

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO
PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SISPRENATAL N: _____

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 Nº 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 residência:

19 UF:

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua/avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona: 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9- Ignorado ☐

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira ☐

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não ☐

26 Telefone: xx

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união ☐

31 Raça/cor (por autodeclaração): ☐

(0) 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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
(4) Ensino Fundamental: completo (antigo ginásio ou 1º grau)
(5) Ensino médio: incompleto (antigo colégio ou 2º grau)
(6) Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau)
(7) Educação superior incompleta
(8) Educação superior completa (9) Ignorado (10) Não se aplica

(0) Convive com companheiro e filhos
(2) Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
(3) Convive com companheiro, com filhos e outros familiares
(4) Convive com familiares, sem companheiro
(5) Convive com outros pessoais, sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
(6) Viúva

(1) branca
(2) preta
(3) amarela
(4) sarda
(5) indígena
(9) ignorada

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:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: ☐ [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

NÃO SIM

46 DUM

47 DPP ____/____/____

48 Altura/m

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

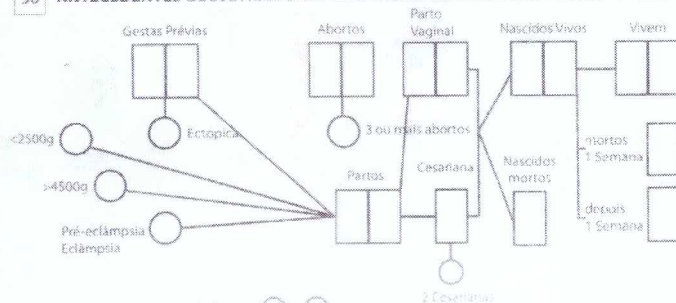
53 Gravidez Planejada ☐

NÃO SIM ☐

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

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



Final da gestação anterior: ____ de ____ anos

ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes	☐	☐	Tromboembolismo	☐	☐
Pré-eclâmpsia	☐	☐	Doença Mental	☐	☐
Eclâmpsia	☐	☐	Hipertensão	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐	Outros, qual:		

PREENCHER COM APENAS
UM DOS DOCUMENTOS

ACOLHIMENTO

SISPRENATAL:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data de atendimento: / /

		NÃO	SIM			NÃO	SIM			NÃO	SIM			NÃO	SIM
GESTAÇÃO ATUAL	57 Trabalho de parto prematuro	☐	☐	Rotura prematura de membranas	☐	☐	Diabetes Gestacional	☐	☐	Hemorragia 1º Trim.	☐	☐		☐	☐
	Isomunização RH	☐	☐	Incontinência Istmo-Cervical	☐	☐	Se, sim: Insulina	☐	☐	Hemorragia 2º Trim.	☐	☐		☐	☐
	Infecção urinária	☐	☐	HIV/AIDS	☐	☐	Pré-Eclâmpsia	☐	☐	Hemorragia 3º Trim.	☐	☐		☐	☐
	Oligo/polidrâmnio	☐	☐	Cigarros	☐	☐	Eclâmpsia	☐	☐	Hipertensão em uso de medicamento	☐	☐		☐	☐
	Alcool	☐	☐	Drogas	☐	☐	Violência doméstica	☐	☐	Pós-Datismo	☐	☐		☐	☐
	Cardiopatia	☐	☐	CIUR	☐	☐									
SITUAÇÃO VAGINAL	58 Situação da vacina antitetânica					59 Hepatite B					60 INFLUENZA				
	(1) Não vacinada ☐ (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 ☐ (2) Não ☐ (9) Ignorado ☐	INFORMA DOSE: 1ª: / / 2ª: / / 3ª: / /				(1) Sim ☐ (2) Não ☐ (9) Ignorado ☐	DATA: / /			
61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: Código CNES: / /															
62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado ☐ 63 Participação em atividade educativa: [1]- SIM - DATA: / / [2]- NÃO ☐ 64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - DATA: / / [2]- NÃO ☐															

TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /
65 Gravidez	☐	☐	Data: / /	Data: / /	66 Sífilis	☐	☐	Data: / /
67 HIV	☐	☐	Data: / /	Data: / /	68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	☐	☐	Data: / /
			Hora: /	Hora: /				Hora: /

EX. DE ROTINA	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /
69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	☐	☐	Data: / /	Data: / /	70 Hemoglobina HB < 11g/dl	☐	☐	Data: / /
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	☐	☐	Data: / /	Data: / /	72 VDRL+	☐	☐	Data: / /
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	☐	☐	Data: / /	Data: / /	74 Toxoplasmose	☐	☐	Data: / /
75 Urina, Alteração?	☐	☐	Data: / /	Data: / /	-IgG Positivo?	☐	☐	Data: / /
77 Anti-HIV Positivo?	☐	☐	Data: / /	Data: / /	-IgM Positivo?	☐	☐	Data: / /
79 Ultrassom Obstétrico			Data: / /	Data: / /	76 Urocultura Positiva?	☐	☐	Data: / /
					Tratada? () Sim () Não			Tratada? () Sim () Não
					78 Outros informar			

EX. ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /	NÃO	SIM	Data: / /	Data: / /
80 Cepo de Indireto positivo	☐	☐	Data: / /	Data: / /	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada	☐	☐	Data: / /
82 Parasitologia de Fezes+	☐	☐	Data: / /	Data: / /				
83 TOT alterado	☐	☐	Data: / /	Data: / /				

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