



Especialização em  
Saúde da Família

Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NºSISPre-natal: \_\_\_\_\_ Anos completos de escolaridade \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_

Cor da pele ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Negra ( ) parda ( ) Não informada Estado civil/união: ( ) casada ( ) estável ( ) solteira ( ) outra

Gesta: \_\_\_ Peso anterior a gestação \_\_\_ kg Altura \_\_\_\_\_ cm Tabagista? sim ( ) não ( ) Alguma comorbidade? sim ( ) não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Informações de gestações prévias**

Nº de nascidos vivos \_\_\_ Nº de abortos \_\_\_ Nº de filhos com peso < 2500g \_\_\_ Nº de filhos prematuros \_\_\_ Nº partos vaginais sem fórceps \_\_\_ Nº de partos vaginais com fórceps \_\_\_

Nº de episiotomias \_\_\_ Nº de cesareanas \_\_\_ Realizou consultas de pré-natal em todas as gestações? ( ) Sim ( ) Não Data do término da última gestação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Alguma comorbidade? sim ( ) não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**Informações da gestação atual**

DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ DPP \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Trimestre de início do pré-natal: \_\_\_ Vacina dT: 1ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ 3ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Reforço \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Vacina dTpa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Vacina Hepatite B: 1ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ 3ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Vacina contra influenza: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data da 1ª consulta odontológica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Consulta de Pré-natal												
Data												
Id.gest.(DUM)												
Id.gest.(ECO)												
Pres. Arterial												
Alt. Uterina												
Peso (kg)												
IMC (kg/m2)												
BCF												
Apresent. Fetal												
Exame ginecológico*												
Exame das mamas*												
Toque**												
Sulfato ferroso?												
Ácido fólico?												
Risco gestacional***												
Orientação nutricional												
Orientação sobre cuidados com o RN												
Orientação sobre AME												
Orientação sobre tabagismo álcool/drogas e automedicação												
Orientação sobre higiene bucal												
Data prox.consulta												
Ass. Profissional												

\* Obrigatório na primeira consulta. Após, conforme a necessidade. \*\*Toque: conforme as necessidades de cada mulher e a idade gestacional. \*\*\*Baixo ou alto risco conforme recomendação do Ministério da Saúde



Exames laboratoriais								
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipagem sanguínea								
Fator Rh								
Coombs indireto*								
Hemoglobina								
Glicemia de jejum								
VDRL								
Anti-HIV								
IgM Toxoplasmose								
IgG Toxoplasmose								
HBsAG								
Anti-Hbs*								
Exame de urina								
Urocultura								
Antibiograma sensível a*								
Exame da secreção vaginal*								
Exame para detecção precoce câncer de colo de útero*								
Outros								
Ecografia obstétrica								
Data	IG DUM	IG ECO	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros		

**Atenção ao puerpério**

Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: ( ) vaginal sem episiotomia ( ) vaginal com episiotomia ( ) cesariana.

Se parto cesáreo, qual a indicação? \_\_\_\_\_ Alguma intercorrência durante o parto? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Peso de nascimento da criança em gramas \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ A criança está em AME? ( ) Sim ( ) Não

Consulta puerperal				
Data				
Pressão arterial				
Fluxo sanguíneo				
Exame das Mamas				
Exame do períneo				
Avaliação da mamada durante a consulta				
Método anticoncepcional				
Sulfato ferroso				