IDADE ANOS

MENOR DE 15 / MAIOR DE 35

Nº DE PRONTUÁRIO

ALFABETIZADA: SIM / NÃO

ESTUDOS: NENHUM / FUNDAMENTAL / MÉDIO / SUPERIOR

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES (SIM / NÃO)
- GEMELARES
- DIABETES
- HIPERT. ART.
- MÁ FORMAÇÃO
- OUTROS

PESSOAIS (SIM / NÃO)
- INFECÇÃO URINÁRIA
- INFERTILIDADE
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- HIPERT. ART.
- CIRURG. PÉLV. UTERINA
- MÁ FORMAÇÃO
- OUTROS

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)
- GESTAÇÕES
- ABORTOS
- PARTOS
- NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS
- VAGINAIS
- CESÁREAS
- NASC. VIVOS
- NASC. MORTOS
- VIVEM
- MORRERAM NA 1ª SEMANA
- MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS / ANO

AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM

NASCIMENTO COM MAIOR PESO: ____ g

GRAVIDEZ ATUAL

DIA / MÊS / ANO

PESO ANTERIOR: ____ kg

ESTATURA

DUM

DPP

DÚVIDAS: SIM / NÃO

ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO

ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª — MÊS GESTAÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS

GRUPO

Rh: + / –

SENSIB.: SIM / NÃO

TRANSF.: SIM / NÃO — LOCAL: _____ — DIA / MÊS / ANO

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX	VDRL	FUMA	Nº DE CIGARROS AO DIA
SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	+ / – DIA / MÊS	SIM / NÃO	

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm)										
APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL:

IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42

TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO

INÍCIO TP: ESP. / IND.

MEMBRANAS: INT. / ROT.

DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS

CEF. / PELV. / TRAN.

EXP. / FORC. / CES. / OUT.

HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO

NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO

EPISIOTOMIA: SIM / NÃO

LACERAÇÃO: SIM / NÃO

DEQUIT. EXP.: SIM / NÃO

PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO

MORTE FETAL: NÃO / SIM

MOMENTO: GRAV. / IGNO.

PARTO

ATENDIDA POR: MÉDIC. / ENF./ PAR. AUX. / EMPIR. / OUTROS

PARTO / NEONATO

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQÜILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OCITOC. / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- HEMORRAGIA PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M

VDRL: – / +

APGAR MINUTO: 1º / 5º — 6 OU MENOS

REANIMAÇÃO: SIM / NÃO

PESO AO NASCER: ____ g — MENOS DE 2.500 g

IDADE POR EXAME FÍSICO: Sem. — MENOR DE 37 SEMANAS

PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA: ____ cm

PER. CEF.: ____ cm

EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL

EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO

PATOLOGIAS: M. HIALINA / S. ASPIRAT. / OUTROS SDR / APNÉIAS / HEMORRAGIA / INFECÇÃO / NEUROL. / HIPERBILI. / A. CONG. / OUTRA / NENHUMA

RN ALOJ./CONJ.: SIM / NÃO

ALTA DO RN: SADIO / TRANSF. / C/ PATOL. / ÓBITO

IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS

IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS

ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MIN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM / DIU / ORAL / OUTRA / LIG. DA TRO. / RITMO / NENHUM

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					

Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação

Sulfato ferroso					
Ácido fólico					

Ultra-sonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

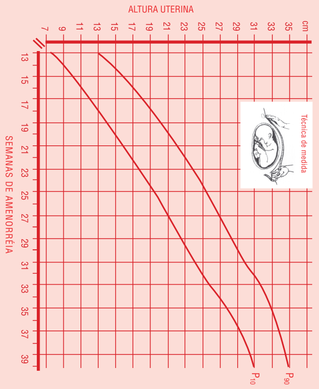
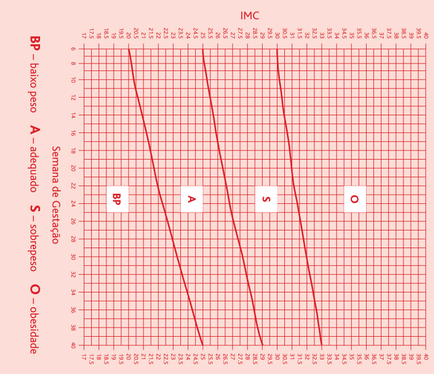


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



BP – baixo peso **A** – adequado **S** – sobrepeso **O** – obesidade

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Município:

Tel.:

Cadastro no SIS – pré-natal

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde