**\_\_\_| 93.** Se gestante, informar se fumava e parou?  sim  (1)  não (2) 94. quando parou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_95. Frequência que toma sol na gestação:  4-6x por semana (0) 3-4x por semana(1) 1-3x por semana (2)  Pouca exposição solar (3)  96. Quantos minutos de exposição? |**\_\_\_|**|**\_\_\_| min** 97.Qual (quais) a(s) parte (s) do corpo que expõe ao sol:  corpo inteiro (1)  membros superiores (2)  membros inferiores e rosto (3)  rosto e mãos (4) 98. Usa filtro solar?  sim(1)  não (2) 99. Se sim qual o fator de proteção?\_\_\_\_\_\_100. Utiliza outros meios físicos de proteção solar?  sim (1)  não (2)  Se sim, qual?  bonés  chapéu  sombreiros | |
| **SITUAÇÃO VACINAL - GESTANTE** | |
| 101. Vacina antitetânica  sim  (1)  não (2) 102. Informar esquema vacinal em doses |**\_\_\_|**|**\_\_\_| 103.** Hepatite B:  sim  (1)   não (2)  104. Influenza:  sim  (1)  não (2) 105. COVID-19:  sim  (1)  não (2)  106. Unidade de Referência de pré-natal de alto risco: anotar o nome completo do Estabelecimento de Saúde Código do CNES: número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **107. HÁBITOS ALIMENTARES (Gestante e mulher em idade fértil)**  **Data de aplicação:\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_** | |
|  | |
|  | |
| **108. EXAMES LABORATORIAIS**  *Agora vamos verificar algumas informações no prontuário da paciente*   | Exames | Data | Trimestre | Resultado | | | Data | Trimestre | Resultado | | | | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Hemoglobina: (mg/dL) |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Hematócrito: % |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Glicemia: (mg/dL) |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Selênio |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Ômega 3 |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Vitamina D |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Ferro |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Ácido fólico |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Iodo urinário |  | 1 2 3 |  | | |  | 1 2 3 |  | | | | | Exames | Data | Trimestre | Positivo | Não Reage | Não Realizado | Data | Trimestre | Positivo | Não Reage | NR | | | HIV |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | HTLV |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | VDRL |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Citomegalovírus |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Toxoplasmose |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Hepatite B (HBV) |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Hepatite C (HBV) |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Rubéola |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | | | Parasitológico de fezes |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 |  | 1 2 3 | 1 | 2 | 3 | |   1º trimestre  Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia em jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU); Ultrassonografia obstétrica; Citopatológico de colo de útero (se for necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)  **2º trimestre**  Teste de tolerância para glicose com 75g (se a glicemia estiver acima de 85 mg/dL ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana); Coombs indireto (se for Rh negativo)  **3º trimestre**  Hemograma; Glicemia em jejum; Coombs indireto (se for Rh negativo); VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg); Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU); Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação). | |
| **ANTROPOMETRIA GESTANTE e MULHER IDADE FÉRTIL** | |
| **ENTREVISTADOR: Realizar aferição de altura e peso duas vezes, caso haja discrepância realizar a terceira medida.**  **109.PPG (gestante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1110. IMC PG (gestante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  111.Peso 1\_\_\_\_\_\_\_\_ **112.**Altura 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  113.Peso 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **114.**Altura 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  115.Peso 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 116.Altura 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  117. IMC atual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **FINALIZE ENTREVISTA, AGRADECENDO A COLABORAÇÃO E MENCIONANDO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS AJUDARÃO A COMPREENDER MELHOR A SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA CIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS.** | |

*Horário de término: \_\_\_:\_\_\_*

| ***ANOTAÇÕES*** |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |