

## FICHA DE INTERNAÇÃO

**DATA**

**REGISTRO**

### IDENTIFICAÇÃO

**NOME**

**IDADE**

**MOTIVO:**

**DOCENTE:**

**RESIDENTE:**

**DOUTORANDO:**

**ACADÊMICO:**

### ANAMNESE

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> GEMERALIDADE <input type="checkbox"/> MALFORMAÇÕES <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> INFECÇÕES <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> CIRURGIAS PRÉVIAS <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <pre> graph TD     A[ESPONTÂNEO] --- B[ABORTOS]     A --- C[PROVOCADOS]     A --- D[CURETAGENS]     B --- E[VAGINAIS]     C --- F[NATIMORTOS]     D --- G[NATIVIVOS]     E --- H[CESÁREA]     E --- I[FÓRCEPS]     E --- J[VIVOS]     E --- K[MORTOS]     F --- L[PRÉ-TERMO]     F --- M[TERMO]     G --- N[PARTOS]     G --- O[GESTAÇÕES]     H --- P[VIVOS]     H --- Q[MORTOS]     I --- R[PESO &gt;4000G]     I --- S[DATA DO ÚLTIMO PARTO]   </pre> </div>
<b>MEDICAÇÕES EM USO</b>		DATA DO ÚLTIMO PARTO <input type="text"/> PESO >4000G <input type="text"/>

### GESTAÇÃO ATUAL

**NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL:**

**DUM:**

**IG (DUM)**

**1<sup>a</sup> USG: DATA**

**IG (USG)**

**DATA PROVÁVEL DO PARTO PELA 1<sup>a</sup> USG:**

### EXAME FÍSICO

PA: DLE: PROT: TEMP: FC:	<b>ABDOME</b> <b>DORSO:</b> <b>BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS:</b> <b>ALTURA UTERINA:</b> <b>DINÂMICA UTERINA:</b> <b>TÔNUS</b>	<b>ÂNGULO SUBPÚBICO:</b> <input type="checkbox"/> >90° <input type="checkbox"/> =90° <input type="checkbox"/> <90° <b>ESPINHAS CIÁTICAS:</b> <input type="checkbox"/> PLANAS <input type="checkbox"/> SALIENTES <b>PROMONTÓRIO:</b> <input type="checkbox"/> ATINGÍVEL <input type="checkbox"/> INATINGÍVEL <b>DILATAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> ESPESSURA <b>COLO UTERINO (BISHOP):</b> <b>BOLSA:</b> <input type="checkbox"/> ÍNTegra <input type="checkbox"/> ROTA, ÀS <b>LÍQUIDO AMNIÓTICO</b>
--------------------------------------	---	---

**EXAME ESPECULAR:**

**DIAGNÓSTICO:**

**CONDUTA:**

NOME: \_\_\_\_\_  
 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ RESIDENTE: \_\_\_\_\_  
 DOUTORANDO: \_\_\_\_\_ ACADÉMICO: \_\_\_\_\_

### SÚMULA DO PARTO

TIPO DE PARTO:	Normal ( )	Fórceps ( )	Cesárea ( )
INDICAÇÃO:			
INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO	às: _____	h	de _____ / _____
ROTURA DAS MEMBRANAS	às: _____	h	de _____ / _____
EXPULSÃO FETAL	às: _____	h	de _____ / _____
APRESENTAÇÃO:	DESPRENDIMENTO: _____		

### RECÉM-NASCIDO

Vivo ( ) Morto ( ). Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Indefinido ( ). Macerado: Sim ( ) Não ( ).  
 APGAR: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MALFORMAÇÕES: Sim ( ) Não ( ). TOCOTRAUMATISMO: Sim ( ) Não ( ).  
 Qual: \_\_\_\_\_ obs.: \_\_\_\_\_

### PARTO

ANTISSEPSIA COM PVPI:	Sim ( )	Não ( )
MANOBRAS:	Sim ( )	Não ( )
Quais:		
EPISIOTOMIA:	Sim ( )	Não ( )
Médio-lateral ( )	Mediana ( )	Lateral ( )
ANESTESIA:		
LACERAÇÕES:	Sim ( )	Não ( )
Qual:		

### DEQUITAÇÃO

ESPONTÂNEA:	Sim ( )	Não ( )	
MANOBRAS EXTERNAS:	Sim ( )	Não ( )	
Qual:			
DESCOLAMENTO MANUAL:	Sim ( )	Não ( )	
CURAGEM:	Sim ( )	Não ( )	
CURETAGEM:	Sim ( )	Não ( )	
ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA PLACENTA:	Sim ( )	Não ( )	
Quais:			
PESO DA PLACENTA:	< 500g ( )	= 500g ( )	> 500g ( )
COMPRIMENTO DO CORDÃO:	< 50cm ( )	= 50cm ( )	> 50cm ( )
IMPLANTAÇÃO:	Central ( )	Lateral ( )	Paracentral ( )
LIGADURA:	Oportuna ( )	Precoce ( )	

### SÍNTSE:

TOQUE RETAL: Sim ( ) Não ( )  
 RETIRADA DO TAMPÃO VAGINAL: Sim ( ) Não ( )  
 INTERCORRÊNCIAS: \_\_\_\_\_

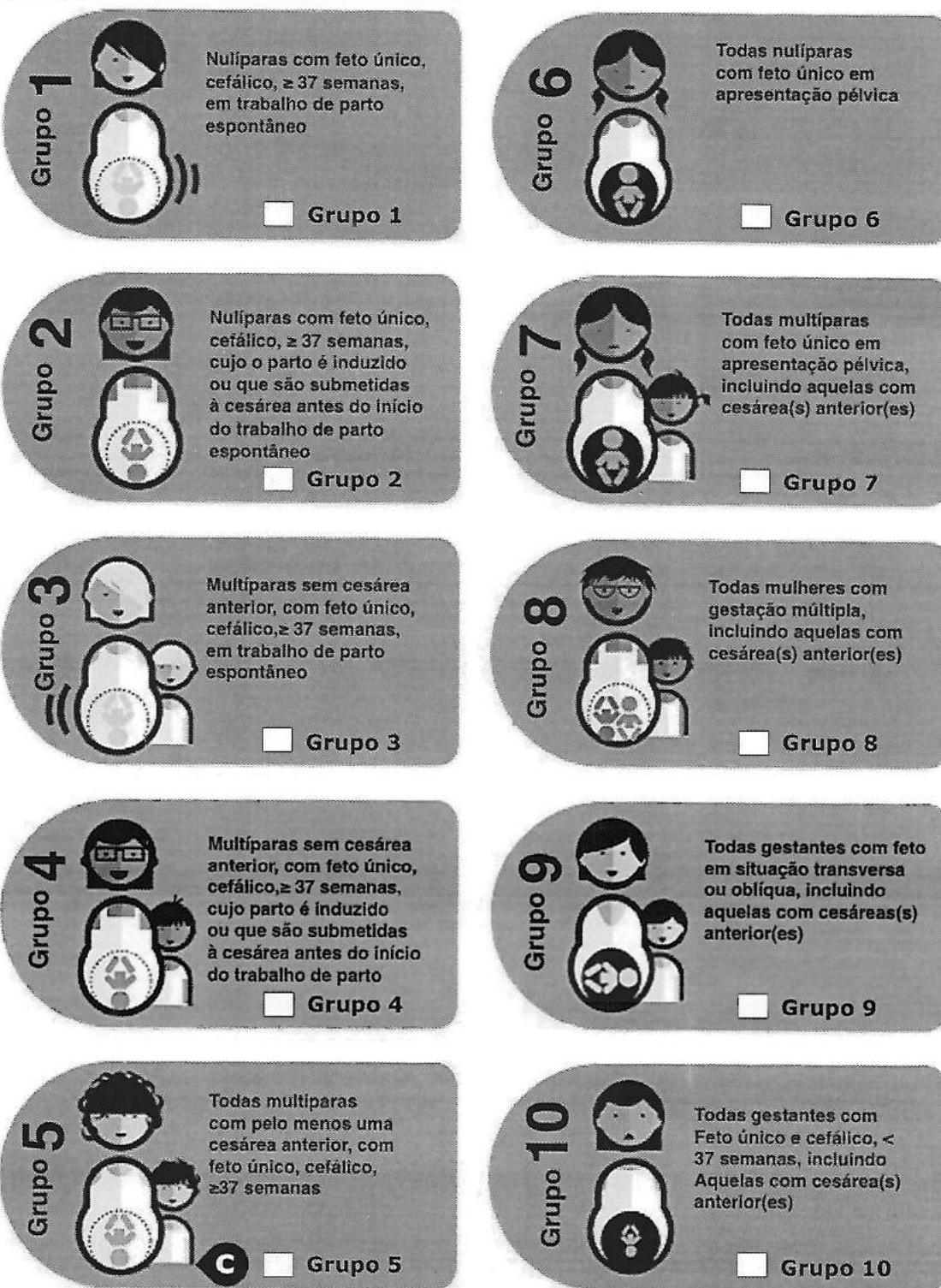
### FÓRCEPS

INDICAÇÃO:	Alívio ( )	Cabeça derradeira ( )	Outros ( )	_____
TIPO DE FÓRCEPS:	Simpson ( )	Piper ( )	Kielland ( )	_____
PLANO DE HODGE:	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )
VARIEDADE DE POSIÇÃO:				
APLICAÇÃO às	_____	h		
PEGA OBTIDA:				
LACERAÇÕES:	Sim ( )	Não ( )	TIPO:	_____
REVISÃO DO CANAL DE PARTO:	Sim ( )	Não ( )		
TRAQUELORRAFIA:	Sim ( )	Não ( )		

## CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

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

Reg. AGHU: \_\_\_\_\_



CESÁREA ANTERIOR



TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO

Marque com um "X" na legenda o grupo adequado.



## Termo de Consentimento Informado

### Assistência ao trabalho de parto e parto normal

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo) \_\_\_\_\_ (idade) \_\_\_\_\_ (nº prontuário), portadora do RG \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada à \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_\_ (estado), declaro que fui informada pelo médico(a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_, que considerando o diagnóstico \_\_\_\_\_, o meu parto tem possibilidade de ser **um PARTO NORMAL**, que consiste em esperar que as contrações do útero levem ao nascimento do bebê.

Fui esclarecida que o trabalho de parto será acompanhado e conduzido por médicos e/ ou enfermeiros obstetras. Estudantes de cursos da área da saúde podem estar presentes tendo em vista que a maternidade é um hospital escola. Durante todo o trabalho de parto, a parturiente tem direito a apenas um acompanhante da sua escolha. A presença de doulas é permitida quando solicitada pela paciente desde que sejam previamente cadastradas, sendo vedado que elas realizem procedimentos privativos de profissionais de saúde. A doula deverá apenas apoiar, encorajar, oferecer conforto e suporte emocional neste momento.

Durante o trabalho de parto serei assistida na enfermaria de pré -parto (Centro Obstétrico) e pode ser necessário ficar em jejum de acordo com a indicação médica. O número de toques vaginais realizado até o parto é variável e depende da avaliação técnica da equipe para definir condutas. Existem situações em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as boas condições de nascimento do feto e a saúde da mãe, tais como: uso de ocitocina para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas, necessidade de analgesia e/ou anestesia local, realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico), ruptura artificial da bolsa das águas, exame de cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal), episiotomia (corte no períneo), sutura do períneo e procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórceps ou vácuo-extrator). Os procedimentos a serem realizados serão informados previamente à mãe e ao acompanhante, respeitando a autonomia da paciente desde que a segurança da mãe e do bebê não seja prejudicada.

Após o parto, aguarda-se a expulsão da placenta espontaneamente, mas manobras como massagens e limpeza da cavidade uterina com curetagem ou com as mãos podem ser realizadas para evitar sangramento volumoso ou retenção de restos placentários. A ocitocina por via intramuscular ou endovenosa é administrada de rotina para diminuir o risco de hemorragia pós parto. O bebê será assistido por pediatra e pode não ser entregue imediatamente a mãe quando suas condições ao nascer exigirem assistência médica para

ajudar o recém-nascido a respirar. Procedimentos como aspiração de secreção, oferta de oxigênio, ventilação com máscara e massagem cardíaca podem ser indicados nesse momento. Geralmente, a placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança são examinados e desprezados. Eventualmente, a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao Serviço de Patologia, procedimento este que autorizo desde já que seja feito, se necessário.

Informaram-me que mesmo com o uso das melhores técnicas médicas e o máximo de zelo do profissional há sempre riscos e possibilidade da ocorrência de problemas não desejados que fogem do controle da equipe. As complicações mais comuns relacionadas ao parto normal são infecção puerperal e hemorragia. Outros riscos mais raros relacionados ao parto são: ruptura ou inversão uterina, histerectomia (retirada cirúrgica do útero mesmo em mulher que deseja ter mais filhos com o objetivo de preservar sua vida), a possibilidade de transfusão de sangue, lacerações vaginais e retais, formação de cicatrizes , hematomas, incontinência urinária e /ou fecal, fratura de clavícula ou lesão de plexo braquial do recém-nascido ( em casos de difícil extração fetal quando o ombro do bebê fica preso no canal vaginal), morte da criança por aspiração de meconíio.

Em face de razões decorrentes da natureza e que não podem ser alteradas pelo médico, ou pelo Hospital, o recém-nascido poderá ser prematuro, malformado ou sofrer de alguma doença sistêmica ou congênita não diagnosticada no pré-natal, que poderá determinar dificuldades de nascimento ou sequelas.

Declaro ter sido esclarecida que, apesar de o parto vaginal ser considerado seguro na ausência de contraindicação, em qualquer momento durante o trabalho de parto, devido a fatores não controlados pela equipe ao sofrimento da criança, falta de contrações, parada da descida do bebê, ou desproporção entre a criança e a bacia da mãe, a via de parto pode mudar e a cesárea poderá ser indicada.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e estou satisfeito com a informação recebida. Reservo-me o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes do procedimento. Nestas condições, consinto que se realize a assistência ao PARTO NORMAL.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará no prontuário da paciente e outra com a paciente ou seu responsável.

NATAL,

### Assinatura da gestante

### Assinatura do obstetra

(Nome, assinatura e RG da testemunha 1)

(Nome, assinatura e RG da testemunha 2)

**TESTES RÁPIDOS PARA DETECCÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV E SÍFILIS**

Nome do usuário: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M) – Raça: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E BUSCA CONSENTIDA**

Após ter passado por Aconselhamento pré-teste e recebido orientação quanto aos meios de infecção por HIV e Sífilis, concordo que sejam realizados o Teste Rápido de diagnóstico do HIV, sífilis, Hepatite B e C e o COVID-19 a partir de uma amostra coletada da minha polpa digital, que deverá ser analisado conforme orienta as Portarias do Ministério da Saúde.

Declaro ainda que no aconselhamento fui devidamente esclarecido quanto a importância de saber os resultados dos meus exames e/ou dos benefícios de comparecer as consultas previamente agendadas. Portanto:

( ) Não autorizo a este serviço de saúde que entre em contato comigo;

( ) Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

( ) Telefone

( ) Endereço

**ASSINATURA DO USUÁRIO****TESTES RÁPIDOS PARA DETECCÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV**Amostra: **sangue total****TESTE 1:** Nome do produto: \_\_\_\_\_

Método: imunocromatografia

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

(Reagente / Não Reagente / Não Realizado)

**TESTE 2:** Nome do produto: \_\_\_\_\_

Método: imunocromatografia

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

(Reagente / Não Reagente / Não Realizado)

**IMPORTANTE:**

1. A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1 Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada após 30 dias .

2. A amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2).

2.1 A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV".

3. Exames realizados em conformidade com a Portaria nº 29/2013-SVS/MS, de 17 de dezembro de 2013..

**TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE ANTICORPOS SÍFILIS**Amostra: **sangue total****TESTE :** Nome do produto: \_\_\_\_\_

Método: imunocromatografia

**INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:** \_\_\_\_\_

(Amostra reagente ou não reagente para o sífilis)

**IMPORTANTE:** O teste rápido utilizado é um teste treponêmico

1. Amostra REAGENTE no teste rápido para sífilis: Uma amostra por punção venosa deverá ser colhida para a realização do Fluxograma

2. Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis.

3. Resultado Indeterminado. Persistindo resultado indeterminado, deverá ser colhida uma nova amostra após 30

4. "O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica

5. Exames realizados em conformidade com a Portaria nº 3242 de 30 de dezembro de 2011.

**TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE ANTIGÉNIO DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBsAG) E ANTI HCV.**Amostra: **sangue total****TESTE :** Nome do produto: \_\_\_\_\_

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

(Reagente / Não Reagente / Não Realizado)

Amostra : **Sangue Total**

Teste: Nome do Produto: \_\_\_\_\_

Resultado do Teste: \_\_\_\_\_

(Reagente / Não Reagente/ Não Realizado)

1. REAGENTE no teste rápido para triagem do HBsAg e Anti HCV: Deverá ser realizado testes complementares para conclusão do diagnóstico.

2. Amostra com resultado NÃO REAGENTE. OBSERVAR ESQUEMA VACINAL

3."O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à sua história clínica e/ou epidemiológica."

4. . Exames realizados em conformidade com a Portaria Nº 355, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2016.

**TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE ANTIGÉNIO (TR-Ag) PARA COVID-19 – COLETA DO 1º AO 7º DIAS DE SINTOMAS****1. REAGENTE-** confirma o diagnóstico;não haverá necessidade de exames específicos adicionais;**2- NÃO REAGENTE-** permanece a suspeita clínica, deverá ser colhido RT-PCR assim que possívelAmostra : **Sangue Total****TESTE :** Nome do produto: \_\_\_\_\_

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

Natal \_\_\_\_\_  
Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Técnico Responsável: \_\_\_\_\_



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE**

NOME DA PACIENTE: \_\_\_\_\_

<b>MUDANÇA PROCEDIMENTO</b>	
<b>DIÁRIA DE UTI</b>	
<b>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</b>	X
<b>VACINA ANTI RH</b>	
<b>NUTRIÇÃO PARENTERAL</b>	
<b>USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO</b>	
<b>PERMANÊNCIA MAIOR</b>	

PROCEDIMENTO ANTERIOR \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_