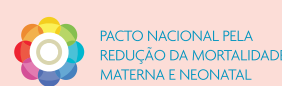


IDADE ANOS MENOR DE 15 MAIOR DE 35	Nº DE PRONTUÁRIO	ALFABETIZADA SIM NÃO	ESTUDOS NENHUM FUNDAMENTAL MÉDIO SUPERIOR	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNÃO CASADA ESTÁVEL SOLTEIRA OUTRO	COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO) BRANCA PRETA PARDIA AMARELA INDÍGENA
ANTECEDENTES		PESSOAS INFECÇÃO URINÁRIA INFERTILIDADE DIABETES HIPERT. ART. CRURG. PÉLV. UTERINA MA FORMAÇÃO OUTROS	OBSTÉTRICOS (Anotar o número de) GESTAÇÕES PARTOS NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS	ABORTOS VAGINAS CESÁREAS NASC. VIVOS NASC. MORTOS	MORRERAM NA 1ª SEMANA MORRERAM APÓS 1ª SEMANA	DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO MÊS ANO AMAMENTAÇÃO SIM NÃO
GRAVIDEZ ATUAL		PESO ANTERIOR ESTATURA EPP	DOVIDAS SIM NÃO	ANITÉTICA PREVA SIM NÃO	ATUAL 1ª 2ª 3ª MÊS GESTAÇÃO	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ SIM NÃO
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCÓPIA NORMAL
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCÓPIA NORMAL
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCÓPIA NORMAL

IG SEMANAS										
PESO (kg)										
IMC										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/EDENHA (+/-4)										
ALTURA UTERINA (cm) (APRESENTAÇÃO)										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO		IDADE GESTACIONAL HOSPITAL:	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO TP ESP. INTI. ROT.	MEMBRANAS	DATA RUPTURA HORA DIA MÊS	CEF. PELV. TRAN.	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO GRAVIDEZ MÚLTIPLA HIPERTENSÃO PREVA PRÉ-ECLÂMPSIA ECLÂMPSIA CARDIOPATIA DIABETES INFECÇÃO URINÁRIA OUTRAS INFECÇÕES PARASTOSES AMEAÇA DE PARTO PREMATURO DESPROP. CEF. PÉLV. HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE ANEMIA CRÔNICA RUPTURA PREM. MEM. INFECÇÃO PUERPÉR. HEMORRAGIA PUERPÉR. OUTRA NENHUMA
EXF. FORC.	CES. OUT.	DEBIT. EXP. SIM NÃO	MORTE FETAL SIM NÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO 3º 2º 1º DOMIC. OUTRO	ATENDIDA POR MEDIC. ENF. PAR. AUC. EMPR. OUTROS	PAR. AUC. EMP. OUTROS		
EPISÍOTOMIA SIM NÃO	PLACENTA COMPL. SIM NÃO	MOMENTO PARTO SIM NÃO	IGNO. SIM NÃO					
MEDICAÇÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL ANESTESIA REGIONAL ANTIBIÓTICO		ANESTESIA GERAL OUTROS		OCÍTIC. NENHUM		

SEXO F M	VDRL - +	APGAR MINUTO 1º 5º 6 OU MENOS	REANIMAÇÃO SIM NÃO	PESO AO NASCER MENOS DE 2.500 g	IDADE POR EXAME FÍSICO Sem. MENOR DE 37 SEMANAS	PESO / IG ADEQ. PEQUENO GRANDE	EX. FÍSICO IMEDIATO NORMAL ANORMAL	PUERPÉRIO IMEDIATO ALTA MATERNA SADIA TRANSFERIDA C/ PATOLOGIA		
ESTATURA cm	EXAME FÍSICO PRE-ALTA NORMAL ANORMAL	EXAME NEUROL. NORMAL ANORMAL DUBIDIOSO	PATOLOGIAS M. HALVINA S. ASPRAT. OUTROS SDR	APNÉIAS HEMORRAGIA INFECÇÃO	NEUROL. HIPERBILI. A. COMG.	OUTRA NENHUMA	MORTE MATERNA GRAVIDEZ PARTO PUERPÉRIO	ORIENT./CONTRAÇÃO CONDOM. DIU ORAL OUTRA LIG. DA TRO. RITMO NENHUM		
RIV ALQU/CONL SIM NÃO	ALTA DO RN SADIO TRANSE C/ PATOL. OBITO	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA DIAS HORAS	IDADE AO FALECER DIAS HORAS	ALIMENTAÇÃO PEITO MISTO ARTIFIC.						



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conducta
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

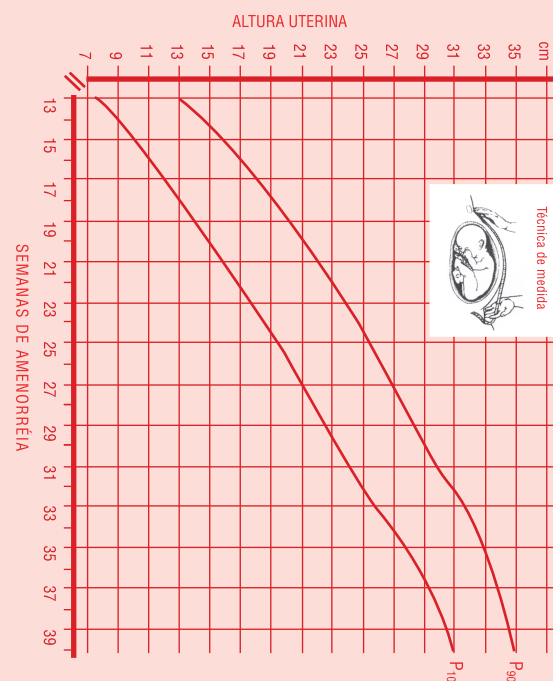


Gráfico de curva altura uterina/dade gestacional

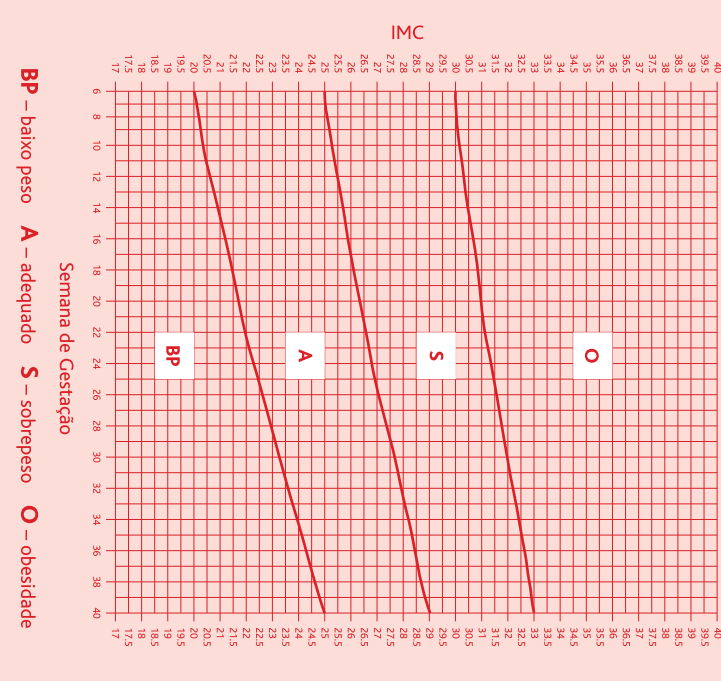


Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Cartão da Gestante

Nome: _____
 Endereço: _____
 Município: _____
 Cadastro no SIS – pré-natal _____
 Tel.: _____

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