

Unidade | **UBS MERIDIANO**

Nome

Endereço

Como quer
ser chamada

Cidade

Idade anos anos anos
Estado civil/união Casada Solteira Estável Outro

Instrução Nenhuma Fundamental Médio Superior

Peso anterior Gravidez Risco habitual Alto risco

Altura cm Gravidez planejada SIM NÃO

DUM / / Tipo de gravidez

DPP / / Única Gemelar

DPP eco / / Tripla ou mais Ignorada

Hospitalização
na gravidez

NÃO SIM Dias

Transferida

NÃO SIM

Local
Data

Grupo Sensibilizada
Rh + NÃO
Rh SIM

Antecedentes familiares

NÃO SIM

Diabetes

Hipertensão arterial

Gemelar

Outras

Exames

Data Resultado

ABO-RH

Glicemia de Jejum

Teste Oral Tolerân. Glic.

Sífilis (teste rápido)

VDRL

HIV/Anti-HIV (teste rápido)

Data Resultado

Hepatite B-HBsAg

Toxoplasmose

Hemog. Hematócrito

Urina-EAS

Urina-Cultura

Coombs Indireto

Ultrassonografia

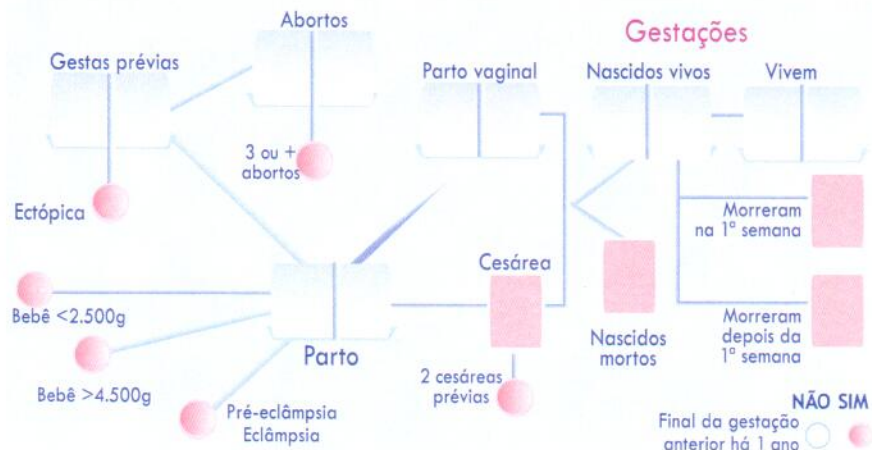
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária

Somente para
gestantes da
Região Amazônica.

Neg. Pos.

Sulfato ferroso 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ácido fólico 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês


NÃO SIM

Diabetes

Infecção urinária

Infertilidade

Dific. amament.

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros)

Álcool

Outras drogas

Violência doméstica

HIV/Aids

Sífilis

Toxoplasmose

Infecção urinária

NÃO SIM

Cardiopatia

Tromboembolismo

Hipertensão arterial

Outras

Antecedentes clínicos

NÃO SIM

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

Gestação atual

NÃO SIM

Hipertensão arterial

Pré-eclâmp./eclâmpsia

Cardiopatia

Diabetes gestacional

Uso de insulina

Hemorragia 1º trimestre

Hemorragia 2º trimestre

Hemorragia 3º trimestre

Exantema/rash cutâneo

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Vacina Influenza

Data / /

Vacina dTpa

Data / /

Reforço / /

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose / /

2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS

 AC

Homozigose SS

 SC

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

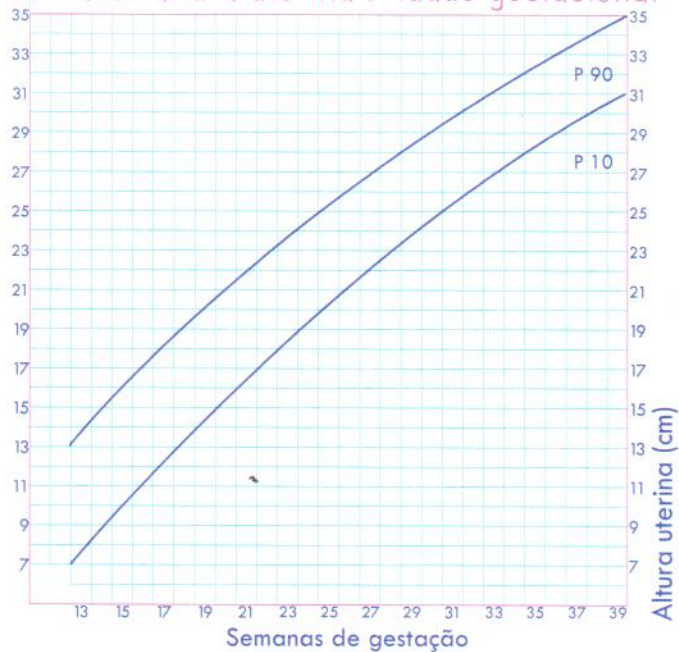
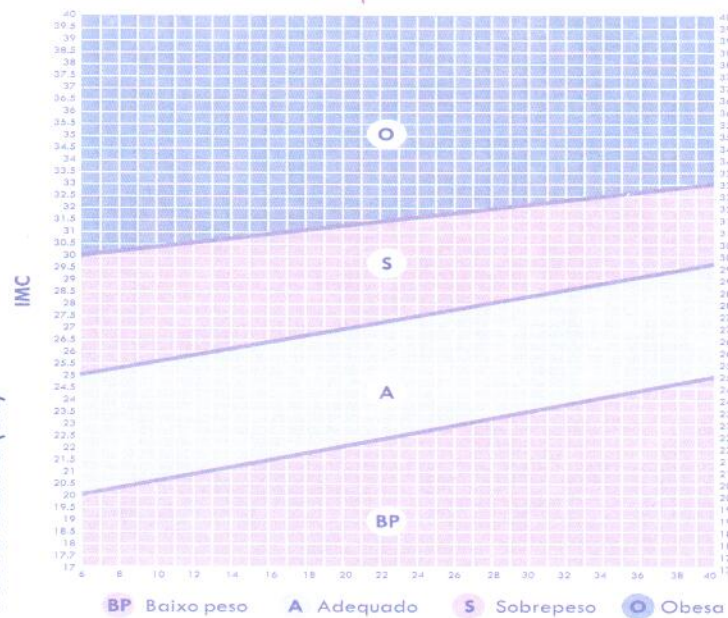


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data										
Queixa										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF / Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Exantema (presença ou relato)										
Realizou visita à maternidade										
SIM ☐ NÃO ☐										
Data										
Participou de atividades educativas										
SIM ☐ NÃO ☐										
Data										
Data										
Data										

Parto e nascimento

Idade gest. Semanas

Início trab. parto

Terminação

Esponâneo ☐ Induzido ☐

Esponâneo ☐ Cesárea ☐

Fórceps ☐ Outros ☐

Parto

Episiotomia ☐ NÃO ☐ SIM ☐

Laceração ☐

Dequit. espont. ☐

Placenta compl. ☐

Medicação no parto

Anestesia local ☐

Anestesia reg. ☐

Anestesia geral ☐

Analgesia ☐

Ocitocina ☐

Antibiótico ☐

Outra ☐

Nenhum ☐

Tranq. ☐

Reanimação

Ex. físico imediato

Peso

Peso/IG

Per. cef.

Recém-nascido

Semanas

Fem. ☐ Masc. ☐

Neg. ☐ Posit. ☐

5º min.

NÃO ☐ SIM ☐

Normal ☐ Anormal ☐

Menor 2.500g ☐ Estatura ☐

Pequeno ☐

Idade exam. fís.

Menor de 37 ☐

Alta materna

Sadia ☐

Transf. ☐

Com patol. ☐

Óbito: ☐

Gravidez ☐

Parto ☐

Puerpério ☐

Alta recém-nascido

Sadio ☐

Transf. ☐

Com patol. ☐

Óbito: ☐

Fetal ☐

Intraparto ☐

Pós-parto ☐

Dias ☐

Horas ☐

Patologias R.N.

Nenhuma ☐

M. hial. ☐

Apneias ☐

Infecção ☐

S. asp. ☐

Hemorr. ☐

Neurol. ☐

Hiperb. ☐

A. cong. ☐

Outra SDR ☐