

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Santa Rita do Sapucaí - MG

CASO NOVO DE PRÉ-NATAL

NOME: _____ IDADE: _____

PRONT.: _____ SIS PRÉ-NATAL: _____ PROFISSÃO: _____

ESTADO CIVIL: ☐ CASADA ☐ SOLTEIRA ☐ AMASIADA ☐ SEPARADA ☐ VIÚVA

PARIDADE: G: _____ P: _____ A: _____ DUM: _____ TA: _____ USC: _____ DPP: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

VACINAÇÃO: ANTI-TETÂNICA ☐ ATUALIZADA ☐ NÃO ATUALIZADA 1º ____/____/____ 2º ____/____/____
RUBÉOLA ☐ ATUALIZADA ☐ NÃO ATUALIZADA

MEDICAÇÃO EM USO: _____

INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS: _____

HÁBITOS: TABAGISMOS: SIM ☐ NÃO ☐ ALCOOL: SIM ☐ NÃO ☐ DROGAS: SIM ☐ NÃO ☐

ALERGIAS: _____ INFECÇÕES: _____

CIRURGIAS: _____

HISTÓRIA FAMILIAR: DM ☐ HAS ☐ CARDIOPATIA ☐ OUTROS _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

DATA	IG	TIPO DE PARTO	PESO RN	AMAMENTAÇÃO	COMPLICAÇÕES

IDA: _____

EXAME FÍSICO:

GERAL: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ IMC: _____ PA: _____ FC: _____

SCVR: _____

PELE: _____ MMII: _____ BOCA: _____

GO _____

AU: _____ CA: _____ BCF: _____ MF: _____ MAMAS: _____

VULVA: _____ TOQUE: _____

ESPECULAR: _____

EXAMES LABORATORIAIS:

SOROLOGIAS:

DATA	VDRL	HIV	HBSAG	TOXOPLASMOSE	RUBÉOLA	OUTRAS

Versão

TIPO SANGÜÍNEO: _____ RH: _____ COOMBS INDIRETO: _____ / _____
 GLICEMIA DE JEJUM: _____ / _____ GTT: _____
 URINA TIPO 1: _____ / _____ UROCULTURA: _____
 HEMOGRAMA: HB: _____ / _____ HT: _____ / _____ PLT: _____ LEUC: _____
 CITOLOGIA: DATA: ____/____/____/____ PARASITOLÓGICO: _____
 OUTROS EXAMES: _____

ECOGRAFIAS:

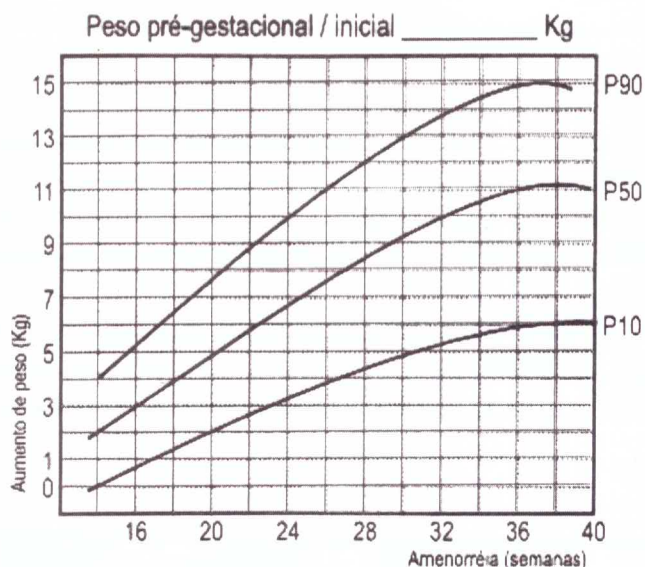
DATA	IG DUM	IG US	PESO FETAL	PLACENTA	ILA	OBSERVAÇÃO

RESUMO DOS RETORNOS:

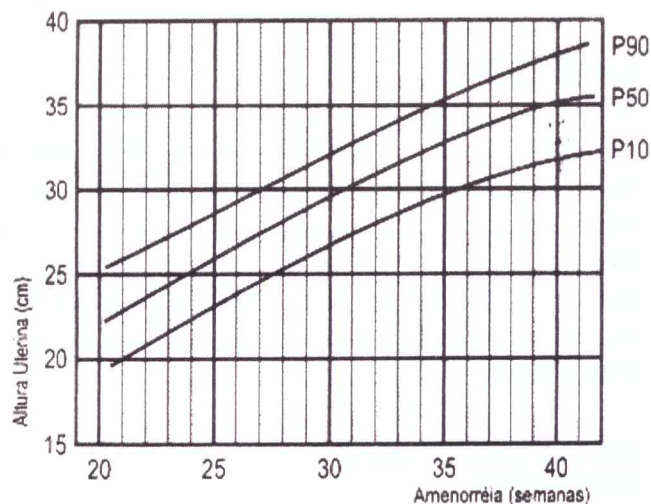
	DATA	PESO	IMC	FC	PA	EDEMA	AU / CA	BCF	MF
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

CARDIOTOCOGRAFIAS: DATA: _____ RESULTADO: _____
 DATA: _____ RESULTADO: _____

CURVA DA SOMA DE GANHO DE PESO MATERNO / IDADE GESTACIONAL



CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL



PUEPÉRIO:

DATA DO PARTO: _____ IG: _____ TIPO DE PARTO: _____ PESO RN: _____ APGAR: _____
 AMAMENTAÇÃO NATURAL: ☐ SIM ☐ NÃO POR QUE? _____
 MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO: _____