

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1

Município do atendimento

2

Código do IBGE

3

Sigla da UF

4

Nome do Estabelecimento de Saúde

5

Código CNES

6

Nº área

7

Nº microárea

8

Nome do profissional

CBO

9

Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10

Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11

N.º inscrição social - NIS

12

Nome da gestante

13

Data nascimento

14

Nome da mãe da gestante

15

Idade : ____/____/____

menor de 15 anos

16

Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17

Nº NIS

18

Município de residencia:

19

UF:

19

Código IBGE

20

Logradouro (Rua avenida):

21

Bairro:

22

Nº

23

Complemento

24

Ponto de referência

25

CEP

26

Telefone fixo

27

Celular

28

E-mail:

29

Escolaridade

30

Estado civil/união

31

Raça/cor (por autodeclaração):

32

Nome do cartório:

33

Certidão:
[1] Nascimento [2] Casamento
[3] Separação/Divórcio

34

Livro:

35

Folha:

36

Termo

37

Data de emissão:

38

Identidade:

39

Data de emissão:

40

Órgão Emissor

41

UF:

42

Carteira de trabalho:

43

Série

44

UF:

45

CPF:

DADOS PESSOAIS

[01] Analfabeto

[1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)

[2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)

[3] 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)

[4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

[5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

[6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

[7] Educação superior incompleta

[8] Educação superior completa

[9] Ignorado

[10] Não se aplica

[01] Convive com companheiro e filho(s)

[2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos

[3] Convive com companheiro, com filho(s) e/outras familiares

[4] Convive com familiar(es), sem companheiro

[5] Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais

[6] Vive só

[11] branca

[2] preta

[3] amarela

[4] parda

[5] indígena

[9] Ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

33

Certidão:
[1] Nascimento [2] Casamento
[3] Separação/Divórcio

34

Livro:

35

Folha:

36

Termo

37

Data de emissão:

38

Identidade:

39

Data de emissão:

40

Órgão Emissor

41

UF:

42

Carteira de trabalho:

43

Série

44

UF:

45

CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do:

[1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46

DUM

47

DPP ____/____/____

48

Altura/cm

49

Peso/gramas

50

Precisa de auxílio deslocamento

51

Semanas de gestação, se DUM ignorada.

52

Tipo de gravidez:

Única

Gemelar

Tripla ou mais

Ignorada

53

Gravidez Planejada

NÃO

SIM

54

IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____

55

Data do ultrassom: ____/____/____

56

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes

NÃO

SIM

Tromboembolismo

NÃO

SIM

Pré-eclâmpsia

NÃO

SIM

Doença Mental

NÃO

SIM

Eclâmpsia

NÃO

SIM

Hipertensão

NÃO

SIM

Cardiopatia

NÃO

SIM

Outros, qual:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	57	NÃO	SIM	Trabalho de parto prematuro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diabetes Gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 1° Trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
				Isomunização RH	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Se, sim : Insulina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 2° Trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
				Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia 3° Trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
				Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cigarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
				Alcool	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Drogas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pós-Datismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
				Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>										
SITUAÇÃO VACINAL	58	Situação da vacina antitetânica						59	Hepatite B						60	INFLUENZA			
	[1] Não vacinada <input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos [3] Imunizada a mais de 5 anos [4] Vacinação incompleta [9] Ignorado						INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____; 2ª ____/____/____; 3ª ____/____/____; Reforço ____/____/____.						[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado						[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado DATA ____/____/____
61 Unidade de referência pré- natal de alto risco: _____ Código CNES: _____																			
62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado <input type="checkbox"/> 63 Participação em atividade educativa [1] - SIM - DATA:- ____/____/____ <input type="checkbox"/> 64 Realizou visita à maternidade : [1] - SIM - Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> [2] - NÃO <input type="checkbox"/>																			

TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO				RESULTADO				SOLICITAÇÃO				RESULTADO			
	65	Gravidez	NÃO	SIM	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	66	Sífilis	NÃO	SIM	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____				
	67	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	68	Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				
				Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____					Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____					

EX .DE ROTINA	69	Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	70	Hemoglobina HB<11g/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	71	Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	72	VDRL+	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	73	Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	74	Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	75	Urina , Alteração?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		IgG Positivo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	77	Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		IgM Positivo ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	79	Ultrassom Obstétrico			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	76	Urocultura Positiva?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
							78	Outros informar: _____				

EX . ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO				RESULTADO				SOLICITAÇÃO				RESULTADO			
	80	Coombs Indireto positivo	NÃO	SIM	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	81	Eletroforese de Hemoglobina alterada.	NÃO	SIM	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				
	82	Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						
	83	TOT alterado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____										

EX . EXAMES ESPECIAIS	SOLICITAÇÃO				RESULTADO				SOLICITAÇÃO				RESULTADO			
	84	Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	85	Dosagem de Ácido Úrico	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____								
	86	Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87	Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____								
	88	Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89	Eletrocardiograma	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____								
	90	Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91	Outros	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____								
	92	Cardiotocografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____												