



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO  
SERVIÇO DE PACIENTES EXTERNOS  
AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL**  
Gestantes Soropositivas

TEL:

Data:

<b>1 - Identificação</b>	
Nome:	
CNS:	Prontuário:
Telefone:	
Data de Nascimento:	Idade:
Endereço:	
Bairro:	
Naturalidade:	Nacionalidade:
RG:	CPF:
Cor: ( )Branca ( )Negra ( )Parda ( )Amarela	
Nome da Mãe:	
SINAN:	

<b>2 - Situação Conjugal</b>	
( ) Solteira sem Companheiro ( ) Solteira com Companheiro ( ) Casada ( ) Separada/ Divorciada	
( ) Viúva ( ) Outro	

<b>3 – Escolaridade</b>	
( ) Analfabeto	( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Fundamental completo	( ) Ensino Superior Completo
( ) Ensino Fundamental Incompleto	( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Medio Completo	( ) Ensino Superior com Pós-Graduação

<b>4 – Atividade Econômica</b>		
( ) Nunca Trabalhou	( ) Já Trabalhou	( ) Está Trabalhando
Atividade Atual:		
Renda Mensal: ( ) Nenhuma ( ) Até R\$500 ( ) R\$500 – 1.000 ( ) R\$1.001 – 1.500 ( ) Acima R\$1.500		
Fonte de Renda:		
Nº de Dependentes:		

<b>5 – Moradia</b>		
( ) Própria	( ) Alugada	( ) Cedida
( ) Alvenaria	( ) Madeira	( ) Outros
( ) Luz		
( ) Água encanada	( ) Poço Artesiano	( ) Outros
( ) Rede de esgoto	( ) Foça/ Sumidouro	( ) Vala aberta
Coleta de Lixo: ( ) Sim ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Não		
Número de cômodos:		Quantas pessoas moram na residência:
Quem mora na residência:		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO  
SERVIÇO DE PACIENTES EXTERNOS  
AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL**  
Gestantes Soropositivas

<b>6 – Hábitos</b>			
Tabagismo ( ) Sim	( ) Não		
Há quanto tempo:	Quantos Cigarros por dia:		
Faz uso de bebida alcoólica ( ) Sim	( ) Não		
Qual bebida:	Frequência:		
Faz uso de drogas ilícitas ( ) Sim	( ) Não	Injetável ( ) Sim	( ) Não
Qual droga:			
Há quanto tempo faz uso:	Frequência:		
Atividade Física ( ) Sim	( ) Não		
Possui religião ( ) Sim	( ) Não	Qual:	É praticante ( ) Sim ( ) Não

<b>7- História Familiar</b>			
	SIM/NÃO	FAMILIAR	OBSERVAÇÕES
Hipertensão crônica			
Pré-eclampsia			
Diabetes melitus			
Gemelaridade			
Prematuridade			
Malformações/ Doenças congênitas			
Neuropatias/ Doenças Psiquiátricas			
Outros			

<b>8- História Patológica Progressa</b>			
	SIM/NÃO		SIM/NÃO
1-Hipertensão Crônica		9 - Tuberculose	
2-Diabetes Melitus		10 - ISTs	
3-Cardiopatias		11 - Ginecopatias	
4-Nefropatias		12-Cirurgias Ginecologicas	
5-Pneumopatias		13-Transfusão Sanguínea	
6-Hepatites		14-Varizes	
7-Tireoideopatias		15-Alergias	
8-Neuropatias e Doenças Psiquiátricas		16-Outros	

<b>9 – História Ginecologica e Sexual</b>			
Menarca:	Sexarca:		
Hetereossexual ( )	Bissexual ( )	Homossexual ( )	
Possui parceiro fixo ( ) Sim	( ) Não		
Múltiplos parceiros ( ) Sim	( ) Não	Quantos:	
Faz uso de preservativos ( ) Sim ( ) Não	Regular ( )		Irregular ( )
Fazia uso de método contraceptivo: ( ) Sim ( ) Não	Qual:		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO  
SERVIÇO DE PACIENTES EXTERNOS  
AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL**  
**Gestantes Soropositivas**

Como soube do HIV: ( ) No pré-natal IG: _____ ( ) Já sabia antes da gestação Data: _____ ( ) Soube em gestações anteriores Em qual gestação: _____ ➤ ( ) 1º trimestre ➤ ( ) 2º trimestre ➤ ( ) 3º trimestre ➤ ( ) No parto ( ) Parceiro com HIV/ AIDS	
<b>Informações sobre o Parceiro Atual</b>	É o pai do bebê: ( ) Sim ( ) Não
Nome:	Idade:
Profissão:	
Grupo Sanguíneo:	Fator Rh:
Tempo de relacionamento:	
Hetereossexual ( )	Bissexual ( ) Homossexual ( )
Múltiplas parceiras (os): ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe	
Tabagismo: ( ) Sim ( ) Não	
Faz uso de bebida alcoólica: ( ) Sim ( ) Não	
Faz uso de drogas ilícitas: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe	Injetável ( ) Sim ( ) Não
Qual droga:	:
Há quanto tempo faz uso:	Frequência
<b>Possui o vírus do HIV:</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe	
Fez o exame anti-HIV: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sabe Data: ____/____/____. Resultado: ( ) Positivo ( ) Negativo	
O parceiro sabe da sorologia positiva da gestante: ( ) Sim ( ) Não	
Motivo:	

<b>10- História Obstétrica</b>						
Gestações: Partos: Abortos: (Espontâneos_____ Induzidos_____) Curetagem:						
Ano do Parto	IG	Tipo de Parto	Patologias	Peso RN	Intercorrências	Amamentação
OBS:						



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO  
SERVIÇO DE PACIENTES EXTERNOS  
AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL**  
Gestantes Soropositivas

<b>11 – História da Gestação Atual</b>	<b>DUM:</b>	
Gravidez planejada ( )	Não planejada e bem aceita ( )	Não aceita ( )
Idade Gestacional pela DUM:	DPP(DUM):	
Idade Gestacional corrigida pela USG:	DPP(USG):	
Início do pré-natal: 1º trimestre ( )	2º trimestre ( )	3º trimestre ( ) IG: _____
<b>Teste Treponêmico:</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Resultado:</b> ( ) Positivo ( ) Negativo	<b>Data:</b> ___/___/___
Fez Tratamento: ( ) Sim ( ) Não		
1ª Dose ___/___/___	2ª Dose ___/___/___	3ª dose ___/___/___
VDRL:	Data: ___/___/___	
<b>Teste Treponêmico Parceiro:</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Resultado:</b> ( ) Positivo ( ) Negativo	<b>Data:</b> ___/___/___
VDRL:	Data: ___/___/___	
<b>Faz uso de TARV:</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Data de Início:</b> ___/___/___	
<b>TARV:</b>		
Faz acompanhamento Regular: ( ) Sim ( ) Não		
<b>Vacinas</b>		
Anti-tetânica: ( ) Sim ( ) Não		
Última dose > 5 anos: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado	Data:	
Necessário Reforço: ( ) Sim ( ) Não		
Doses: ( ) 1ª ___/___/___ ( ) 2ª ___/___/___ ( ) 3ª ___/___/___		
Hepatite B: ( ) Sim ( ) Não		
Doses: ( ) 1ª ___/___/___ ( ) 2ª ___/___/___ ( ) 3ª ___/___/___		
Influenza: ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___	
dTPa: ( ) Sim ( ) Não	Data: ___/___/___	
Outras vacinas:		

<b>12 – Evolução da Gravidez Atual</b>	♂	♀								
Peso Anterior:	Altura:									
Número Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
Pressão Arterial										
IG (DUM)										
IG (USG)										
Fundo de Útero										
Apresentação Fetal										
BCF										
Movimentos Fetais										
Peso Atual										
IMC										
CA										
Edemas MMII										