Exames	Data	Resultado
ABO - RH		
Hb/Ht		
Glicemia de jejum		
VDRL		
Urina 1		
Anti - HIV		
HBsAg		
Toxoplasmose		
Combs. indireto		
Outros		

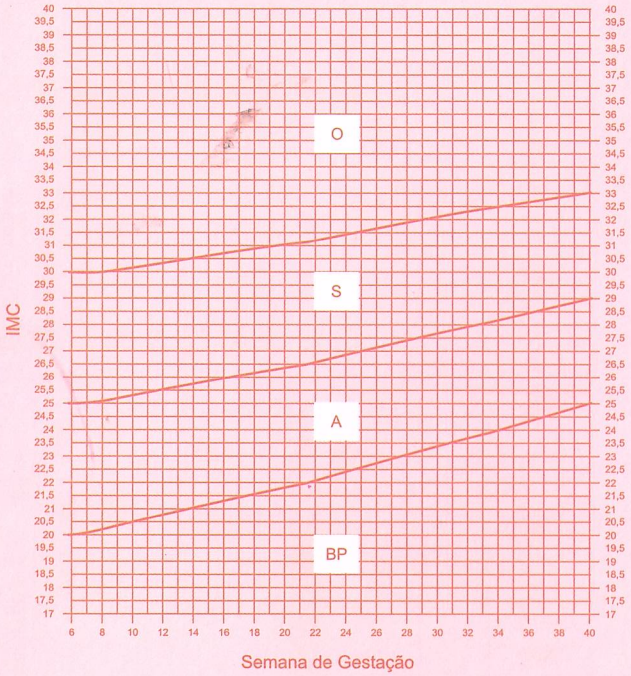
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação

Sulfato ferroso Ácido fólico	Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Ultra - sonografia

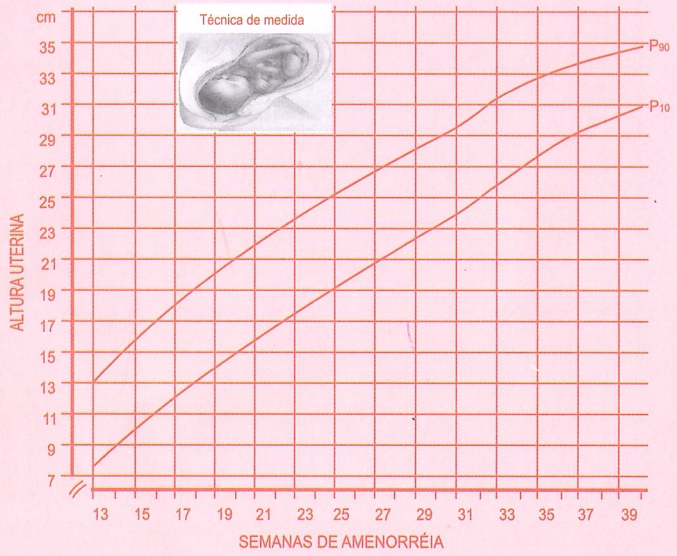
Data	Resultado	Orientação / conduta

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP - baixo peso **A** - adequado **S** - sobrepeso **O** - obesidade

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM - SC
Secretaria Municipal de Saúde
Sistema Único de Saúde - SUS

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Tel.:

Município:

Cadastro no SIS - pré-natal

Cartão SUS

Agendamento

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

Hospital / maternidade de referência: _____

IDADE ANOS

MENOR DE 15 / MAIOR DE 35

Nº DE PRONTUÁRIO

ALFABETIZADA: SIM / NÃO

ESTUDOS: NENHUM / FUNDAMENTAL / MÉDIO / SUPERIOR

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES

	SIM	NÃO
GEMELARES		
DIABETES		
HIPERT. ART.		
MÁ FORMAÇÃO		
OUTROS		

PESSOAIS

	SIM	NÃO
INFECÇÃO URINÁRIA		
INFERTILIDADE		
CARDIOPATIA		
DIABETES		
HIPERT. ART.		
CIRURG. PÉLV.UTERINA		
MÁ FORMAÇÃO		
OUTROS		

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)

GESTAÇÕES; ABORTOS; PARTOS; NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS

VAGINAIS; CESÁREAS

NASC. VIVOS: VIVEM / MORRERAM NA 1ª SEMANA / MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

NASC. MORTOS

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS / ANO

AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM

NASCIMENTO COM MAIOR PESO: G

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR: Kg

ESTATURA

	DIA	MÊS	ANO
DUM			
DPP			

DÚVIDAS: SIM / NÃO

ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO

ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª — MÊS GESTAÇÃO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS

GRUPO

Rh: + / -

SENSIB.: SIM / NÃO

TRANSF.: SIM / NÃO — LOCAL:

DIA	MÊS	ANO

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAU NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	EX. CLÍNICO CERVIX
SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO	SIM / NÃO

VDRL: + / - — DIA / MÊS

FUMA: SIM / NÃO — Nº DE CIGARROS AO DIA

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+ a 4 +)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL										
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL

IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42

TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO

INÍCIO TP: ESP. / IND.

MEMBRANAS: INT. / ROT.

DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS

ESP. / PELV. / TRAN.

EXP. / CES. / FORC. / OUT.

HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO

NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO

EPSIOTOMIA: SIM / NÃO

LACERAÇÃO: SIM / NÃO

DEQUIT. EXP.: SIM / NÃO

PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO

MORTE FETAL: NÃO / SIM

MOMENTO: GRAV. / PARTO / IGNO.

ATENDIDA POR:

	MÉDIC.	ENF./ PAR. AUX.	EMPIR.	OUTROS
PARTO				
NEONATO				

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQUILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OCITOC. / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- HEMORRAGIA PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

RECÉM - NASCIDO

SEXO: F / M

VDRL: - / +

APGAR MINUTO: 1º / 5º — 6 OU MENOS

REANIMAÇÃO: SIM / NÃO

PESO AO NASCER: g — MENOS DE 2.500g

IDADE POR EXAME FÍSICO: Sem. — MENOR DE 37 SEMANAS

PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA: cm

PER. CEF.: cm

EXAME FÍSICO PRÉ - ALTA: NORMAL / ANORMAL

EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO

PATOLOGIAS: M. HIALINA / S. ASPIRAT. / OUTROS SDR / APNÉIAS / HEMORRAGIA / INFECÇÃO / NEUROL. / HIPERBILI. / A. CONG. / OUTRA / NENHUMA

RN ALOJ. / CONJ.: SIM / NÃO

ALTA DO RN: SADIO / TRANSF. / C / PATOL. / ÓBITO

IDADE NA ALTA / TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS

IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS

ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C / PATOLOGIA.

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM / DIU / ORAL / OUTRA / LIG.DA TRO. / RITMO / NENHUM

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu.
Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao Hospital.