

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade : ____/____/____
 menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residencia:

19 UF: _____

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 -não

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

[01] Analfabeto
[1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
[2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
[3] 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
[4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
[5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
[6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
[7] Educação superior incompleta
[8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica

[01] Convive com companheiro e filho(s)
[2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
[3] Convive com companheiro, com filho(s) e/ou outros familiares
[4] Convive com familiar(es), sem companheiro
[5] Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
[6] Vive só

[11] branca
[2] preta
[3] amarela
[4] parda
[5] indígena
[9] ignorada

DADOS PESSOAIS

32 Nome do cartório:

33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro: _____

35 Folha: _____

36 Termo: _____

37 Data de emissão: _____

38 Identidade: _____

39 Data de emissão: _____

40 Órgão Emissor: _____

41 UF: _____

42 Carteira de trabalho: _____

43 Série: _____

44 UF: _____

45 CPF: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: [1] -1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46 DUM ____/____/____

47 DPP ____/____/____

48 Altura/cm _____

49 Peso/gramas _____

50 Precisa de auxílio deslocamento NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada. _____

52 Tipo de gravidez:
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

53 Gravidez Planejada NÃO SIM

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestas Prévias: <2500g >4500g Ectópica Pré-eclâmpsia Eclâmpsia

Abortos: 3 ou mais abortos

Parto Vaginal: Partos Cesariana

Nascidos Vivos: Nascidos mortos mortos 1 Semana depois 1 Semana

Vivem: 2 Cesarianas prévias

Final da gestação anterior, < de 1 anos

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes NÃO SIM

Pré-eclâmpsia NÃO SIM

Eclâmpsia NÃO SIM

Cardiopatia NÃO SIM

Tromboembolismo NÃO SIM

Doença Mental NÃO SIM

Hipertensão NÃO SIM

Outros, qual: _____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

DADOS PESSOAIS

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

ACOLHIMENTO

SISPRENATAL :

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento ____/____/____

GESTACÃO ATUAL

57

Trabalho de parto prematuro	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Diabetes Gestacional	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 1° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
Isomunização RH	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Se, sim : Insulina	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 2° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
Infecção urinária	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	HIV/AIDS	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hemorragia 3° Trim.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Cigarros	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
Alcool	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Drogas	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Violência doméstica	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pós-Datismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	CIUR	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM				

SITUAÇÃO VACINAL

58 Situação da vacina antitetânica

[1] Não vacinada INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
[2] Imunizada a menos de 5 anos 2ª ____/____/____;
[3] Imunizada a mais de 5 anos 3ª ____/____/____;
[4] Vacinação incompleta Reforço ____/____/____.
[9] Ignorado

59 Hepatite B

[1] Sim INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____;
[2] Não 2ª ____/____/____;
[9] Ignorado 3ª ____/____/____;

60 INFLUENZA

[1] Sim
[2] Não
[9] Ignorado
DATA ____/____/____

61 Unidade de referência pré- natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa [1] - SIM - DATA:- ____/____/____
[2] - NÃO

64 Realizou visita à maternidade : [1] - SIM - Data: ____/____/____
[2] - NÃO

TESTES RÁPIDOS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
65 Gravidez	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	66 Sífilis	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
67 HIV	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	70 Hemoglobina HB<11g/dl	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Anemia Tratada? () Sim () Não
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	72 VDRL+	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
75 Urina , Alteração?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não	Data: ____/____/____	IgG Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	IgM Positivo ?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM
79 Ultrassom Obstétrico	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? () Sim () Não
			78 Outros informar: _____	

EX. ADICIONAIS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		
83 TOT alterado	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		

EX. EXAMES ESPECIAIS

	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
84 Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Ácido Úrico	Data: ____/____/____
86 Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	Data: ____/____/____
90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91 Outros	Data: ____/____/____
92 Cardiotocografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____		

93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ____/____/____