

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

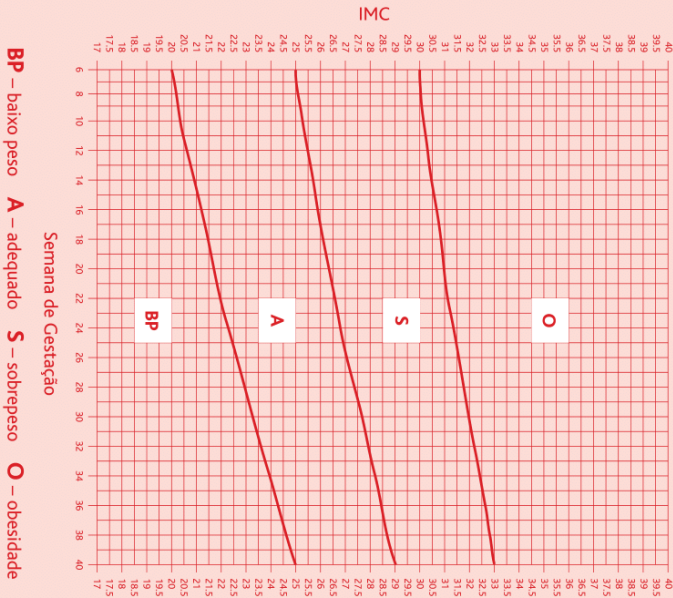
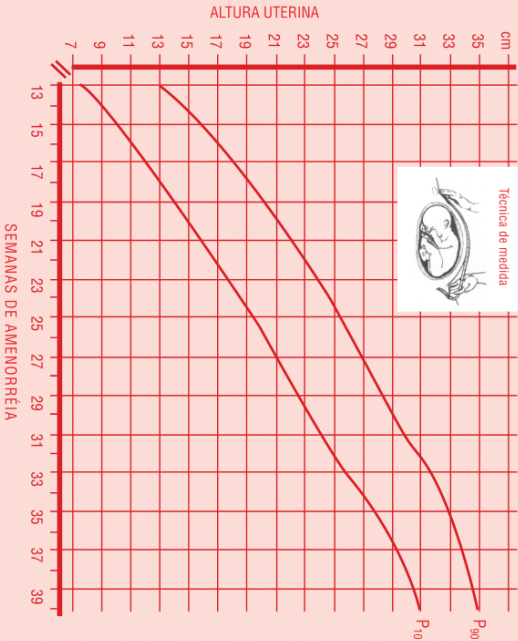


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Município: _____

Cadastro no SIS – pré-natal

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

[illegible]

PARTO		IDADE GESTACIONAL		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INÍCIO TP		MEMBRANAS		DATA RUPTURA			<input type="checkbox"/> CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO <div> <input type="checkbox"/> GRAVÍDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. </div> <div> <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE </div> <div> <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE </div> <div> <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE </div> <div> <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA </div> <div> <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. </div> <div> <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. </div> <div> <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER. </div> <div> <input type="checkbox"/> PARASITOSE <input type="checkbox"/> OUTRA </div> <div> <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO <input type="checkbox"/> NENHUMA </div>																		
HOSPITAL:		<input type="text"/> <input type="text"/> MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.		<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.		<table border="1"> <tr> <td>HORA</td> <td>DIA</td> <td>MÊS</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			HORA	DIA	MÊS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
HORA	DIA	MÊS																															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																															
<input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> FORC.		<input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> OUT.		HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO																								
									3º	2º	1º	DOMC.	OUTRO																				
<input type="checkbox"/> EPIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		MOMENTO <input type="checkbox"/> PARTO		ATENDIDA POR: <table border="1"> <tr> <td>MÉDIC.</td> <td>ENF./</td> <td>PAR. AUX.</td> <td>EMPIR.</td> <td>OUTROS</td> </tr> <tr> <td>PARTO <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NEONATO <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											MÉDIC.	ENF./	PAR. AUX.	EMPIR.	OUTROS	PARTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDIC.	ENF./	PAR. AUX.	EMPIR.	OUTROS																													
PARTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
NEONATO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.																													
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO		<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE		<input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO		<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> NENHUM																									

RECÊM-NASCIDO			REANIMAÇÃO		PESO AO NASCER		IDADE POR EXAME FÍSICO		PESO / IG		EX. FÍSICO IMEDIATO		PUERPÉRIO IMEDIATO										
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	VDRL <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> +	APGAR MINUTO <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 5° <input checked="" type="checkbox"/> 6 OU MENOS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> g MENOS DE 2.500 g <input checked="" type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div> Sem. <input checked="" type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> ADEQ. <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENO <input checked="" type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL								HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO							
												TEMPERATURA											
												PULSO (BATIMENTO / MINUTO)											
													PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)										
													INVOL. UTERINA										
													CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS										
													VITAMINA A										
ESTATURA <div><div></div><div></div></div> cm			EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL		EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input checked="" type="checkbox"/> DUVIDOSO		PATOLOGIAS <input checked="" type="checkbox"/> M. HIALINA <input checked="" type="checkbox"/> APNÉIAS <input checked="" type="checkbox"/> NEUROL. <input checked="" type="checkbox"/> OUTRA <input checked="" type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input checked="" type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> NENHUMA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS SDR <input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> A. CONG.																
PER. CEF. <div><div></div><div></div></div> cm																							
RN ALQU./CONJ. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input checked="" type="checkbox"/> C/ PATOL. <input checked="" type="checkbox"/> TRANSF. <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO			IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA <div><div></div><div></div></div> DIAS <div><div></div><div></div></div> HORAS			IDADE AO FALECER <div><div></div><div></div></div> DIAS <div><div></div><div></div></div> HORAS			ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input checked="" type="checkbox"/> MISTO <input checked="" type="checkbox"/> ARTIFIC.			ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIA <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input checked="" type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA			MORTE MATERNA <input checked="" type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> PARTO <input checked="" type="checkbox"/> PUERPÉRIO			ORIENT. / CONTRACEPÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input checked="" type="checkbox"/> NENHUM		