MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA / /

1. Nome do Estabecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelecimento no CNES	
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica				RG	Consulta Puerperal	TP
													1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento :

* Preencher as quadriculas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO):
  223505 - Enfermeira; 223116- Médico do PSF/Comunitário; 223545 - Enfermeira Obstetra;
  223115 - Clínica Geral; 2235C1 - Enfermeira do PSF;
* No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
* No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão de
* Risco Gestacional, conforme a tabela: BR - Baixo Risco; AR - Alto Risco
* Tipo do Parto, conforme a tabela: PH - Parto Hospitalar; PD - Parto Domiciliar

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL :

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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL

57

	NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM
Trabalho de parto prematuro	○	○	Rotura prematura de membranas	○	○	Diabetes Gestacional	○	○	Hemorragia 1° Trim.	○	○
Isomunização RH	○	○	Incontinência Istmo-Cervical	○	○	Se, sim : Insulina	○	○	Hemorragia 2° Trim.	○	○
Infecção urinária	○	○	HIV/AIDS	○	○	Pré-Eclâmpsia	○	○	Hemorragia 3° Trim.	○	○
Oligo/polidrâmnio	○	○	Cigarros	○	○	Eclâmpsia	○	○	Hipertensão em uso de medicamento	○	○
Alcool	○	○	Drogas	○	○	Violência doméstica	○	○	Pós-Datismo	○	○
Cardiopatia	○	○	CIUR	○	○						

SITUAÇÃO VACINAL

58 Situação da vacina antitetânica
[1] Não vacinada ☐
[2] Imunizada a menos de 5 anos
[3] Imunizada a mais e 5 anos
[4] Vacinação incompleta
[9] Ignorado

INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
2ª ____/____/____;
3ª ____/____/____;
Reforço ____/____/____.

59 Hepatite B
[1] Sim ☐
[2] Não
[9] Ignorado

INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
2ª ____/____/____;
3ª ____/____/____;

60 INFLUENZA
[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
65 Gravidez	NÃO ○ SIM ○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	66 Sífilis	NÃO ○ SIM ○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
67 HIV	NÃO ○ SIM ○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	NÃO ○ SIM ○	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
69 Tipagem Sanguínea Fator RH negativo ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg) ?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
75 Urina , Alteração?	○	○	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
79 Ultrassom Obstétrico			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
70 Hemoglobina HB<11g/dl ?	○	○	Data: ____/____/____ Anemia Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____
72 VDRL+ ?	○	○	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____
74 Toxoplamose	○	○		
IgG Positivo?	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
IgM Positivo ?	○	○		
76 Urocultura Positiva?	○	○	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	Data: ____/____/____

78 Outros informar: _____

EX. ADICIONAIS

	NÃO	SIM	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
80 Coombs Indireto positivo	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
83 TOT alterado	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	○	○	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

EX. EXAMES ESPECIAIS

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

93 Responsável pela digitação:

Data da digitação: ____/____/____

Ver 59