



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: ___:___

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

S N

Malformação

RN < 2.500g

Prematuros

RN > 4.000g

Outros

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 β

__ / __ / __

Outros

__ / __ / __

Data / Resultado

Data / Resultado

__ / __ / __

hg:

ht:

comentário

__ / __ / __

hg:

ht:

comentário

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

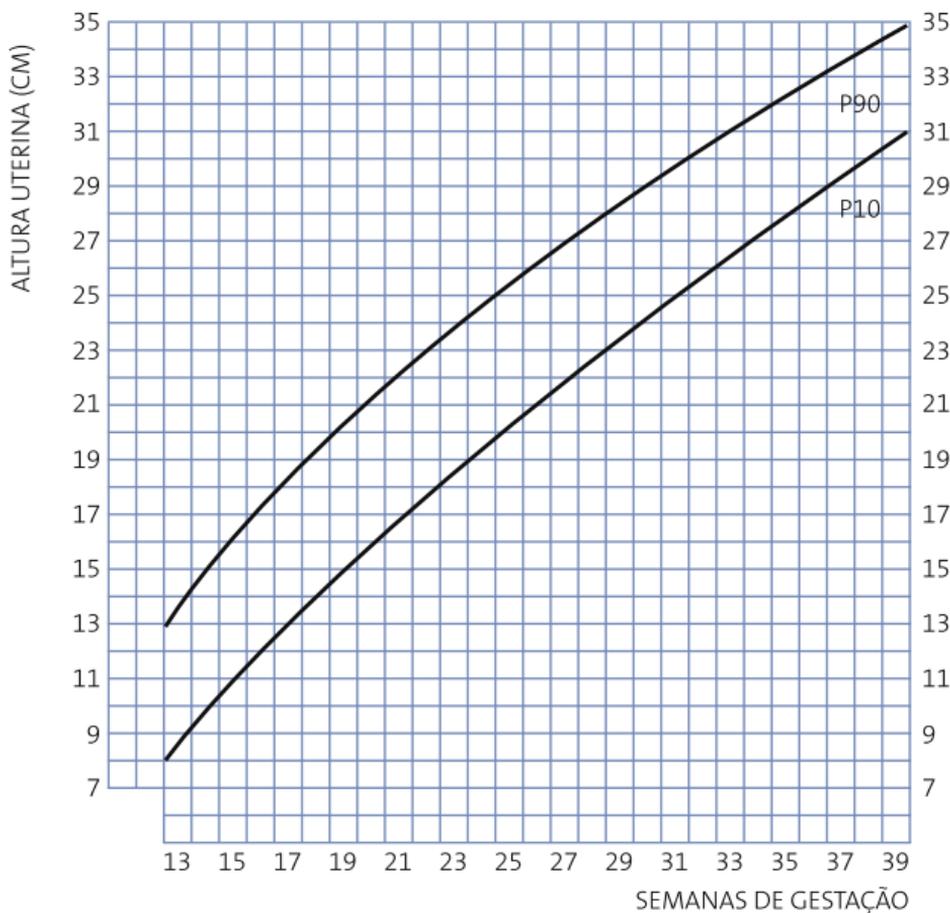
__ / __ / __

__ / __ / __

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

