



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



FORMULÁRIO DE EXAME CLÍNICO DA GESTANTE

DADOS DA GESTANTE

Nome: _____
Nome Social: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
Raça/Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()
Identidade de Gênero - como a pessoa se percebe em relação ao próprio gênero:
() Pessoa cisgênero – se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu
() Pessoa transgênero – identidade de gênero difere do sexo biológico ao nascer
Orientação Sexual - é o que a pessoa sente por outra (atração emocional, afetiva ou sexual)
() Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Assexual
Escolaridade: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

DADOS DO(A) PARCEIRO(A)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
Raça/Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena ()
Identidade de Gênero - como a pessoa se percebe em relação ao próprio gênero:
() Pessoa cisgênero – se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu
() Pessoa transgênero – identidade de gênero difere do sexo biológico ao nascer
Orientação Sexual - é o que a pessoa sente por outra (atração emocional, afetiva ou sexual)
() Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Assexual
Escolaridade: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

Exames do Parceiro

Exame	1º Trimestre	3º Trimestre
HIV		
Sífilis		
Hepatite B		



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



Hepatite C		
HTLV		

DADOS DA GESTAÇÃO

Dados da Última Menstruação (DUM): _____
Data Provável do Parto (DPP): _____ IG: _____
Peso antes da gestação: _____ Altura: _____ IMC: _____
Tipo de Parto Anterior: Vaginal () Cesariana ()
Aborto: () Sim () Não
Nº de filhos mortos: _____
Nº de filhos vivos: _____

HISTÓRICO

Pessoal

- () Hipertensão arterial
() Diabetes
() Cardiopatias
() Tromboembolismo
() Câncer
() Outros: _____

Familiar

- () Hipertensão arterial
() Diabetes
() Cardiopatias
() Tromboembolismo
() Câncer
() Outros: _____

Obstétrico

- () Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
() Diabetes Gestacional
() Parto Prematuro
() RN com baixo peso
() Infecção
() Rotura prematura de membranas
() CIUR
() Descolamento Prematuro de Placenta
() Placenta Prévia
() Outros: _____
Medicamentos em Uso: _____
Alergia: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV
EXAMES PRÉ-NATAIS



Primeiro Trimestre

Exame	Resultado/conducta	1º	2º	3º
Teste Rápido: HIV, Sífilis e Hepatites B/C, HTLV				
Hemograma Completo				
Grupo ABO + Fator Rh				
Coombs indireto				
Glicemia em jejum				
Glicemia no TOTG com 75 gramas de glicose Anidra				
Hemoglobina Glicada				
Toxoplasmose IgM e IgG				
Sorologia para hepatite B (HbsAg)				
Urocultura + urina tipo I				
Eletroforese de hemoglobina				
Teste rápido de proteinúria				
Eletroforese de Hemoglobina				
VDRL/RPR				
Citopatológico de colo de útero				



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



Outros exames: _____

VACINAS

Vacina	Esquema	Registro
dT	A cada 10 anos	
dTpa	Toda gestação	
Hepatite B	3 doses	
Influenza	Anual	
COVID-19	Anual	
VSR	DU	

CONTROLE DE US

Dados	Tipo	IG (semana)	Resultados

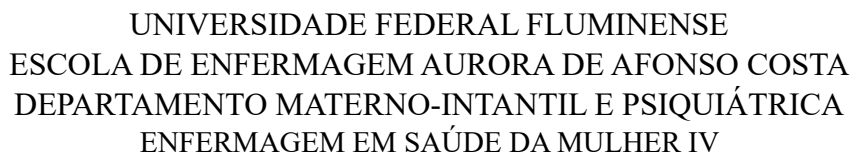


UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



CONTROLE DE CONSULTAS

Consulta	IG	Peso	PA	AU	BCF	MF	OBS
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



Suplementos

Sulfato Ferroso () Ácido Fólico () Cálcio () Ácido Acetilsalicílico Vitamina A ()

Outro: _____

Classificação de Risco

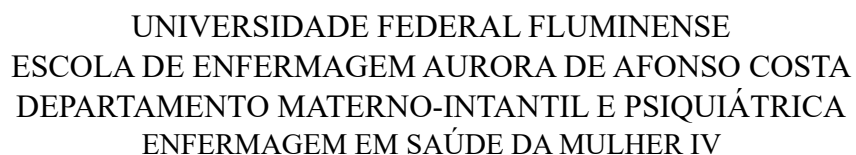
Baixo Risco () Intermediário () Alto Risco ()

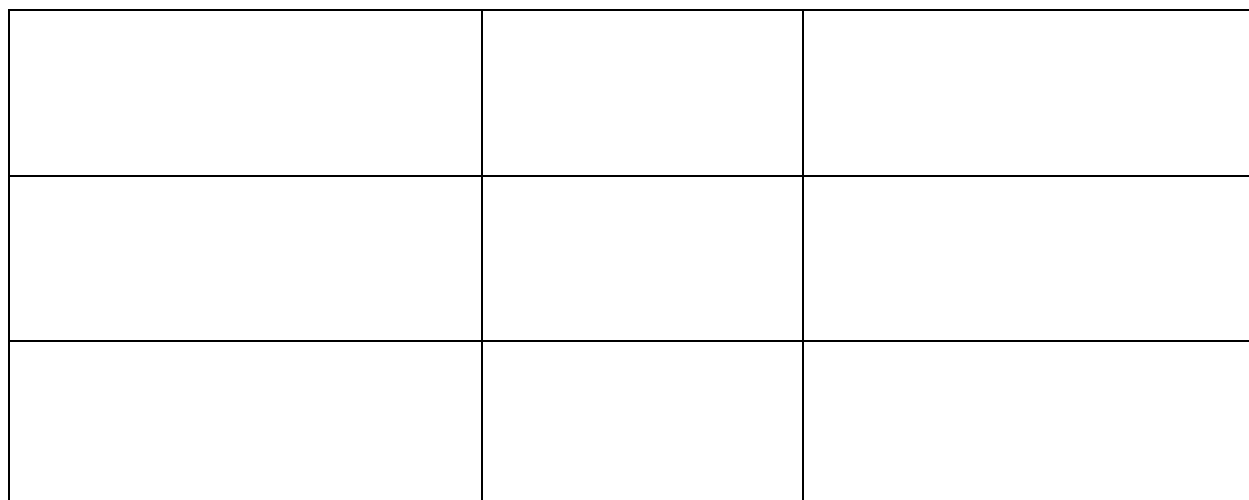
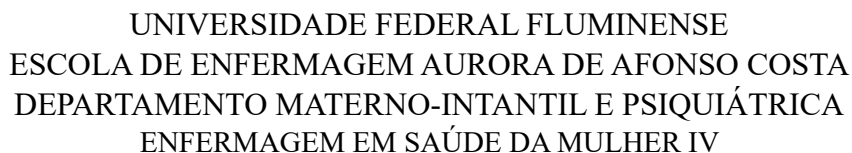
Observações: _____

CONSULTA

Avaliação de Enfermagem

[illegible]

[illegible]

[illegible]

1. Desejo conhecer a maternidade:
() Sim () Não
2. Data da visita: ____ / ____ / ____
3. Desejo que me acompanhe na internação na maternidade
() Parceiro(a)/ Pai do bebê
() Outro. Quem? _____
4. Terei uma Doula me acompanhando?
() Sim () Não



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



5. Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com o bebê. () Sim () Não
6. Desejo que meu parto seja fotografado
() Sim () Não
7. Desejo ter como opção os seguintes métodos de alívio da dor
() Massagens
() Orientações sobre técnicas de respiração
() Movimentar e/ou andar, caso queira
() Exercícios de relaxamento com a bola
() Banho no chuveiro
() Analgesia medicamentosa por anestesia
() Outro. Qual? _____
8. Gostaria de ter a liberdade de escolher diversas posições durante meu trabalho de parto
() Sim () Não
9. Desejo ingerir alimentos leves
() Sim () Não
10. Desejo os possíveis cuidados com o ambiente
() Pouca luminosidade
() Ouvir música
() Pouco barulho e conversas
() Privacidade
11. Desejo que comunique a mim e a meu acompanhante sobre qualquer intervenção durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, exame de toque, cesariana)
12. Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, e se necessário o toque com maior frequência que seja comunicado a mim e ao meu acompanhante
() Sim () Não
13. Desejo que na hora do nascimento seja evitado a manipulação do períneo e a episiotomia
() Sim () Não
14. Caso seja necessário a cesária desejo a presença do meu acompanhante
() Sim () Não
15. Assim que o bebê nascer, gostaria das seguintes ações
() Pegar meu bebê no colo imediatamente
() Receber meu bebê quando me sentir pronta
() Iniciar a amamentação o mais rápido possível dentro da 1ª hora de vida
() Ter, pelo menos, uma hora contínua com o bebê no colo
() Estou ciente que em caso de necessidade o bebê será assistido imediatamente pela equipe
16. Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em momento oportuno após 60 segundo ou até a cessação da pulsação em casos que não necessitam de clampamento imediato
() Sim () Não
17. Desejo que o corte do cordão umbilical seja feito por:
() Mim mesma
() Pelo profissional
() Pelo acompanhante
18. Gostaria que todos os cuidados com o bebê sejam feitos após a 1ª hora de vida, seguindo a recomendação do Ministério da Saúde e conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV



() Sim () Não

19. Desejo, se possível, a inserção do DIU de cobre ou Implanon (conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção.

() Sim () Não

ORIENTAÇÕES E ENCERRAMENTO

Próxima Consulta:

Observações Finais:

Profissional Responsável: _____