



# Cartão da gestante

**Esse cartão é muito importante  
para o seu Pré-Natal.**

**Leve-o sempre com você para as  
consultas e para o Hospital, ele  
contém dados importantes  
sobre a sua gravidez.**

Nome:

Unidade:

Cartão SUS:

Idade:

Endereço:

Nº.

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

## Lembre-se:

Você tem direito a um acompanhante durante a internação para o parto!

Hospital de referência:

Telefone:

Endereço:

Nº.

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

## Agendamento das consultas pré-natal:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

Professional:

## Características da mulher

### ESCOLARIDADE:

- Menos de 5 anos de estudo regular
- 5 a 8 anos de estudo regular
- 9 a 11 anos de estudo regular
- 12 ou mais anos de estudo regular

### PARCERIA AFETIVA:

- Sim
- Não

Na mesma casa:

- Sim
- Não

### COR:

(por auto declaração):

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena

## Antecedentes clínicos

### FAMILIARES

S N

- Diabetes

- Hipertensão arterial

S N

- Câncer

- Gemelares

Outros

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## OBSTÉTRICOS

Gestações

Partos

Abortos

Normais

Cesárias

Fórceps

Natimortos

Nativos

S N

Pré-eclâmpsia

RN < 2.500g

RN > 4.000g

S N

Malformação

Prematuros

Outros

---

---

---

---

---

---

---

---







## Encaminhamentos / Internações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vacina anti-tetânica – Imune (< 5 anos) ( ) ou:**

1ª Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

2ª Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

3ª Dose: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reforço: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Imunoglobulina Anti-Rh

28ª semana: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pós-parto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hemograma

\_\_ / \_\_ / \_\_

hg:

ht:

comentário

Anti-HIV

\_\_ / \_\_ / \_\_

Glicemia de jejum

\_\_ / \_\_ / \_\_

TTGO 75g

\_\_ / \_\_ / \_\_

VDRL

\_\_ / \_\_ / \_\_

HbsAg

\_\_ / \_\_ / \_\_

Toxoplasmose (é suscetível?)

\_\_ / \_\_ / \_\_

Tipagem sanguínea + RH

\_\_ / \_\_ / \_\_

Coombs indireto

\_\_ / \_\_ / \_\_

Urina-I

\_\_ / \_\_ / \_\_

Urocultura / Antibiograma

\_\_ / \_\_ / \_\_

Copocitologia oncótica

\_\_ / \_\_ / \_\_

Protoparasitológico de fezes

\_\_ / \_\_ / \_\_

Urina-I

\_\_ / \_\_ / \_\_

Urocultura / Antibiograma

\_\_ / \_\_ / \_\_

Streptococos  $\beta$ 

\_\_ / \_\_ / \_\_

Outros

\_\_ / \_\_ / \_\_

Data / Resultado

Data / Resultado

\_\_ / \_\_ / \_\_

hg:

ht:

comentário

\_\_ / \_\_ / \_\_

hg:

ht:

comentário

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

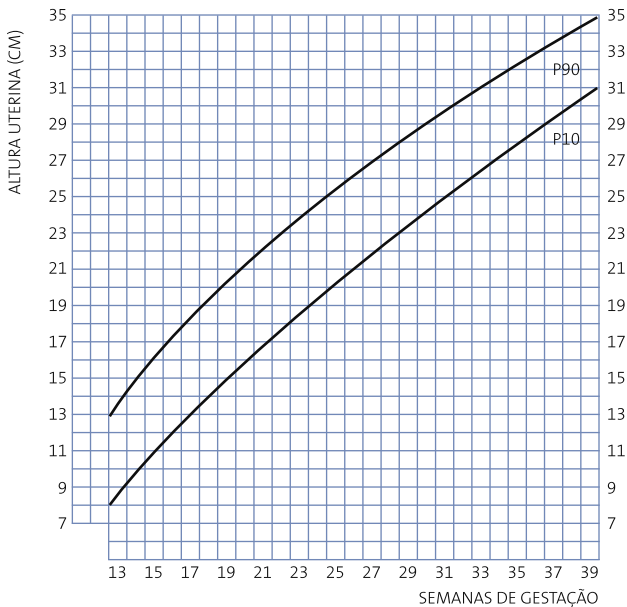
\_\_ / \_\_ / \_\_

\_\_ / \_\_ / \_\_

**ULTRASSOM:**

Data	IG	Peso estimado	Placenta	LA
__ / __ / __				
__ / __ / __				
__ / __ / __				

### Curva de altura uterina / idade gestacional



## Parto

Data:

Local:

Tipo:

Indicação:

Intercorrências no Puerpério

Não (  ) Sim (  ):

Quais:

## Recém-nascido

Sexo:	Peso (g):	APGAR:	Evolução:
		1º:      5º:	

## Atenção gestante!

- É importante não faltar às consultas;
- Seguir orientações da equipe de saúde;
- Tirar as suas dúvidas.

## Procurar a maternidade se:

- Endurecimento da barriga;
- Perda de sangue ou líquido pela vagina;
- Dor de cabeça, tontura ou manchas na visão;
- Bebê parou de mexer;
- Inchaço no rosto ou de todo o corpo;
- Febre;
- Dor ao urinar.

Volte à unidade após o parto,  
marque uma consulta  
para você e para o bebê!







SECRETARIA  
DA SAÚDE

