

FICHA DE INTERNAÇÃO

DATA

REGISTRO

IDENTIFICAÇÃO

NOME

IDADE

MOTIVO:

DOCENTE:

RESIDENTE:

DOUTORANDO:

ACADÊMICO:

ANAMNESE

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
DIABETES () HIPERTENSÃO () CARDIOPATIA () GEMERALIDADE () MALFORMAÇÕES () OUTRAS ()	DIABETES () HIPERTENSÃO () CARDIOPATIA () INFECÇÕES () TABAGISMO () DIABETES () ETILISMO () CIRURGIAS PRÉVIAS () OUTRAS ()	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ESPONTÂNEO [] ABORTOS [] </div> <div> PROVOCADOS [] GESTAÇÕES [] PRÉ-TERMO [] </div> <div> CURETAGENS [] PARTOS [] TERMO [] </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> VAGINAIS [] CESÁREA [] FÓRCEPS [] </div> <div> NATIMORTOS [] NATIVOS [] VIVOS [] MORTOS [] </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATA DO ÚLTIMO PARTO []</div> <div>PESO >4000G []</div> </div>
MEDICAÇÕES EM USO		

GESTÇÃO ATUAL

NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL:

DUM:

DPP:

IG (DUM)

1ª USG: DATA

IG (USG)

DATA PROVÁVEL DO PARTO PELA 1ª USG:

EXAME FÍSICO

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

EXAME ESPECULAR:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA:

NOME: _____
REGISTRO: _____
RESPONSÁVEL: _____ RESIDENTE: _____
DOUTORANDO: _____ ACADÊMICO: _____

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

ANTISSEPSE 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 ()

SÍNTESE:

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

FÓRCEPS


INDICAÇÃO: Alívio () Cabeça derradeira () Outros ()
TIPO DE FÓRCEPS: Simpsen () 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: _____


Grupo 1



Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

☐ Grupo 1


Grupo 6



Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

☐ Grupo 6


Grupo 2



Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo o parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto espontâneo

☐ Grupo 2


Grupo 7



Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

☐ Grupo 7


Grupo 3



Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

☐ Grupo 3


Grupo 8



Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

☐ Grupo 8


Grupo 4



Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

☐ Grupo 4


Grupo 9



Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

☐ Grupo 9

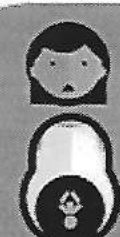
Grupo 5



Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas

☐ Grupo 5

Grupo 10



Todas gestantes com Feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo Aquelas com cesárea(s) anterior(es)

☐ Grupo 10



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

Termo de Consentimento Informado Cesárea

Eu, _____ (nome completo),
_____ (idade) _____ (nº prontuário) _____ (nacionalidade),
portadora do RG _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____,
residente _____ e domiciliada _____ na

(cidade)/ _____ (estado), declaro para os devidos fins que fui
informada pelo médico(a) _____ CRM _____ da
necessidade da **realização do PARTO CESÁREA**, que consiste em uma cirurgia para a retirada
do feto por via abdominal, devido ao seguinte
diagnóstico: _____.

Apesar da frequência das complicações ser maior nas mulheres submetidas a cesariana do que naquelas submetidas a parto vaginal, declaro ter ciência de que as condições atuais da minha gestação tornam a cesárea uma opção mais segura e com menor risco de intercorrências para a mãe e para o feto do que o parto normal, neste momento.

Fui informada que a cesariana sempre necessita de anestesia, que poderá ser raquidiana, peridural ou geral de acordo com a avaliação do médico anestesista. O procedimento anestésico envolve riscos como: cefaléia pós raquí (dor de cabeça que surge após anestesia e desaparece em até duas semanas), reações alérgicas (incluindo anafilaxia), afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos menos comuns.

Após a admissão no centro cirúrgico, será realizada a passagem de uma sonda vesical (introdução de cateter estéril, através da uretra até a bexiga, para drenar a urina). A cirurgia será executada por médicos obstetras, incluindo médicos residentes. A presença de um acompanhante é permitida, exceto quando há restrições técnicas ou de equipamentos/materiais que tornem inseguro recebê-lo no ambiente do centro cirúrgico. Como será feito um corte na barriga para a retirada do bebê, ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica e seu aspecto independe da habilidade do meu médico, pois depende das características de cicatrização de cada paciente, poderá ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta/elevada), cicatriz atrófica (cicatriz rebaixada na pele), cicatrização hipertrófica (espessa) e, até mesmo, alargamento da cicatriz.

O bebê será assistido por pediatra e pode não ser mostrado 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.

Foi-me esclarecido que a cesárea não está isenta de complicações. Podem acontecer intercorrências relacionadas ao parto e decorrentes da intervenção cirúrgica como: hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero mesmo em uma mulher que deseje mais filhos, com o fim de preservar a vida), transtornos de coagulação, a possibilidade de transfusão de sangue, endometrite (infecção do útero), infecção do corte da cesárea, seromas, hematomas, abertura da cicatriz ou dos pontos, aderências pós-operatórias (situação em que um órgão cola em outro, eventualmente dificultando

alguma cirurgia futura) e inflamações com abscessos. Raramente, há a possibilidade de formação de fístulas, que consistem em uma conexão anormal entre a bexiga e o útero ou vagina e que, porventura, irão demandar tratamento cirúrgico posterior para sua correção.

Além disso, em gravidezes posteriores, a cesárea aumenta o risco de rotura uterina (rompimento do útero antes do bebê nascer podendo acarretar hemorragia e morte fetal), placenta prévia (a placenta fica à frente do bebê, obstruindo o canal de parto e causando sangramentos durante a gestação) e acretismo placentário (complicação grave na qual a placenta penetra mais fundo no útero dificultando sua retirada, podendo ser necessária a remoção do útero para conter hemorragia). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica programada.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e concordo com a realização do **parto cesárea**. Reservo-me o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes do procedimento, devendo para isso determinar equipe médica que continue a prestar a devida assistência médica ao meu trabalho de parto.

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 DETECÇÃO 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 USUARIO

TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO 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 DETECÇÃO 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 DETECÇÃO DE ANTIGÊNIO 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 DETECÇÃO DE ANTIGÊNIO (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 possível

Amostra : **Sangue Total**

TESTE : Nome do produto: _____
 Resultado do teste: _____

Natal

Local

Data

Técnico Responsável: _____

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE

NOME DA PACIENTE: _____

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

PROCEDIMENTO ANTERIOR _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____

JUSTIFICATIVA _____

Data _____

ASSINATURA