

Anotações

Cartão da Gestante

ALTO RISCO



Nome:

Idade:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

Telefone:

Estado Civil:

SUS:

CPF:

Cadastro no SIS-pré-natal:

Agendamento de consultas

Data	Hora	Nome do profissional
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

Hospital/maternidade de referência:

Você precisa fazer no mínimo 12 consultas. É UM DIREITO SEU. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Gestação atual

DUM / /
 DUM (USGV) / /
 DPP (USGV) / /

Tipo de gravidez

Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

Risco

Gravidez planejada não sim

	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Fumo (nº de cigarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incompet. Istmo cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ameaça parto prematuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isoimunização Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oligo/ Polidrâmio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rut. prem. membrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia 1º trim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia 2º trim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Hemorragia 3º trim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VACINAS	1º dose	2º dose	3º dose	Reforço
dT				
dTpa (coqueluche)				
Hepatite B				
Covid-19				
Influenza				

Antecedentes clínicos	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cir. pelv. uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tromboembolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Antecedentes Obstétricos

Gestações Prévias Abortos Parto Vaginal Nascidos Vivos Vivos

Ectópica 3 ou +abortos

>2500g >4500g Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

Parto Cesárea Nascidos mortos

Mortos 1ª semana Mortos após 1ª semana

Amamentou?: Não Sim Não se aplica

Por quanto tempo? Data do término da última gestação: / /

Monitoramento do ganho de peso gestacional

Calcule o seu índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional:

Altura (m): Peso (kg): IMC (kg/m²):

$$IMC = \frac{\text{Peso pré-gestacional (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

Avaliação Psicossocial Ampliada

História de transtorno mental comum (ansiedade/depressão)	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim
Tentativa prévia de suicídio	<input type="checkbox"/>			
Rede de apoio familiar presente	<input type="checkbox"/>			
Dificuldade para comparecer às consultas	<input type="checkbox"/>			
Vulnerabilidade social (moradia, renda, transporte)	<input type="checkbox"/>			

Plano Terapêutico Individualizado (PTI)

Enfermagem Obstétrica	<input type="checkbox"/>	Obstetra	<input type="checkbox"/>	Endocrinologista	<input type="checkbox"/>	Cardiologista	<input type="checkbox"/>
Infetologista	<input type="checkbox"/>	Psicóloga	<input type="checkbox"/>	Nutricionista	<input type="checkbox"/>	Assistente social	<input type="checkbox"/>
						Fisioterapia	<input type="checkbox"/>

Data de início do PTI: ____/____/____

Resumo das metas e condutas principais: _____

Linha do tempo da Gestação com eventos críticos

Registrar por semana ou mês os seguintes eventos:

Datas de internações (se houver): _____

Intercorrências clínicas (ex: sangramentos, infecções, DHEG): _____

Início e mudanças de medicações: _____

Encaminhamentos realizados: _____

Informações importantes

Faz uso de alguma medicação: _____

Observações Multiprofissionais

Enfermagem: _____

Psicologia: _____

Nutrição: _____

Serviço social: _____

Medicina: _____

