

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

() Vermelho ●

() Laranja ●

() Amarelo ●

() Verde ●

ATENDIMENTO

Data: ____/____/____ Prontuário: _____ Hora abertura do boletim: ____:____ Hora classificação: ____:____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nome social: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Raça/cor: _____ Município de origem: _____
Procedência: () Residência () Pré natal UBS () Pré natal HUAP () Outra unidade de saúde () Outro _____

QUEIXAS PRINCIPAIS

Gestante: () sim () Não () Incerteza I.G: ____ semanas ____ dias () Puérpera Dias de puerpério: _____
() Desmaio/mal estar geral () Relato de convulsão () Dor de cabeça/tontura /vertigem () Falta de ar/sintomas respiratórios
() Queixas urinárias () Febre/sinais de infecção () Náuseas/vômitos () Dor abdominal/Lombar/Contrações uterinas
() Perda de líquido /secreções () Perda de sangue via vaginal () Parada/ redução de movimentos fetais
Avaliação do enfermeiro: _____

SINAIS VITAIS

PA: ____ x ____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ l/rpm Tax: ____ °C SpO2: ____% Glicemia: ____ mg/dl

PONTUAÇÃO ESCALA DE MEOWS:

Score	3	2	1	0	1	2	3
Nível de consciência				Alerta			Qualquer alteração
Frequência cardíaca		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Frequência respiratória		≤ 8		09-14	15-20	21-29	≥ 30
Pressão arterial sistólica	≤ 70	71-79	80-89	09-139	140-149	150-159	≥ 160
Pressão arterial diastólica			≤ 45	46-89	90-99	100-109	≥ 110
Temperatura		≤ 35		35,1 – 37,4		37,5 – 38,9	≥ 39
Débito urinário ml/h	≤ 10	≤ 30		Não aferido			

HISTÓRICO OBSTÉTRICO

Gesta: ____ Para: ____ () Parto normal () Parto cesária Data último parto: ____/____/____ () Aborto: ____
DUM: ____ DPP: ____ Idade Gestacional: ____ semanas ____ dias
Pré-natal: () Sim () Não Nº consultas: ____ Local: _____
Intercorrência nesta gestação: _____

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Alergia: _____ Uso de drogas: () Sim () Não Quais: _____ Uso de álcool: () Sim () Não
() Hipertensão () Diabetes Outras doenças: _____
Medicamentos em uso: _____