



NOME DA INSTITUIÇÃO

FICHA NEONATAL - I

Nº Prontuário: _____

Nº Matrícula: _____

Nome: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Nasc.: ____/____/____

RG: _____ IDADE: _____

Telefone: _____

Mãe: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

NOME DA MÃE: _____

DNV: _____ PULSEIRA: _____

DATA: _____ HORA: _____ IDADE: _____

RESIDENTE: _____ PLANTONISTA: _____

INFORMAÇÕES MATERNAS

1- GESTAÇÃO ATUAL:

FEZ PRÉ-NATAL? () SIM () NÃO LOCAL: _____ Nº DE CONSULTAS: _____

() DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG (DUM): _____ SEM

() USG INICIAL (____/____/____ IG: _____ SEM) IG (USG): _____ SEM

() GESTAÇÃO ÚNICA () GESTAÇÃO MÚLTIPLA: _____ FETOS

2- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G _____ P _____ (N _____ C _____ F _____ VE _____) PE _____ A _____ CTG _____

NATIMORTO: _____ NEOMORTO: _____ MALFORMAÇÃO: _____ SÍNDROME: _____

3- VACINAÇÃO: () TÉTANO () TRÍPLICE ACELULAR () H1N1 () HEPATITE B () OUTRAS:

4- ANTECEDENTES PESSOAIS:

() ALERGIA: _____ () HIPERTENSÃO: () PRÉ ECLÂMPSIA () CRÔNICA

() ANEMIA () ECLÂMPSIA () HELLP SÍNDROME

() TRANSFUSÃO DE SANGUE: _____ () FEZ USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO? () SIM () NÃO

() INFECÇÃO URINÁRIA - TRATADA: () SIM () NÃO () FEZ USO DE CORTICÓIDE? () SIM () NÃO

() DIABETES TIPO: () I () II () GESTACIONAL () HIPOTIREOIDISMO () HIPERTIREOIDISMO

() BRONQUITE () ASMA () DPOC () SEM COMORBIDADES

() CARDIOPATIA () OUTRAS: _____

() TROMBOEMBOLISMO: _____ () CIRURGIAS: _____

5- ANTECEDENTES FAMILIARES:

() ANEMIA () CARDIOPATIA () DIABETES () HIPERTENSÃO () TIREOIDOPATIA () NEOPLASIA

() ANOMALIAS ESTRUTURAIS: _____ () NEGA VÍCIOS

6- HÁBITOS:

() TABAGISMO: () ATUAL: _____ CIGARROS / DIA, HÁ: _____ ANOS. () CESSOU HÁ: _____

() ETILISMO () DROGAS: () MACONHA () COCAÍNA () CRACK () OUTRAS: _____

7- MEDICAMENTOS EM USO:

NOME	POSOLOGIA

() NENHUM MEDICAMENTO UTILIZADO

8 - EXAMES COMPLEMENTARES:

TIPO SANGÜÍNEO: () A () B () AB () O RH: () POSITIVO () NEGATIVO () COOMBS INDIRETO: _____

STREPTO B: (____/____/____) () POSITIVO () NEGATIVO () IGNORADO PROFILAXIA: () ADEQUADA () INADEQUADA

TESTE RÁPIDO HIV () POSITIVO () NEGATIVO () NÃO REALIZADO

SOROLOGIAS	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HIV	NR () R ()	NR () R ()	NR () R ()
SÍFILIS	NR () R: (:)	NR () R: (:)	NR () R: (:)
HEPATITE B	NR () R ()	NR () R ()	NR () R ()
HEPATITE C	NR () R ()	NR () R ()	NR () R ()
TOXOPLASMOSE	IgM: IgG:	IgM: IgG:	IgM: IgG:
RUBÉOLA	IgM: IgG:	IgM: IgG:	IgM: IgG:
CMV	IgM: IgG:	IgM: IgG:	IgM: IgG:

OUTROS EXAMES:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	CARIMBO / ASSINATURA	DATA

DADOS DO PARTO

9- APRESENTAÇÃO: () CEFÁLICA () PÉLVICA () CÓRMICA

MEMBRANAS: () ÍNTEGRAS () ROTAS EM: _____ / _____ / _____ ÁS _____ : _____ HORAS

LÍQUIDO: () CLARO () MECONIAL: _____ / 4+ **GRUMOS:** () AUSENTE () FINOS () GROSSOS

PARTO:

LOCAL: () CPN () ADMISSÃO () CO () OUTRO: _____

TEMPERATURA MATERNA: _____ °C **TEMPERATURA DA SALA DE PARTO:** _____ °C

TIPO: () NORMAL () CESÁREO () FÓRCIPE () VÁCUO () ESPONTÂNEO () INDUZIDO () CONDUZIDO

JUSTIFICATIVA: _____

ANALGESIA: () RAQUI () PERIDURAL () COMBINADA () BLOQUEIO DE PUDENDO () NÃO REALIZADA

GEMELAR: () SIM () NÃO () ORDEM AO NASCER: _____

DADOS DE NASCIMENTO (RECÉM-NASCIDO)

DATA: _____ / _____ / _____ **ÁS** _____ : _____ **HORAS** **SEXO:** () FEMININO () MASCULINO () A CONFIRMAR

PESO: _____ g **ESTATURA:** _____ cm **PC:** _____ cm **PT:** _____ cm

SALA DE PARTO

10- ANTENDIMENTO EM SALA DE PARTO:

REANIMAÇÃO? () SIM () NÃO () IGNORADO VPP COM MÁSCARA? () SIM () NÃO () IGNORADO OXÍMETRO DE PULSO? () SIM () NÃO VALOR: _____ INTUBAÇÃO? () SIM () NÃO () IGNORADO MASSAGEM CARDÍACA? () SIM () NÃO () IGNORADO CATETERISMO UMBILICAL? () SIM () NÃO () IGNORADO EXPANSOR DE VOLUME? () SIM () NÃO () IGNORADO OUTRAS DROGAS: _____ CREDÊ? () SIM () NÃO () IGNORADO CONTATO COM A PELE: () REALIZADO () NÃO REALIZADO JUSTIFICATIVA: _____ OUTROS PROCEDIMENTOS: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">BOLETIM DE APGAR</th> <th>1º min</th> <th>5º min</th> <th>10º min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BATIMENTO CARDÍACO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESPIRAÇÃO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TÔNUS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>REFLEXO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	BOLETIM DE APGAR	1º min	5º min	10º min	BATIMENTO CARDÍACO				RESPIRAÇÃO				TÔNUS				REFLEXO				COR				TOTAL			
BOLETIM DE APGAR	1º min	5º min	10º min																										
BATIMENTO CARDÍACO																													
RESPIRAÇÃO																													
TÔNUS																													
REFLEXO																													
COR																													
TOTAL																													

AMAMENTAÇÃO EM SALA DE PARTO? () SIM () NÃO JUSTIFICATIVA: _____

11- EXAME FÍSICO:

TEMPO DE VIDA AO EXAME: _____ **CAPURRO SOMÁTICO:** _____

PELE: **COR:** _____ **ICTERÍCIA:** () SIM () NÃO **PALIDEZ:** () SIM () NÃO **CIANOSE:** () SIM () NÃO

NEUROLÓGICO: () NORMAL () DEPRIMIDO () EXCITADO

MALFORMAÇÕES: () SIM () NÃO **QUAL:** _____

LESÕES: () AUSENTE () PRESENTE () NÃO TRAUMÁTICA () TRAUMÁTICA

OUTRAS: () HEMATOMAS () PARALISIA FACIAL () PARALISIA BRAQUIAL () HEMORRAGIA VISCERAL () FRATURA

RESPIRATÓRIO: () NORMAL () ANORMAL **CARDIOVASCULAR:** () NORMAL () ANORMAL

ABDOME: () NORMAL () ANORMAL **OSTEOARTICULAR:** () NORMAL () ANORMAL

COTO UMBILICAL () 2A1V ALTERADO: _____

GENITÁLIA: () NORMAL () ANORMAL _____

ÂNUS: () PÉRVIO () IMPÉRVIO

MECÔNIO: () SIM () NÃO **DIURSE:** () SIM () NÃO

13- IMPRESSÕES:

PLANTAR - RN	POLEGAR DIREITO - RN	POLEGAR DIREITO - MÃE
--------------	----------------------	-----------------------

14- EXAMES COLHIDOS:

15- OBSERVAÇÕES: