Ficha de acompanhamento pré-natal

IDENTIFICAÇÃO

RG/Unidade:_____

Nome:_____ SIS Pré-Natal: _____

Cartão SUS: _____ Idade: _____

Cor (por autodeclaração): ❑Branca ❑Preta ❑Parda ❑Amarela ❑Indígena

Alfabetizada: ❑Sim ❑Não Estado civil: ❑Casada ❑União estável ❑Solteira ❑Outro:

_____

Endereço: _____

Nº_____ Complemento: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Nome do acompanhante para o parto: _____

Maternidade de referência: _____

Responsável pelo registro: _____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, ECT.)

_____

_____

ANTECEDENTES PESSOAIS (ANTECEDENTES EMOCIONAIS, SOCIOCULTURAIS E OCUPACIONAIS, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CÂNCER, CARDIOPATIAS, PNEUMOPATIAS, INTERNAÇÕES, TRANSFUSÕES, HÁBITOS, VÍCIOS, ETC.)

_____

_____

_____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarca: _____ DUM: _____ DPP: ____ /____ /____ DUM Confirmada por USG < 20 sem.: ❑Sim ❑Não

Ciclos regulares: ❑Sim ❑Não Método contraceptivo: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestações: _____ Partos: _____ Normais: _____

Cesarianas: _____

Fórcipes: _____

Abortos: _____ Espontâneos: _____

Provocados: _____

RECÉM-NASCIDOS Peso: < 2500g: _____

≥ 4000g:_____

Malformação(ões): ❑Não ❑Sim:

Prematuro(s): ❑Não ❑Sim:

Natimorto(s): ❑Não ❑Sim:

Neomorto(s): ❑Não ❑Sim:

< 01 semana: _____

> 01 semana: _____

DADOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO (GERAL E TOCOGINECOLÓGICO)

Altura: _____IMC 1ª consulta: _____

Exame odontológico: ❑Normal ❑Alterado: _____

Exame de mamas: ❑Normal ❑Alterado: _____

Inspeção cervical: ❑Normal ❑Alterado: _____

	Consulta (data)	Idade gestacional	Pressão arterial	Peso	Edema	BCF	Altura uterina	Apresentação	Mov. fetal	Conduta	Diagnóstico	Profissional	Retorno
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													