CADERNETA DA GESTANTE

|  |
| --- |
| DADOS PESSOAIS |
| NOME: |
| DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE\_\_\_\_\_ |
| ENDEREÇO |
| NOME DO COMPANHEIRO: |
| DADOS OBSTETRICOS |
| DUM\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| DPP\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| EXAMES SOLICITADOS/ RESULTADOS |
| ABO-RH ( ) SIM ( )NÃO |
| Glicemia de jejum ( ) SIM ( )NÃO |
| Tolerância à glicose (teste oral) ( ) SIM ( )NÃO |
| Sífilis (teste rápido) ( ) SIM ( )NÃO |
| VDRL ( ) SIM ( )NÃO |
| HIV/Anti-HIV (teste rápido) ( ) SIM ( )NÃO |
| Hepatite B e C (teste rápido) ( ) SIM ( )NÃO |
| HBsAg (1º e 3º trimestre) ( ) SIM ( )NÃO |
| Toxoplasmose ( ) SIM ( )NÃO |
| Hemoglobina Hematócrito ( ) SIM ( )NÃO |
| Urina-EAS ( ) SIM ( )NÃO |
| Urina-cultura ( ) SIM ( )NÃO |
| Coombs indireto ( ) SIM ( )NÃO |
| ULTRASONOGRAFIA  DATA\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; IG DUM\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; IG USG\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;  PESO FETAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; PLACENTA\_\_\_\_\_\_\_\_; LÍQUIDO AMNIOTICO\_\_\_\_\_\_\_ |
| USO DE MEDICAMENTO  ( )SIM, QUAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( )NÃO |
| CONSULTAS MENSAIS |
| 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª  Data \_\_/\_\_/\_\_ \_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_\_/\_/\_ \_/\_/\_ \_/\_/\_    Queixa \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  IG-semanas \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  Peso (kg)/IMC \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_  Edema \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_  Pressão arterial \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  Altura uterina (cm) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_  Apresentação fetal \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_    BCF/Mov. Fetal \_\_\_\_\_\_  Nome do profissional \_\_\_\_\_\_ |