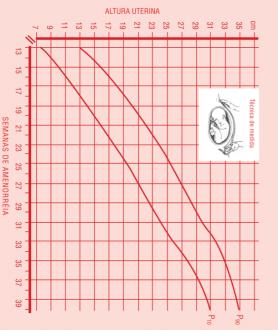
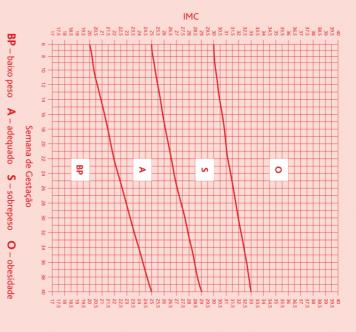
Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orient	Orientação/conduta	
ABO-RH							
Hb/Ht							
Glicemia de jeju	n						
VDRL							
Urina 1							
Anti-HIV							
HBsAg							
Toxoplasmose							
Combs. indireto							
Outros							
	Suple	mentação de sulfat	o ferroso e ácido fo	ólico – registrar sem	iana de gestação		
Sulfato ferroso Ácido fólico							
			Ultra-sonog	rafia			
Data IC	DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros	



Hospital/maternidade de referência:

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Nome:

Endereço:

Cadastro no SIS – pré-natal

Município:

Tel.:

Agendamento

Nome do profissional

Sala

Cartão da Gestante

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que Ministério da Saúde

IDADE N° DE PRO	NTUÁRIO	ALFABETIZADA ES	STUDOS	ANOS ESTADO CIVIL / UNIÃO COMPLETOS CASADA ESTÁVEL	SOLTEIRA OUTRO
		SIM	NENHUM MÉDIO	COR (INFORMADA POR	ALITO DECLARAÇÃO
MENOR DE 15 MAIOR DE 35		NÃO [FUNDAMENTAL SUPERIOR	BRANCA PRETA	PARDA AMARELA INDÍGENA
AITIEGEDEITIEG	SSOAIS SIM NÃO OBST	FÉTRICOS (Anotar o número de) ABORTOS — — —	,\	/IVEM DATA DO TÉRMINO	ALGUM RN PESOU
FAMILIARES SIM NÃO INF	ERTILIDADE GESTA(VAGII	/	DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	MENOS DE 2.500 g
DIARFTES DIA	BETES	PARTOS		MORRERAM NA 1ª SEMANA	NÃO SIM
L HIDEDT ART	ERT. ART. URG. PÉLV. UTERINA			MORRERAM AMAMENTAÇÃO	NASCIMENTO COM MAIOR PESO
		UM OU DE 3 PARTOS	MORTOS	APÓS 1ª SIM NÃO	
GRAVIDEZ ATUAL	DIA MÊS ANO DÚVIC	DAS ANTITETÂNICA ATUAI	HOSPITALIZAÇÃO	GRUPO TRANSF.	DIA MÊS ANO
PESO ESTATURA ANTERIOR	MUU	SIM PRÉVIA 1ª	2ª 3ª NA GRAVIDEZ	Rh SENSIB. SIM	
		NÃO SIM NÃO LI	S GESTAÇÃO NÃO DIAS	NÃO LOCAL:	
EX. CLÍNICO EX. DAS N	IAMAS EX. ODONTOLÓGICO F	PÉLVIS PAPANICOLA	AU COLPOSCOPIA	EX. CLÍNICO VDRL	FUMA Nº DE
NORMAL NORM	_ _	IORMAL NORMAL M NÃO SIM	NORMAL NÃO CO	CERVIX + DIA MÊS	
	NÃO SIM NÃO SI 2 3	M NÃO SIM	NÃO SIM NÃO 5	SIM NÃO	
CONSULTA Nº					
DATA					
IG SEMANAS					
PESO (kg)					
IMC					
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+) ALTURA UTERINA (cm)					
APRESENTAÇÃO					
BCF / MOV. FETAL ASS. DO PROFISSIONAL			/		
PARTO IDADE GESTACI	IONAL TAMANHO FETAL INÍCIO TP	MEMBRANAS DATA		DATOLOGIA NA OFOTAÇÃO (DAD	TO (DIJEDDÉDIO
HOSPITAL:	CORRESPONDE SIM ESP.	RUPTURA		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PAR	TO/PUERPERIO
MENOR DE 17 OL		INT. HORA		GRAVIDEZ MÚLTIPLA	DESPROP. CEF. PÉLV.
MAIOR DE 42 HORA		ROT. NÍVEL DE ATENÇÃO	TRAN.	HIPERTENSÃO PRÉVIA	HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
EXP. CES.		3° 2°	1° DOMIC. OUTRO	PRÉ-ECLÂMPSIA ECLÂMPSIA	HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
FORC. OUT. DEQU	JIT. EXP. MORTE FETAL	A A	TENDIDA POR:	CARDIOPATIA	ANEMIA CRÔNICA
	SIM NÃO NÃO SIM	MÉDIC. ENF./	PAR. AUX. EMPIR. OUTROS	DIABETES	RUPTURA PREMAT. MEM.
I _ ' _ I _	ENTA COMPL. MOMENTO PARTO	PARTO L		INFECÇÃO URINÁRIA	INFECÇÃO PUERPER.
SIM NÃO	SIM NÃO GRAV. IGNO.	NEONATO		OUTRAS INFECÇÕES	HEMORRAGIA PUERPER.
MEDICAÇÃO NO PARTO	=	=	STESIA GERAL OCITOC.	PARASITOSES AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	OUTRA NENHUMA
ANALGÉSICO	TRANQÜILIZANTE ANTIE	віо́тісо ошті	ROS NENHUM	TWILD IGN DE TRAITO THE WATCH TO	NEWTOWN
RECÉM-NASCIDO	REANIMAÇÃO PESO AO I	NASCER IDADE POR	PESO / IG EX. FÍSICO	HORAS OU DIAS PÓS-	
	R MINUTO	EXAME FÍSICO	IMEDIATO ADEQ.	PARTO OU ABORTO TEMPERATURA	
□ F □ □ □	1° 5° SIM	g Sem.	PEQUENO NORMA	PULSO (BATIMENTO /	
	6 OU MENOS NÃO MENOS DE	MENOR DE	CDANIDE ANODM	AL PRESSÃO ARTERIAL	
		37 SEMANAS		AL	
ESTATURA EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA		_		INVÓL, UTERINA	
cm D NORM	NORMAL M. H		NEUROL. OUTRA	CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS	
PER. CEF. NORM	AL ANORMAL S. A	SPIRAT. HEMORRAGIA	HIPERBILI. NENHUMA	VITAMINA A	
cm ANORM	MAL DUVIDOSO OUT	TROS SDR NFECÇÃO	A. CONG.	ALTA MATERNA MORTE MATE	RNA ORIENT. / CONTRACEPÇÃO CONDOM
RN ALOJ/CONJ. ALTA) FALECER ALIMENTAÇÃO	SADIA GRAVI	
SIM	SADIO C/ PATOL.	FERÊNCIA] PEITO	TDANGERUDA	ORAL OUTRA
	WINIOL.	DIAS	DIAS	TRANSFERIDA PARTO	LIG. DA TRO.
NAO	TRANSE ÓDITO		MISTO .		
NÃO	TRANSF. ÓBITO	HORAS	MISTO HORAS ARTIFIC.	C/ PATOLOGIA PUERF	. I H DITMO





