

8 Copie os **resultados** dos exames no trimestre correspondente da gravidez. Anote a conduta realizada, se houver, e a data da mesma.

Exames no pré-natal	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)
Hemoglobina/Hematócrito				
Grupo sanguíneo ABO				
Fator Rh				
Coombs indireto				
Glicemia de jejum				
Toxoplasmose IgM				
Curva de tolerância à glicose				
Urina rotina (EAS)				
Urocultura				
HBsAg				
Teste HIV				
VDRL				
Ultrassonografia				

[illegible]

11 Idade gestacional: 1ª consulta: ____ I meses ____ I ____ I semanas ____ I dias I gn. Última consulta ____ I meses ____ I ____ I semanas ____ I dias I gn.

12 Esquema de vacinação da mãe contra o tétano Doses: 1ª 2ª 3ª ☐Reforço ☐Imune ☐Não vacinada ☐Ign.

13 Fez uso de ácido fólico no primeiro trimestre dessa gestação? ☐ Sim ☐ Não ☒ Ign.

14 Assinale os fatores que a mãe apresentou nessa gravidez (use as linhas inferiores caso precise esclarecer):

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia grave (Hb <8) | <input type="checkbox"/> Doença sexualmente transmissível | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Gestação múltipla | <input type="checkbox"/> Hipert. arterial/DHEG | <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Crescim. Intrauter. restrito (CIUR) | <input type="checkbox"/> Gestação >40 semanas | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Usuária de álcool | <input type="checkbox"/> Trabalho parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Usuária de drogas ilícitas | <input type="checkbox"/> Transtornos mentais |
| <input type="checkbox"/> Outros | | | | |

☐ Não ☒ Ign.

15 Foi atendida no pré-natal de alto risco (PNAR)? ☐ Sim ☐ Não ☒ Ign.

15.1 Idade gestacional no 1º atendimento no PNAR: | | | semanas

15.2 Manteve o acompanhamento no pré-natal inicial? ☐ Sim ☐ Não ☒ Ign.

16 Foi internada durante esta gestação? ☐ Sim ☐ Não ☒ Ign.

Motivo da 1ª internação	Idade gestacional (semanas)	I	I	I
-------------------------	-----------------------------	---	---	---

Motivo da 2ª internação	Idade gestacional (semanas)		
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

Motivo da 3ª internação _____ Idade gestacional (semanas) | ____ | ____ |

VI.	Assistência ambulatorial ao recém-nascido/criança.	<input type="checkbox"/> Não se aplica
-----	--	--

☐ Não se aplica

17	Data do último atendimento nesse estabelecimento		Ign.
-----------	--	--	------

18 Tipo de aleitamento oferecido ao recém-nascido/criança: ☐ Aleitamento Materno exclusivo, por 1 1 meses. ☐ Misto ☐ Sem aleitamento materno

19 Alguma vacina está em atraso para a idade? ☐ Sim, quais? ☐ Não ☐ Ign.

20 Na primeira semana de vida, a criança: ☐ recebeu visita domiciliar ☐ foi avaliada na UBS ☐ fez o Teste do Pezinho ☒ Ign.

21 Resultado do teste do pezinho: ☐ Normal ☐ Alterado; especifique. ☒ Ign. ☐ Não realizado

Utilize o verso para informações em outros estabelecimentos ambulatoriais/urgência-emergência, quando necessário.

30 Registro dos atendimentos realizados em <u>outros</u> estabelecimentos ambulatoriais/urgência-emergência que prestaram assistência ao recém-nascido/criança.						
	Estabelecimento	Data do atendimento	Peso	Queixa/diagnóstico	Conduta (medicamentos, imunização, exames realizados, orientações)	Prof.*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						