

UBS: \_\_\_\_\_

ACOLHIMENTO N° SISPRENATAL: 35/££-£.£££.£££ Prontuário \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ N° CNS: ££££££££££££££££££

**DADOS DA USUÁRIA / GESTANTE**

Usuária/Gestante: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe da Usuária/Gestante: \_\_\_\_\_  
 Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos PSF: Área: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_  
 Local Nascimento (Cidade e Estado): \_\_\_\_\_ Há quanto tempo mora em S. Paulo? \_\_\_anos \_\_\_meses  
 Endereço Atual: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Recados: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Raça/Cor Informada: £ Branca £ Negra £ Parda £ Amarela £ Indígena £ Sem Informação  
 Escolaridade (anos de estudo completos): £ Nenhuma £ 1 a 3 anos £ 4 a 7 anos £ 8 a 11 anos £ 12 ou mais anos  
 Situação Familiar: £ Convive com companheiro e filho(s) £ Convive com companheiro com laços conjugais e sem filhos  
 £ Convive com companheiro com filho(s) e/ou outro(s) familiares £ Convive com familiar(es) sem companheiro  
 £ Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais £ Vive só £ Sem Informação  
 Estado Civil: £ Casada £ Solteira £ Solteira (sem união estável) £ Separada/Divorciada £ Viúva  
 Trabalha fora de casa? £ Não £ Sim Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Horas de Trabalho: \_\_\_\_\_ horas/dia Renda Familiar: R\$ \_\_\_\_\_ Pessoas vivendo com esta renda: \_\_\_\_\_  
 Realiza esforço físico? £ Sim £ Não Tem contato com produtos químicos? £ Sim £ Não  
 Local do Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**GESTAÇÃO / GRAVIDEZ ATUAL**

Data Última Menstruação: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Data Provável do Parto: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas  
 Gestações Anteriores (inclui a atual): \_\_\_\_\_ /N° Partos Vaginais: \_\_\_\_\_ /N° Cesáreas: \_\_\_\_\_ /N° Abortos \_\_\_\_\_  
 N° Filhos Nascidos Vivos: \_\_\_\_\_ N° Filhos Natimortos: \_\_\_\_\_ Filhos vivos atuais: \_\_\_\_\_  
 Condição Prévia de Saúde: £ Hipertensão £ Diabetes £ Outras \_\_\_\_\_  
 £ Fumo £ Álcool £ Drogas \_\_\_\_\_  
 CONDIÇÃO VACINAL – Vacinas Difteria/Tétano: £ Imune £ 1ª dose £ 2ª dose £ Reforço

**DADOS ATENDIMENTO:**

Peso: \_\_\_\_\_kg Estatura: \_\_\_\_\_cm IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_mmHg (Obs: anotar em mmHg)

**EXAMES SOLICITADOS:**

£ ABO £ Rh £ VDRL £ Urina I £ Urocultura £ Glicemia £ Hb £ Ht £ HIV £ HbsAg £ IgMToxo  
 £ Ultra-sonografia 1º Trimestre £ Outros \_\_\_\_\_

**AValiação DE RISCOS GRAVÍDICOS POTENCIAIS:**

£ Idade < 16 anos £ Idade > 40 anos £ Estatura <145 cm £ Peso < 45 Kg £ Peso > 90 Kg £ Grande multipara £ Abortos  
 £ Natimorto £ Diabética £ Hipertensa £ Tabagista £ Consumo álcool/drogas £ Baixa Renda Familiar £ Baixa Escolaridade £ Ocupação oferece risco

Gestante de Alto Risco: £ Sim £ Não Agendamento Prioritário: £ Sim £ Não

**AGENDAMENTO**

1ª Consulta PRÉ-NATAL: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS:**

Pelo Atendimento (assinatura/carimbo): \_\_\_\_\_ £ Enfermeiro(a) £ Médico(a)  
 Pela Digitação: \_\_\_\_\_ Data Digitação: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**CONSULTA DE PRÉ-NATAL**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**ANTECEDENTES**

**Familiares:** £ Diabetes £ Hipertensão arterial £ Gemelaridade £ Má formação £ Outros: \_\_\_\_\_  
**Pessoais:** £ Infecção Urinária £ Infertilidade £ Cardiopatia £ Diabetes £ Hipertensão £ Cirurgia Pélvico-uterina  
 £ Má formação £ DST £ Fumo £ Álcool £ Outras drogas \_\_\_\_\_ £ Outros: \_\_\_\_\_  
**Ginecológicos:** Menarca: \_\_\_\_anos / Ciclo menstrual: duração: \_\_\_\_ intervalo: \_\_\_\_ regularidade: £ Sim £ Não  
 Dismenorréia: £ Sim £ Não  
 Início da atividade sexual: \_\_\_\_ anos N° de parceiros no último ano: £ 1 £ 2 £ 3 £ 4 e mais  
 Uso Métodos Anticoncepcionais: £ Não £ Sim, Tipo: £ Barreira £ Hormonal-oral £ Hormonal-injetável £ DIU £ Natural  
**Obstétricos:** N° Gestações: \_\_\_\_\_ / N° Ectópicas: \_\_\_\_\_ / Gemelares: \_\_\_\_\_  
 N° Partos: \_\_\_\_\_ / N° Vaginais: \_\_\_\_\_ / N° Cesáreos: \_\_\_\_\_ / Abortamentos: \_\_\_\_\_  
 Nascidos Vivos: \_\_\_\_\_ / Nascidos Mortos: \_\_\_\_\_ / Filhos vivos atuais: \_\_\_\_\_  
 Peso RN: < 2.500 g \_\_\_\_\_ / 2.500 a 4.000 g \_\_\_\_\_ / > 4.000 g \_\_\_\_\_ / Intervalo gestação/parto: \_\_\_\_anos  
 Amamentou? £ Sim, tempo: \_\_\_\_\_ £ Não, motivo: \_\_\_\_\_

**GESTAÇÃO ATUAL:**

**Queixas:** £ Hiperemese £ Dor em baixo-ventre £ Alterações urinárias £ Sangramento £ Leucorréia  
 £ Outras: \_\_\_\_\_  
 Pretende amamentar? £ Sim £ Não, motivo: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO:**

**Peso:** \_\_\_\_\_ Kg. **Estatura:** \_\_\_\_\_ cm. **IMC:** \_\_\_\_\_. **PA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg. (Obs.: anotar em mmHg.)  
**Idade Gestacional (semanas):** \_\_\_\_\_ Até 14 semanas £ 14 a 28 semanas £ 29 a 42 semanas  
**Altura Uterina :** \_\_\_\_\_ cm. **Batimento Cardíaco Fetal:** \_\_\_\_\_ bpm.  
**Exame Clínico:** Normal £ Sim £ Não. **Ginecológico:** Normal £ Sim £ Não. **Exame de Mamas:** Normal £ Sim £ Não

**Achados Anormais:**

**AVALIAÇÃO GERAL**

**Orientação Odontológica:** £ Não £ Sim \_\_\_\_\_ **Encaminhamento:** £ Não £ Sim  
**Problemas emocionais:** £ Não £ Sim Cuidados especiais: \_\_\_\_\_  
**Encaminhamentos:** £ Não £ Sim, qual? \_\_\_\_\_

**SUPLEMENTAÇÃO**

£ Sulfato Ferroso £ Ácido Fólico £ Outra: \_\_\_\_\_

**RISCO GESTACIONAL\***

**Risco Gestacional:** £ Não £ Sim  
**Encaminhada para qual Serviço de Alto Risco:** \_\_\_\_\_  
 \*Observar Quadro de Risco Gestacional e Classificação da Gestante página 5.

**PARECER E CONDUTA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS:**

Pelo Atendimento Médico (assinatura/carimbo): \_\_\_\_\_  
 Pela Digitação: \_\_\_\_\_ Data Digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Consultas de Pré-Natal	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Data do Atendimento	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__	___/___/20__
Idade Gestacional (semana)						
Peso (Kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
Batimento Cardíaco Fetal						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Orientação Amamentação						
Edema						
Intercorrências Observações						
Diagnóstico						
Conduta						
Atualiza Cartão Pré-Natal	£ Sim £ Não					
Exames Solicitados						
Risco Gestacional **	£ Sim £ Não					
Encaminhamento Alto Risco	£ Sim £ Não					
Qual Serviço de Alto Risco						
Profissional do Atendimento (Assinatura/Carimbo)						
Digitado por						

 \* IMC = Índice de Massa Corpórea =  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ 

\*\* Para classificar risco gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na pág. 5

Consultas de Pré-Natal	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Data do Atendimento	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___
Idade Gestacional (sem)						
Peso (Kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
Batimento Cardíaco Fetal						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Orientação Amamentação						
Edema						
Intercorrências Observações						
Diagnóstico						
Conduta						
Cartão Pré-Natal Atualizado	£ Sim £ Não					
Exames Solicitados						
Risco Gestacional **	£ Sim £ Não					
Encaminhamento Alto Risco	£ Sim £ Não					
Qual Serviço de Alto Risco						
Profissional do Atendimento (Assinatura/Carimbo)						
Digitado por						

 \* IMC = Índice de Massa Corpórea =  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ 

\*\* Para classificar risco gestacional ver Quadro de Risco Gestacional na pág. 5

EXAMES: Gestante: Grupo Sanguíneo: \_\_\_ £ Rh+ £ Rh - Sensibilizada £ Sim £ Não Coombs

Indireto: \_\_\_\_\_

	Rastreamento	Data Resultado	Idade Gest	Resultado	Condução	Profissional
1º TRIMESTRE	VDR			£ Não reagente £ Reagente Titulação: 1: _____	Traçado: Gestante £ Sim £ Não Parceiro £ Sim £ Não	
	H M			£ Não reagente £ Reagente		
	HbsAg			£ Negativo £ Positivo		
	Toxo - IgM			Vabr: _____ £ Negativo £ Positivo		
	Toxo - IgG			Vabr: _____ £ Negativo £ Positivo		
	Hb /Ht			Vabr: _____ Anemia: £ N £ S		
	Urha I			£ Normal £ Alterada _____		
	Urocultura			£ N £ Positivo: _____		
	Glicemia			Vabr: _____ £ N £ Alterada: 90 mg%		
2º TRIMESTRE	Urocultura			£ N £ Positivo: _____		
3º TRIMESTRE	VDR			£ Não reagente £ Reagente Titulação: 1: _____	Traçado: Gestante £ Sim £ Não Parceiro £ Sim £ Não	
	H M			£ Não reagente £ Reagente		
	Urocultura			£ N £ Positivo: _____		
	Glicemia			Vabr: _____ £ N £ Alterada: 90 mg%		
O U T R O S	Pesquisa Strepto			£ Negativo £ Positivo		
	TOTG 75g			£ Normal £ Alterada		
	Coagulograma			£ Normal £ Alterada		

Pal: Grupo Sanguíneo: \_\_\_ £ Rh+ £ Rh-

Transfusão £ Sim \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ £ Não

ULTRA-SONOGRAFIA

Data	Tipo	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido ILA	Observações	Profissional

**Quadro de risco gestacional (na presença de qualquer um desses fatores, a assistência deverá ser individualizada ou referenciada para serviços especializados segundo protocolo de encaminhamento do Mãe Paulistana).**

Antecedentes Obstétricos - AO	Gestação Atual - GA	História Clínica Geral - HCG
1. Óbito Fetal/Morte Neonatal precoce	1. Gestação múltipla	1. Diabetes Mellito Tipo 1
2. 3 abortos espontâneos consecutivos	2. < 16 anos	2. Nefropatia

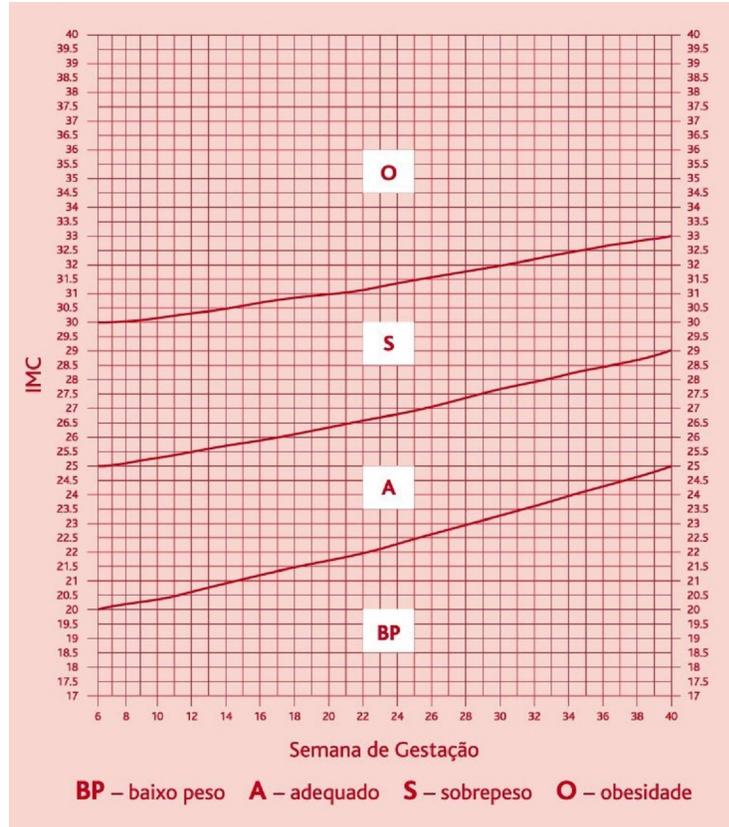
3. Peso útero RN < 2.500 g	3. > 40 anos	3. Cardiopata
4. Peso útero RN > 4.500 g	4. Isoimunização Rh c/Combs Indireto +	4. Anemia de drogas
5. Indicação útero a gestação por síndromes hipertensivas	5. Hemorragia Vaginal	6. Outras doenças severas Especifique:
6. Cirurgias prévias: mima, cesariana, cerclagem	6. Massa Pélvica	
	7. Pressão Arterial Diastólica 90 mmHg	

Fonte: Ensaio clínico aleatorizado de controle do pré-natal da OMS: Manual para a prática de um novo modelo de assistência pré-natal  
Organização Mundial da Saúde - Disponível em: <http://who.int/reproductive-health/pdf/09>

**CURVA ALTURA UTERINA / DADE GESTACIONAL:**



**GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE**



Fonte: Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico – Ministério da Saúde - 2006

SEGUIMENTO:

Vacinas Difteria/Tétano	£ Imune	£ 1ª dose: ____/____/____	£ 2ª dose: ____/____/____	£ Reforço: ____/____/____
-------------------------	---------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Maternidade de Referência:
Data da Visita à Maternidade: ____/____/____

	Consultas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Nº	Data												
	Cartão SPTRANS	£N £S											
	Nº Deslocamentos												
ENCAMINHAMENTOS	Motivos												
	Grupos	£N £S											
	Qual grupo?												
	Odontologia	£N £S											
	Outros Profissionais	£N £S											
	Intercorrências												
	Observações												
	Profissional												
	Assinatura /Carimbo												
	Digitado por												

**CONSULTA PUERPÉRIO**
**DADOS DO PARTO**

**Data do Parto:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ **Tipo do Parto:**  Vaginal  Vaginal  
**Operatório:** \_\_\_\_\_  Cesárea  
**Local Parto:**  Domiciliar  Hospitalar   
 Outros: \_\_\_\_\_  
**Estabelecimento do Parto:** \_\_\_\_\_  
**Tempo de Internação:** \_\_\_\_ dias **Episiotomia:**  Sim  Não  
**Anestesia:**  Não  Sim Qual:  Geral  Local  Peridural  Raqui   
 Outra: \_\_\_\_\_  
**Intercorrências/observações:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DADOS DO RECÉM-NASCIDO**

**Nascimento:**  Vivo  Natimorto **Sexo:**  Feminino  Masculino  
**Condição:**  A termo  Pré-Termo  Pós-Termo **Idade Gestacional:** \_\_\_\_ semanas  
**Peso nascimento:** \_\_\_\_\_ Kg **Apgar 1º minuto:** \_\_\_\_\_ **Apgar 5º minuto:** \_\_\_\_\_  
**Teve alta hospitalar junto com a mãe?:**  Sim  Não, \_\_\_\_\_  
 motivo: \_\_\_\_\_  
**Alimentação:**  Aleitamento materno exclusivo  Mista  Fórmula Láctea  
**Observação** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**GEMELAR**

**Nascimento:**  Vivo  Natimorto **Sexo:**  Feminino  Masculino  
**Condição:**  A termo  Pré-Termo  Pós-Termo **Idade Gestacional:** \_\_\_\_ semanas  
**Peso nascimento:** \_\_\_\_\_ Kg **Apgar 1º minuto:** \_\_\_\_\_ **Apgar 5º minuto:** \_\_\_\_\_  
**Teve alta hospitalar junto com a mãe?:**  Sim  Não, \_\_\_\_\_  
 motivo: \_\_\_\_\_  
**Alimentação:**  Aleitamento materno exclusivo  Mista  Fórmula Láctea  
**Observação** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PUÉRPERA**

**Exame Físico:** Puerpério:  Até 07 dias  08 a 30 dias  31 a 42 dias  
**Queixas:**  Dor em baixo-ventre  Alterações urinárias  Sangramento  Leucorréia   
 Outras: \_\_\_\_\_  
**Amamentação:**  Sim  Não, motivo: \_\_\_\_\_  
**Avaliação mamas:**  Normais  Mamilo invertido  Fissuras  Mamas ingurgitadas  Mastite  
**Exame Clínico:** Normal  Sim  Não **Ginecológico:** Normal  Sim  Não  
**Achados Anormais:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Orientação sobre Anticoncepção:**  Não  Sim  
 Método: \_\_\_\_\_

**Tipo:**  Barreira  Hormonal-oral  Hormonal-injetável  Natural  
**Familiar:**  Sim  Não

**Encaminhada Planejamento**

**AVALIAÇÃO GERAL**

Cuidados especiais:  
\_\_\_\_\_

Problemas emocionais:  Sim  
qual? \_\_\_\_\_  Não

Encaminhamentos:  Sim  
qual? \_\_\_\_\_  Não

**PARECER E CONDUTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTERRUPÇÃO DE ACOMPANHAMENTO**

**Motivo:**  Abandono  Abortamento  Cadastramento Duplo  Optou por Convênio Particular  Óbito  
 Mudança de Município  Outros \_\_\_\_\_

Motivos: \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  Enfermeiro (a)  
 Médico (a)

(Assinatura e Carimbo)