



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome Como quer ser chamada

Endereço Cidade

Idade anos <15 anos 15-35 anos >35 anos

Estado civil/união Casada Solteira Estável Outro

Instrução Nenhuma Fundamental Médio Superior

Peso anterior Gravidez habitual Alto risco

Altura cm Gravidez planejada SIM NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Hospitalização na gravidez NÃO SIM

Dias / /

Grupo Rh + Sensibilizada NÃO Rh - SIM

Transferida NÃO SIM

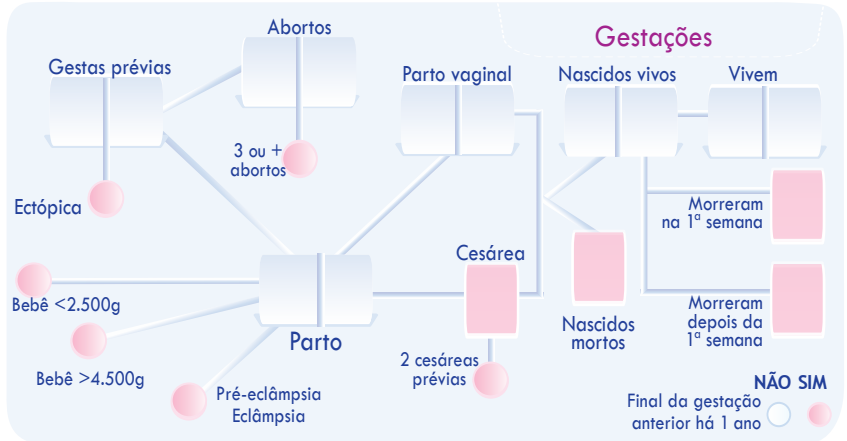
Local Data / /

Tipo de gravidez

- Única
- Gemelar
- Tripla ou mais
- Ignorada

Antecedentes familiares

- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Gemelar
- Outros



Antecedentes clínicos

- NÃO SIM Diabetes
- NÃO SIM Cardiopatia
- NÃO SIM Infecção urinária
- NÃO SIM Tromboembolismo
- NÃO SIM Infertilidade
- NÃO SIM Hipertensão arterial
- NÃO SIM Dific. amament.
- NÃO SIM Outros
- NÃO SIM Cir. pélv. uterina
- NÃO SIM Cirurgia
- NÃO SIM Outros

Gestação atual

- NÃO SIM Fumo (nº de cigarros)
- NÃO SIM Anemia
- NÃO SIM Álcool
- NÃO SIM Inc. istmocervical
- NÃO SIM Outras drogas
- NÃO SIM Ameaça de parto premat.
- NÃO SIM Violência doméstica
- NÃO SIM Isoimunização Rh
- NÃO SIM HIV/Aids
- NÃO SIM Oligo/polidrâmnio
- NÃO SIM Sífilis
- NÃO SIM Rotura premat. de membrana
- NÃO SIM Toxoplasmose
- NÃO SIM CIUR
- NÃO SIM Infecção urinária
- NÃO SIM Pós-datismo
- NÃO SIM Febre
- NÃO SIM Hipertensão arterial
- NÃO SIM Pré-eclâmp./eclâmpsia
- NÃO SIM Cardiopatia
- NÃO SIM Diabetes gestacional
- NÃO SIM Uso de insulina
- NÃO SIM Hemorragia 1º trimestre
- NÃO SIM Hemorragia 2º trimestre
- NÃO SIM Hemorragia 3º trimestre
- NÃO SIM Exantema/rash cutâneo

Exames

| Exame | Data | Resultado | Data | Resultado |
|-----------------------------|------|-----------|------|-----------|
| ABO-RH | / / | / | / / | / |
| Glicemia de Jejum | / / | / | / / | / |
| Teste Oral Tolerân. Glic. | / / | / | / / | / |
| Sífilis (teste rápido) | / / | / | / / | / |
| VDRL | / / | / | / / | / |
| HIV/Anti-HIV (teste rápido) | / / | / | / / | / |
| Hepatite B-HBsAg | / / | / | / / | / |
| Toxoplasmose | / / | / | / / | / |
| Hemog. Hematócrito | / / | / | / / | / |
| Urina-EAS | / / | / | / / | / |
| Urina-Cultura | / / | / | / / | / |
| Coombs Indireto | / / | / | / / | / |

Vacina Influenza

Data / /

Vacina dTpa

Data / /

Vacina antitetânica (dT)

- Sem informação de imunização
- Imunizada há menos de 5 anos
- Imunizada há mais de 5 anos

- 1ª dose / /
- 2ª dose / /
- 3ª dose / /
- Reforço / /

Vacina Hepatite B

- Imunizada
- 1ª dose / /
- 2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /
- 3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Eletroforese de Hemoglobina

- Padrão AA
- outros Heterozigose AS AC
- outros Homozigose SS SC

Ultrassonografia

| Data | IG DUM | IG USG | Peso fetal | Placenta | Líquido | Outros |
|------|--------|--------|------------|----------|---------|--------|
| / / | | | | | | |
| / / | | | | | | |
| / / | | | | | | |

Malária

Somente para gestantes da Região Amazônica.

Neg. Pos.

/ / / / / / / / /

Sulfato ferroso 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ácido fólico 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Tratamento de Sífilis

- 1ª dose / /
- 2ª dose / /
- 3ª dose / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

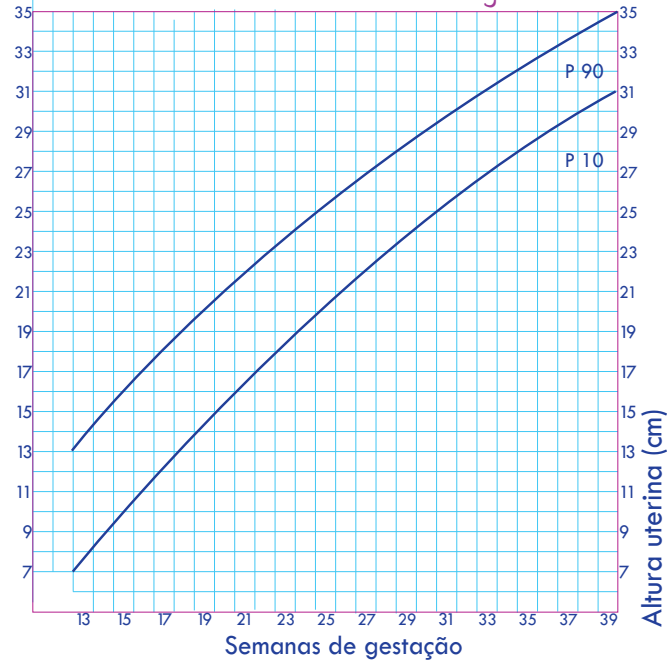
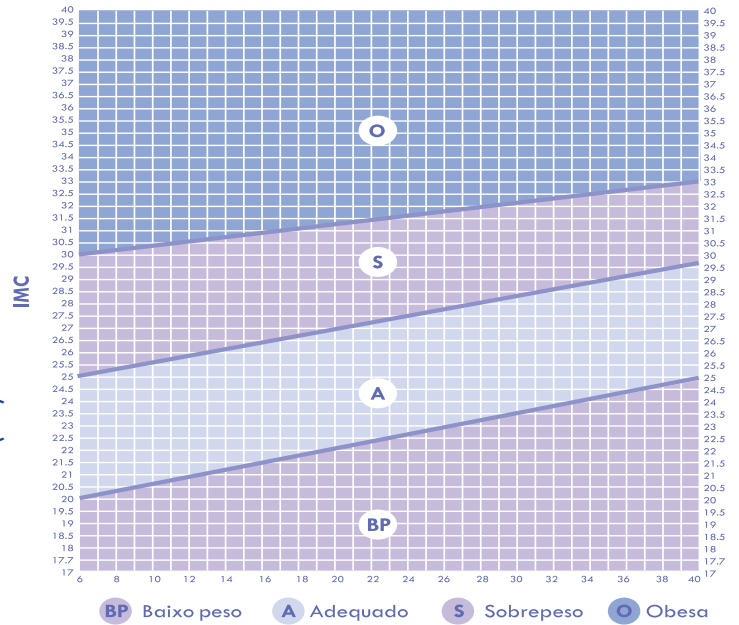


Gráfico de acompanhamento nutricional



| | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª | 7ª | 8ª | 9ª | 10ª |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Data | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| Queixa | | | | | | | | | | |
| IG - DUM/USG | | | | | | | | | | |
| Peso (kg) / IMC | | | | | | | | | | |
| Edema | | | | | | | | | | |
| Pressão arterial (mmHG) | | | | | | | | | | |
| Altura uterina (cm) | | | | | | | | | | |
| Apresentação fetal | | | | | | | | | | |
| BCF / Mov. fetal | | | | | | | | | | |
| Toque, se indicado | | | | | | | | | | |
| Exantema (presença ou relato) | | | | | | | | | | |
| Realizou visita à maternidade SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| Data: / / | | | | | | | | | | |
| Participou de atividades educativas SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> | | | | | | | | | | |
| Data: / / | | | | | | | | | | |
| Data: / / | | | | | | | | | | |
| Data: / / | | | | | | | | | | |
| Assinatura | | | | | | | | | | |

Observação, Diagnóstico e Conduta

Parto e nascimento

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| Idade gest. Semanas: <input type="text"/> | Início trab. parto Espontâneo <input type="radio"/> Induzido <input checked="" type="radio"/> | Terminação Espontâneo <input type="radio"/> Fórceps <input checked="" type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Outros <input checked="" type="radio"/> | Recém-nascido Sexo: Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> VDLR: Neg. <input type="radio"/> Posit. <input type="radio"/> APGAR 1º min. <input type="text"/> 5º min. <input type="text"/> Reanimação: NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> Ex. físico imediato: Normal <input type="radio"/> Anormal <input checked="" type="radio"/> Peso: <input type="text"/> Menor 2.500g <input checked="" type="radio"/> Estatura: <input type="text"/> Peso/IG: Adequado <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Pequeno <input type="radio"/> Per. cef. <input type="text"/> Idade exam. fis. <input type="text"/> Menor de 37 <input type="radio"/> | Alta materna Sadia <input type="radio"/> Transf. <input checked="" type="radio"/> Com patol. <input checked="" type="radio"/> Óbito: <input type="text"/> | Alta recém-nascido Sadio <input type="radio"/> Transf. <input checked="" type="radio"/> Com patol. <input checked="" type="radio"/> Óbito: <input type="text"/> Fetal <input checked="" type="radio"/> Intraparto <input checked="" type="radio"/> Pós-parto <input type="text"/> | Patologias R.N. Nenhuma <input type="radio"/> M. hial. <input checked="" type="radio"/> Apneias <input checked="" type="radio"/> Infecção <input checked="" type="radio"/> S. asp. <input checked="" type="radio"/> Hemorr. <input checked="" type="radio"/> Neurol. <input checked="" type="radio"/> Hiperb. <input checked="" type="radio"/> A. cong. <input checked="" type="radio"/> Outra SDR <input checked="" type="radio"/> |
| Parto Episiotomia: NÃO <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> Laceração: <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Dequit. espont.: <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Placenta compl.: <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> | Medicação no parto Anestesia local <input type="radio"/> Anestesia reg. <input type="radio"/> Anestesia geral <input type="radio"/> Analgesia <input type="radio"/> Tranq. <input type="radio"/> Ocitocina <input type="radio"/> Antibiótico <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> | Dias: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> | Dias: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> | Dias: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> | Dias: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> | Dias: <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> |