

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 >4000G] I --- S[DATA DO ÚLTIMO PARTO] </pre> </div>
MEDICAÇÕES EM USO		DATA DO ÚLTIMO PARTO <input type="text"/> PESO >4000G <input type="text"/>

GESTAÇÃO ATUAL

NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL:

DUM:

IG (DUM)

1^a USG: DATA

IG (USG)

DATA PROVÁVEL DO PARTO PELA 1^a USG:

EXAME FÍSICO

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

EXAME ESPECULAR:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA:

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 SÍFILISAmostra: **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:** _____

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