Data	Observações / Intercorrências / Condutas

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Ficha Clínica de Pré-Natal

Data: ____/____/____ Prontuário: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Município: UF: ____ CEP: _____ Telefone: _____

Idade: ☐ <15 ☐ 15-35 ☐ >35

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Ens. Fundamental ☐ Ens. Médio ☐ Superior

Estado Civil/União: ☐ Casada ☐ Solteira (com união estável) ☐ Solteira (sem união estável) ☐ Outra

Cor/Raça(autodeclaração): ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena

Naturalidade: _____

Antecedentes

Familiares: ☐ Gemelidade ☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Má formação

Outros _____

Pessoais: ☐ Infec. urinária ☐ Infertilidade ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Cirurg. pélv. uterina ☐ Má formação Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Gest. ectópicas: _____ Gemelares: _____

Abortamentos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Com curetagem: _____

Partos vaginais: _____ Cesáreos: _____

Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____

Filhos vivos atuais: _____ Óbitos na 1ª semana: _____ Óbitos após 1ª semana: _____

Causa do óbito: _____

Peso RN: < 2.500 g _____ 2.500-4.000 g _____ > 4.000 g _____

Data do término da última gestação: ____/____ (Mês/Ano)

Amamentação: ☐ S ☐ N Duração: _____ Causa de insucesso: _____

Intercorrências em gestações anteriores: _____

Gravidez Atual

DUM ____/____/____ DPP ____/____/____ Dúvida: ☐ S ☐ N Qual: _____

Grupo sangüíneo: _____ ☐ Rh+ ☐ Rh– Sensibilizada: ☐ S ☐ N Transfusão: ☐ S ☐ N ____/____/____

Vacinação antitetânica: ☐ S ☐ N Doses prévias: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Última dose > 5 anos: ☐ S ☐ N ☐ IGNOR.

Data prevista vacinações: 1ª ____/____/____ Realizada: ☐ S ☐ N

2ª ____/____/____ Realizada: ☐ S ☐ N

3ª ____/____/____ Realizada: ☐ S ☐ N

Fumo: ☐ S ☐ N Quantos/dia: ____ Álcool: ☐ S ☐ N Freqüência: _____

Intercorrências até 1ª consulta: _____

Hospitalização na gravidez: ☐ S ☐ N Qtd. de dias: _____ Motivo: _____

Exame Físico

Peso 1ª consulta: _____ kg Peso prévio: _____ kg Estatura: _____ cm

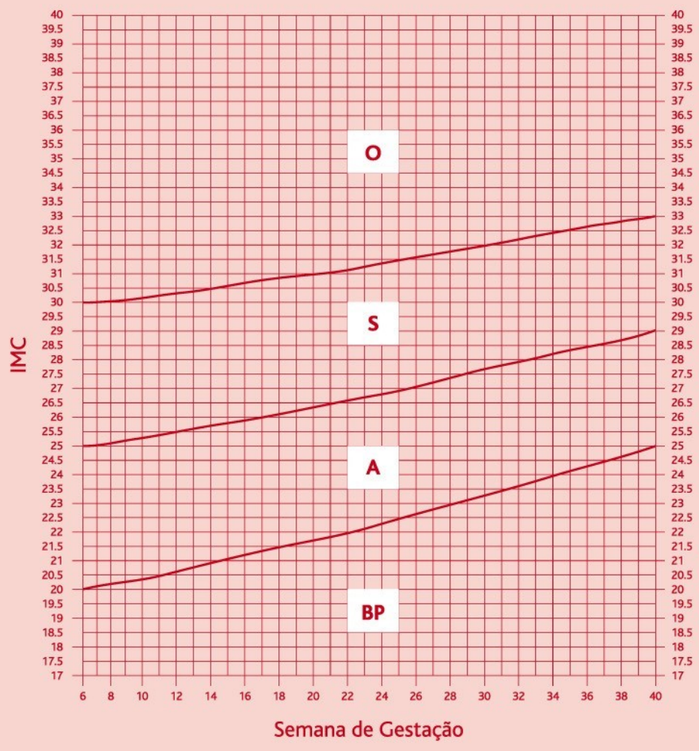
Ex. clínico normal: ☐ S ☐ N Ex. mamas normal: ☐ S ☐ N Ex. odontológico normal: ☐ S ☐ N

Pélvis normal: ☐ S ☐ N Papanicolau normal: ☐ S ☐ N Coloscopia normal: ☐ S ☐ N

Exame clínico cervic.: ☐ S ☐ N VDRL: ☐ + ☐ - ____/____/____

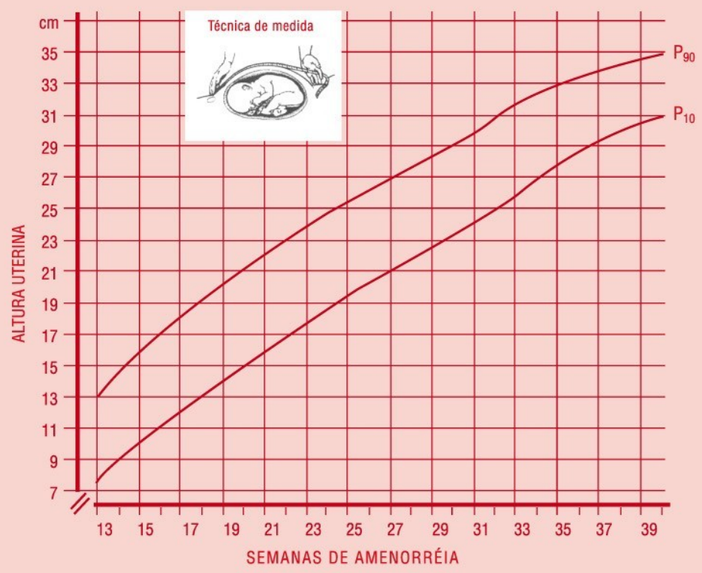
Achados alterados nos exames realizados _____

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP – baixo peso **A** – adequado **S** – sobrepeso **O** – obesidade

Curva altura uterina/idade gestacional



Evolução da Gestação

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
IG (semanas)										
Peso (kg)										
IMC										
PA (mmHG)/Edema (+a 4+)										
Altura uterina (cm)										
Movimentos fetais										
BCF										
Apresentação fetal										
Ass. do profissional										

Exames Laboratoriais

	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH						
Hb/Ht						
Glicemia jejum						
VDRL						
Urina 1						
Anti-HIV						
HBsAg						
Toxoplasmose						
Combs. indireto						
TOTG 50g						
Urocultura						
Papanicolau						
Outros						

Ultra-Sonografia

	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações: _____

Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo estado nutricional inicial

	Ganho de peso total (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso sem. médio (kg) no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade	-	0,3	7,0

Fonte: IOM, 1992, adaptado.