



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: (<input type="checkbox"/>) Branca	(<input type="checkbox"/>) Negra	(<input type="checkbox"/>) Parda
(<input type="checkbox"/>) Amarela		
Nome da Mãe:		

2 - Estado Civil			
(<input type="checkbox"/>) Solteira sem Companheiro (<input type="checkbox"/>) Solteira com Companheiro (<input type="checkbox"/>) Casada (<input type="checkbox"/>) Separada/ Divorciada			
(<input type="checkbox"/>) Viúva (<input type="checkbox"/>) Outro			

3 – Escolaridade		
(<input type="checkbox"/>) Analfabeto	(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio Incompleto	
(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental completo	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior Completo	
(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental Incompleto	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior Incompleto	
(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio Completo	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior com Pós-Graduação	

4 – Atividade Econômica		
(<input type="checkbox"/>) Nunca Trabalhou	(<input type="checkbox"/>) Trabalho formal	(<input type="checkbox"/>) Trabalho informal
Atividade Atual:		
Renda Mensal: (<input type="checkbox"/>) Nenhuma (<input type="checkbox"/>) Até R\$500 (<input type="checkbox"/>) R\$500 – 1.000 (<input type="checkbox"/>) R\$1.001 – 1.500 (<input type="checkbox"/>) Acima R\$1.500		
Fonte de Renda:		
Nº de Dependentes:		

5 – Moradia		
(<input type="checkbox"/>) Própria	(<input type="checkbox"/>) Alugada	(<input type="checkbox"/>) Cedida
(<input type="checkbox"/>) Alvenaria	(<input type="checkbox"/>) Madeira	(<input type="checkbox"/>) Outros
(<input type="checkbox"/>) Energia Elétrica		
(<input type="checkbox"/>) Água encanada	(<input type="checkbox"/>) Poço Artesiano	(<input type="checkbox"/>) Outros
(<input type="checkbox"/>) Rede de esgoto	(<input type="checkbox"/>) Fôcôa/ Sumidouro	(<input type="checkbox"/>) Vala aberta
Coleta de Lixo: (<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Irregular
Quem mora na residência:		(<input type="checkbox"/>) Não
Quantas pessoas moram 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-eclampsia			Neuropatias e Doenças Psiquiátricas		
Diabetes melitus			Outros		
Prematuridade					
Gemelariedade					

8 – História Patológica Pregressa					
	SIM/NÃO			SIM/NÃO	
1-Hipertensão Crônica		10 - ISTs			
2-Diabetes Melitus		11- Ginecopatias			
3-Cardiopatias		12- Cirurgias Ginecológicas			
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 Ginecológica 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:

11 – História da Gestação 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		1ªDose _____ / _____ / _____	2ªDose _____ / _____ / _____
		3ªdose _____ / _____ / _____	
VDRL:		Data:	
Outras ISTs:			
Realizou Tratamento: ()Sim ()Não		Início:	Término
Teste Treponêmico do parceiro: ()Positivo ()Negativo () Não realizado		Data: _____ / _____ / _____	
Realizou Tratamento: ()Sim ()Não		1ªDose _____ / _____ / _____	2ªDose _____ / _____ / _____
		3ªdose _____ / _____ / _____	
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: _____ / _____ / _____	
dTTPa: () Sim () Não		Data: _____ / _____ / _____	
Outras vacinas:			



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

12 – Evolução da Gravidez Atual		♂		♀	
Peso Anterior:		Altura:			
Número Consultas	1	2	3	4	5
Data					
IG (DUM) USG (USG)					
Pressão Arterial					
Fundo de Útero					
Apresentação Fetal					
BCF					
MF					
CA					
Peso Atual					
IMC					
Edema MMII					

Observações/ Medicações em uso:
