

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

ATENÇÃO: CONTINUAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA 1ª CONSULTA

ANTECEDENTES

Familiares: Diabetes Hipertensão arterial Gemelaridade Má formação Outros: _____
Pessoais: Infecção urinária Infertilidade Cardiopatia Diabetes Hipertensão Cirurgia pélvica/uterina
 Má formação DST Fumo Álcool Outras drogas _____ Outros: _____
Ginecológicos: Menarca: _____ anos / Ciclo menstrual: duração: _____ Intervalo: _____ Regularidade: Sim Não
Dismenorréia Sim Não
Início da atividade sexual: _____ anos Nº de parceiros no último ano: 1 2 3 4 e mais
Uso de métodos anticoncepcionais: Não Sim Tipo: Barreira Hormonal-oral Hormonal-injetável DIU Natural
Obstétricos: Nº gestações: _____ Nº ectópicas: _____ Gemelares: _____
Nº partos: _____ / Nº vaginais: _____ / Nº cesáreos: _____ / Abortamentos: _____ com Curetagem sem Curetagem
Nascidos vivos: _____ / Nascidos mortos: _____ / Filhos vivos atuais: _____
Nº RN com Peso: < 2.500 g _____ / > 4.000 g _____ Intervalo gestação/parto: _____ anos
Amamentou? Sim, tempo: _____ Não, motivos: _____

GESTAÇÃO ATUAL

Queixas: Hiperemese Dor em baixo-ventre Alterações urinárias Sangramento Leucorréia
 única gemelar Outras: _____
Pretende amamentar? Sim Não Motivo: _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ kg **Estatura:** _____ cm. **IMC:** _____ **PA:** _____ / _____ mmHg (Obs.: anotar em mmHg)
Idade Gestacional (semanas): Até 14 semanas 14 a 28 semanas 29 a 42 semanas
Altura uterina: _____ cm. **Batimento cardíaco fetal:** _____ bpm
Ex. Clínico: Normal Sim Não **Ginecológico:** Normal Sim Não **Ex. Mamas:** Normal Sim Não
Achados anormais:

EXAMES SOLICITADOS

ABO Rh VDRL Urina I Urocultura Glicemia Hb Ht HIV HbsAg IgMToxo
 Ultrasonografia 1º Trimestre Outros: _____

AVALIAÇÃO GERAL

Orientação odontológica: Não Sim Encaminhamento odonto: Não Sim
Problemas emocionais: Não Sim Cuidados Especiais: _____
Encaminhamentos: Não Sim _____

SUPLEMENTAÇÃO

Sulfato ferroso Ácido fólico Outra: _____

RISCO GESTACIONAL

Risco gestacional: Não Sim Baixo Alto Não Informado Ignorado
Unidade de encaminhamento Alto Risco: _____
*Observar Quadro de Risco Gestacional e Classificação da Gestante na página 5

PARECER E CONDUTA: _____

RESPONSÁVEIS:

Pelo atendimento (assinatura e carimbo): _____ Enfermeiro(a) Médico(a)
Pela digitação: _____ Data digitação: ____/____/20____

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Consultas	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
Data do Atendimento	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___
Idade Gestacional (semanas)	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
Peso (kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
Batimento Cardíaco Fetal						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Orientação Amamentação						
Edema						
Intercorrências / Observações						
Diagnósticos						
Conduta						
Atualiza Cartão Pré-Natal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Exames Solicitados	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____
Situação Vacinal	Difteria/Tétano	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> Reforço	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> Reforço	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> Reforço	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> Reforço	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> Reforço
	Hepatite B N° Doses	<input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> Desconhecida
	Influenza	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Risco Gestacional**	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado
Unidade enc. Alto Risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual Serviço de Alto Risco						
Profissional (Assinatura e Carimbo)						
Digitado por						

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura²

**Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na página 5

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Consultas	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a
Data do Atendimento	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__
Hora do Atendimento	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
Idade Gestacional (semanas)						
Peso (kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
Batimento Cardíaco Fetal						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Orientação Amamentação						
Edema						
Intercorrências / Observações						
Diagnósticos						
Conduita						
Atualiza Cartão Pré-Natal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Exames Solicitados	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Rotina Pré-Natal <input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> Imune <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> Reforço <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Desconhecida
Situação Vacinal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Risco Gestacional**	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não Inf. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignorado
Unidade enc. Alto Risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual Serviço de Alto Risco						
Profissional (Assinatura e Carimbo)						
Digitado por						

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura²

**Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na página 5

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

Exames: Gestante: Grupo sanguíneo (ABO): _____ Rh+ Rh- Sensibilizada Sim Não Coombs indireto: _____
 Pai: Grupo sanguíneo (ABO): _____ Rh+ Rh- Transfusão: Sim ___/___/___ Não

	Rastreamento	Resultado	Data	Idade Gest.	Resultado	Conduta
1º TRIMESTRE	VDRL (Sorol. Sífilis)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente Titulação: 1: _____	Tratado: Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
	HbsAg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
	Toxo - IgM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
	Toxo IgG	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
	Hb/Ht	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ Anemia: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	
	Urina I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada: _____	
	Urocultura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva: _____	
	Glicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Alterada: ≥ 90 mg%	
2º T	Urina I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada: _____	
	Urocultura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva: _____	
	Glicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Alterada: ≥ 90 mg%	
3º TRIMESTRE	VDRL (Sorol. Sífilis)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente Titulação: 1: _____	Tratado: Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
	Urina I	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada: _____	
	Urocultura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva: _____	
	Glicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Alterada: ≥ 90 mg%	
	Pesquisa Strepto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva: _____	
	Glicemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		Valor: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Alterada: ≥ 90 mg%	
OUTROS	TOTG 75g	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	
	Colpocitologia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___/___/___		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	

ULTRA-SONOGRAFIA:

Trimestre	Data	Tipo	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido ILA	Observações
1º								
2º								
3º								
Outros								

Quadro de risco gestacional (na presença de qualquer um desses fatores, a assistência deverá ser individualizada ou referenciada para serviços especializados segundo protocolo de encaminhamento do Mãe Paulistana)

Antecedentes Obstétricos - AO	Gestação Atual - GA	História Clínica Geral - HCG
1. Óbito Fetal/Morte Neonatal precoce	1. Gestação múltipla	1. Diabetes Mellito Tipo 1
2. ≥ 3 abortos espontâneos consecutivos	2. < 16 anos	2. Nefropatia
3. Peso último RN < 2.500 g	3. > 40 anos	3. Cardiopatia
4. Peso último RN > 4.500 g	4. Isoimunização Rh c/ Coombs Indireto +	4. Álcool e drogas
5. Internação última gestação por síndromes hipertensivas	5. Hemorragia Vaginal	5. Outras doenças severas. Especifique:
6. Cirurgias prévias: mioma, conização, cerclagem	6. Massa Pélvica	
	7. Pressão Arterial Diastólica ≥ 90 mmHg	

Fonte: Ensaio clínico aleatorizado de controle do pré-natal da OMS: "Manual para a prática de um novo modelo de assistência pré-natal" – Organização Mundial da Saúde - Disponível em: <http://who.int/reproductive-health/rhl-pg.09>

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL:

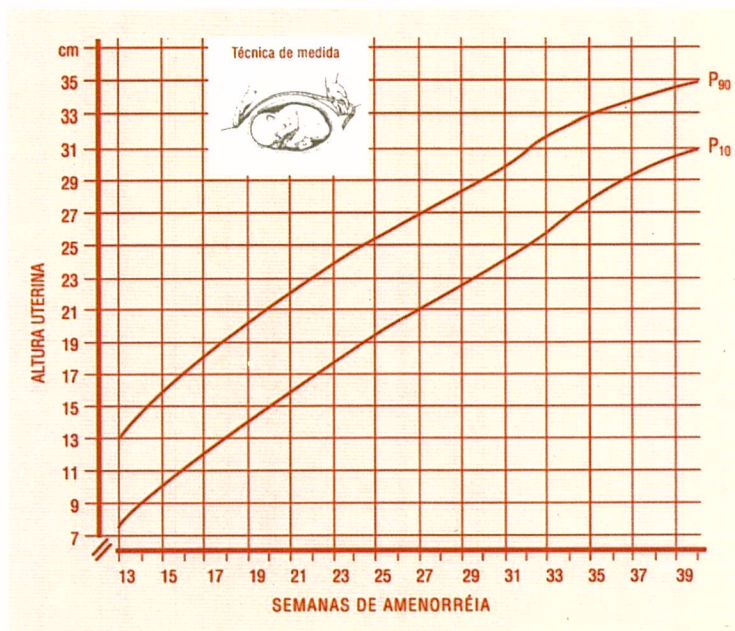
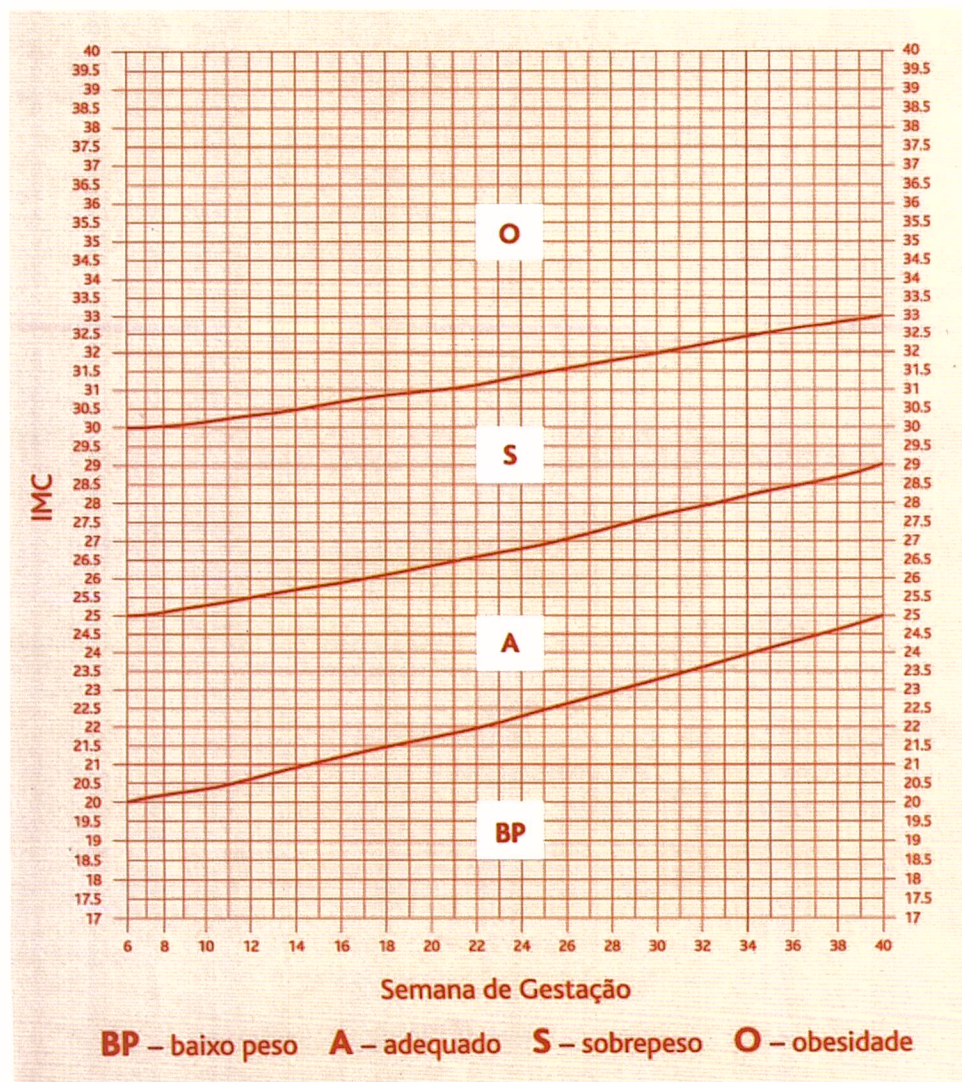


GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE:



Prontuário de Acompanhamento da Gestação

SEGUIMENTO:
Maternidade de Referência: _____
Data da Visita à Maternidade: ___/___/___

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª
ENCAMINHAMENTOS	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Consultas												
Data												
Grupos	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Qual Grupo?												
Odontologia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Outros Profissionais	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Intercorrências/ Observações												
Profissional												
Assinatura/Carimbo												
Digitado por												

Prontuário de Acompanhamento da Gestação

CONSULTA PUERPÉRIO DATA: ___/___/___ HORA: ___/___/___

DADOS DO PARTO

Data do parto: ___/___/20___ Tipo: Vaginal Vaginal operatório: _____ Cesárea

Local do parto: Domiciliar Hospitalar Outros: _____

Estabelecimento do parto: _____

Tempo de internação: _____ dias. Episiotomia: Sim Não

Anestesia: Não Sim Qual: Geral Local Peridural Raqui Outra: _____

Intercorrências/observações: _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento: Vivo Natimorto Sexo: Masculino Feminino

Condição A termo Pré-termo Pós-termo Idade Gestacional: _____ semanas

Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ Apgar 5º minuto: _____

Teve alta hospitalar junto com a mãe? Sim Não Motivo: _____

Alimentação: Aleitamento materno exclusivo Mista Fórmula láctea

Observação: _____

GEMELAR

Nascimento: Vivo Natimorto Sexo: Masculino Feminino

Condição A termo Pré-termo Pós-termo Idade Gestacional: _____ semanas

Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ Apgar 5º minuto: _____

Teve alta hospitalar junto com a mãe? Sim Não Motivo: _____

Alimentação: Aleitamento materno exclusivo Mista Fórmula láctea

Observação: _____

PUÉRPERA

Exame físico: Puerpério: Até 7 dias 8 a 30 dias 31 a 42 dias

Queixas: Dor em baixo-ventre Alterações urinárias Sangramento Leucorréia Outras: _____

Amamentação: Sim Não motivo: _____

Avaliação mamas: Normais Mamilo invertido Fissuras Mamas ingurgitadas Mastite

Exame Clínico: Normal Sim Não Ginecológico: Normal Sim Não

Achados anormais: _____

Orientação sobre anticoncepção: Não Sim Método: _____

Tipo: Barreira Hormonal-oral Hormonal-injetável Natural Encaminhada Planejamento Familiar: Sim Não

AVALIAÇÃO GERAL

Cuidados especiais: _____

Problemas emocionais: Sim, qual? _____ Não

Encaminhamentos: Sim, qual? _____ Não

PARECER E CONDUTA: _____

RESPONSÁVEIS CONSULTAS PUERPÉRIO

Pelo atendimento (assinatura e carimbo): _____ Enfermeiro(a) Médico(a)

Pela digitação: _____ Data digitação: ___/___/20___

INTERRUPÇÃO DE ACOMPANHAMENTO Data da Ocorrência: ___/___/20___

Motivo: Abandono Abortamento Cadastramento duplo Optou por convênio particular Óbito Materno

Mudança de município Outros motivos: _____

Data: ___/___/___ Responsável: _____ Enfermeiro(a) Médico(a)

(Assinatura e carimbo)