

Front/Verso

(220x155 mm - 120 g/m²)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FO

DEPENDÊNCIA: _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____

FO

CARTEIRA DA GESTANTE

PRONTUÁRIO Nº _____
NOME: _____ IDADE _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____
GESTAÇÃO _____ PARIDADE _____ ABORTO _____ CESÁREAS _____
ÚLTIMO PARTO HÁ _____ NÚMERO DE FILHOS VIVOS _____
ÚLTIMA MENSTRUÇÃO _____ / _____ / _____
DATA PROVÁVEL DO PARTO _____ / _____ / _____
Rt: _____ POSITIVO NEGATIVO

HISTÓRICO DO PARTO DATA _____ / _____ / _____
MATERNIDADE: _____
PARTO NORMAL: SEM EPISIOTOMIA COM EPISIOTOMIA
OPERATÓRIO: CESÁREA FORCEPS
OUTROS: _____

ANESTESIA: _____
DEQUITAÇÃO: NORMAL PATOLÓGICA
ABORTAMENTO: DATA: _____ / _____ / _____ SEMANAS _____
IDADE DO ABORTO: _____ SEMANAS _____
INTERCORRÊNCIAS: _____
IG G ANTI-Rh _____ CONDIÇÕES DE ALTA: _____

RECÉM NASCIDO:
NATIVIVO DE TERMO PREMATURO
NATIMORTO
VITALIDADE: _____
PESO AO NASCER: _____ SEXO: _____ ESTATURA: _____ PC _____
INTERCORRÊNCIAS: _____
CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ASS. DO MÉDICO _____



Cód. 061.00001.0102-01

CONS.	IDA, GEST. (SEM)	DATA RETORNO	PESO	ALTURA UTERINA	APRESEN- TAÇÃO	FOCO	M. F.	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MÉDICO
1.º										
2.º										
3.º										
4.º										
5.º										
6.º										
7.º										
8.º										
9.º										
10.º										
11.º										
12.º										

EXAMES	DATA	COLPOCITOLOGIA - DATA	OBSERVAÇÕES (TOQUE-INTERCORRÊNCIA)
HT-HB		RESULTADO	
VDRL		OUTROS EXAMES	
URINA			
FEZES			

VACINA ANTITÉTANICA: 1.ª DOSE

2.ª DOSE 3.ª DOSE REFORÇO