



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

PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL
MULTIPROFISSIONAL

Telefone:

Data:

1 - Identificação		
Nome:		
CNS:	Prontuário:	
Data de Nascimento:	Idade:	CPF:
Endereço:		
Bairro:		
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Cor: ()Branca ()Negra ()Parda ()Amarela		
Nome da Mãe:		

2 - Estado Civil		
() Solteira sem Companheiro ()Solteira com Companheiro ()Casada ()Separada/ Divorciada		
()Viúva () Outro		

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

4 – Atividade Econômica		
()Nunca Trabalhou	() Trabalho formal	() Trabalho informal
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:		

5 – Moradia		
() Própria	() Alugada	() Cedida
()Alvenaria	()Madeira	() Outros
()Energia Elétrica		
()Água encanada	() Poço Artesiaano	() 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**

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

7 - História Familiar					
DOENÇA	SIM/NÃO	FAMILIAR	DOENÇA	SIM/NÃO	FAMILIAR
Hipertensão crônica			Malformações/Doenças congênitas		
Pré-eclâmpsia			Neuropatias e Doenças Psiquiátricas		
Diabetes melitus			Outros		
Prematuridade					
Gemelaridade					

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

9 – História Ginecologica e Sexual			
Menarca:	Sexarca:		
Heterossexual ()	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:	
Informações sobre o Parceiro Atual			É o pai do bebê: () Sim () Não
Nome:		Idade:	
Profissão:			
Grupo Sanguíneo/ Fator Rh:		Tempo de relacionamento:	
Heterossexual ()	Bissexual ()	Homossexual ()	
Múltiplas parceiras (os): () Sim () Não () Não sabe			



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

Tabagismo: () Sim () Não
Faz uso de bebida alcoólica: () Sim () Não
Qual tipo de bebida: _____ Frequência: _____
Faz uso de drogas ilícitas: () Sim () Não () Não sabe Injetável () Sim () Não () Não sabe
Qual droga: _____ Há quanto tempo: _____ Frequência: _____

10 – História Obstétrica		Tipagem Sanguínea/Fator Rh:					
Gestações: _____	Partos: _____	Abortos: _____	(Espontâneos _____ Induzido _____)		Curetagem: _____		
Amamentação: () Sim () Não		Prematuridade: _____					
OBS:							
Ano do Parto	IG	Tipo de Parto		Patologias	Peso RN	Intercorrências	Puerpério
		Vaginal	Cesáreo				

11 – História da Gestaçõal Atual		
Gravidez planejada ()	Não planejada e bem aceita ()	Não planejada e não aceita ()
DUM:		
Idade Gestacional pela DUM: _____	DPP(DUM): _____	
Idade Gestacional corrigida pela USG: _____	DPP(USG): _____	
Início do pré-natal: ____/____/____	IG: _____	
Teste Treponêmico: () Sim () Não	Resultado: () Positivo () Negativo	
Fez Tratamento: () Sim () Não	1ª Dose ____/____/____	2ª Dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____
VDRL:	Data: _____	
Outras ISTs:		
Realizou Tratamento: () Sim () Não	Início: _____	Término _____
Teste Treponêmico do parceiro: () Positivo () Negativo () Não realizado	Data: ____/____/____	
Realizou Tratamento: () Sim () Não	1ª Dose ____/____/____	2ª Dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____
Vacinas:		
Anti-tetânica: () Sim () Não	Doses: () 1ª ____/____/____ () 2ª ____/____/____ () 3ª ____/____/____	
Última dose > 5 anos: () Sim () Não () Ignorado	Data: _____	
Necessário Reforço: () Sim () Não		
Hepatite B: () Sim () Não		
Doses: () 1ª ____/____/____ () 2ª ____/____/____ () 3ª ____/____/____		
Influenza: () Sim () Não	Data: ____/____/____	
dTPa: () Sim () Não	Data: ____/____/____	
Outras vacinas:		

