



FORMULÁRIO DE EXAME CLÍNICO PUERPERAL DA ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	
Nome social:	Data:
Identidade de Gênero - como a pessoa se percebe em relação ao próprio gênero (<input type="checkbox"/>) Pessoa cisgênero – se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu (<input type="checkbox"/>) Pessoa transgênero – identidade de gênero difere do sexo biológico ao nascer	
Orientação Sexual - é o que a pessoa sente por outra (atração emocional, afetiva ou sexual) (<input type="checkbox"/>) heterossexual (<input type="checkbox"/>) homossexual (<input type="checkbox"/>) bissexual	
Data de Nascimento:	Prontuário:
Raça/cor:	Escolaridade:
Estado civil:	Cartão do SUS:
Residência:	
Bairro:	Cidade:
Estado:	
Profissão:	Nº de filhos vivos:
Peso (antes da gestação):	Alergia:
Nº de filhos mortos:	(<input type="checkbox"/>) 7 dias (<input type="checkbox"/>) 30 dias
Motivo da morte:	
PARCEIRO(A)	
Nome do parceiro(a):	Escolaridade:
Profissão:	Data de nascimento:

DADOS OBSTÉTRICOS	
DUM:	DPP:
IG:	Gestações:
Partos:	Cesariana (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Instrumental (<input type="checkbox"/>)



Aborto:	<input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	
<input type="checkbox"/> Síndromes Hipertensivas	
<input type="checkbox"/> Glicemia alterada	
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	
<input type="checkbox"/> Tromboembolismo	
<input type="checkbox"/> Trombofilia	
<input type="checkbox"/> Infecção	
<input type="checkbox"/> Câncer	
<input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas	
<input type="checkbox"/> CIUR	
<input type="checkbox"/> Descolamento Prematuro de Placenta	
<input type="checkbox"/> Placenta Prévia	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
GESTAÇÃO ATUAL	
Local de realização do pré-natal:	Nº consultas:
Feto único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/>	Gravidez planejada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Gravidez desejada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infecção urinária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sífilis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Álcool Outras drogas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Violência doméstica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HIV/Aids <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HPV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hepatites <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Rubéola <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etilismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Outras drogas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Altura:	Peso (antes da gestação):
Pratica atividade física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndromes Hipertensivas | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Isoimunização do Rh |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias | <input type="checkbox"/> Oligo/Polidrâmnio |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Crescimento intrauterino restrito |
| <input type="checkbox"/> Neuropata | <input type="checkbox"/> Pós-datismo |
| <input type="checkbox"/> Infecção | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana |
| <input type="checkbox"/> Doença autoimune | <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Insistência istmocervical | <input type="checkbox"/> Hemorragia |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Trimestre |

VACINAÇÃO

Hepatite B			
Antitetânica			
DTpa			
Influenza			
Covid			
Vírus Sincicial Respiratório (VSR),			

ULTRASSONOGRAFIA

Data			
Achados			

EXAMES LABORATORIAIS

Exame	1º	2º	3º	Observações
Hemograma				Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia. Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia



			leve a moderada; Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave
Tipagem sanguínea e fator Rh			Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido.
Coombs indireto			Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo , deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24 ^a semana. Imunoglobulina anti-D após o parto se o RN for RH positivo. Quando for positivo , deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum			Normal: <92 mg/dL; Diabetes Mellitus Gestacional: ≥92 e ≤125 mg/dL; Diabetes Mellitus diagnosticado na Gestação: ≥126 mg/dL;
Glicemia no TOTG com 75 gramas de glicose Anidra. Fazer entre a 24 ^a a 28 ^a semana.			Teste de tolerância para glicose com 75g. Jejum: ≥ 92 e < 126 mg/dL; 1h: ≥ 180mg/dL; 2h: ≥ 153 e < 200 mg/dL.
Hemoglobina Glicada			Hemoglobina glicada (HbA1c) – Normal: < 5,7%; Risco aumentado DMG: ≥5,7 e ≤6,4%; HbA1c: ≥6,5% iniciar tratamento.
Teste rápido de triagem para sífilis			Em caso de teste positivo, direcionar para exame VDRL.
VDRL/RPR			VDRL positivo - Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura. VDRL Negativo - Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento
Teste rápido anti-HIV Anti-HIV			Anti-HIV positivo - Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência. Anti-HIV negativo - Encaminhe a gestante para o pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.



		HIV negativo – Realizar o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Toxoplasmose IgM e IgG		Resultados: IgG+ IgM- (Infecção crônica – imunidade); IgG+ IgM+ (infecção recente ou aguda), realizar teste de avidez e alto risco para tratamento. Teste de avidez fraca ou gestação >16 semanas possibilidade de infecção na gestação, iniciar o tratamento. Teste de avidez forte e gestação <16 semanas de gestação – doença prévia, não repetir o exame. IgG- IgM+ (infecção recente ou aguda), realizar teste de avidez e alto risco para tratamento e repetir o exame após 3 semanas; IgG- IgM- (Suscetível, orientar medidas de prevenção, repetir o exame 3º trimestre)
Sorologia para hepatite B (HbsAg)		HbsAg não reagente: normal; HbsAg reagente: solicitar HbeAg e transminases; Positivo - Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência. Negativo - Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre
Urocultura + urina tipo I		Proteinúria - “Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. “Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. “Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Piúria/bacteriúria/ leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml) - Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.



			Hematúria - Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
Citopatológico de colo de útero			Caso tenha menos de 2 resultados negativos, pode ser pesquisado o preventivo;
Bacterioscopia de secreção vaginal			Se houver indicação clínica
Parasitológico de fezes			Se houver indicação clínica
Eletroforese de hemoglobina			HbAA (sem doença falciforme); HbAS (Heterozigose para a hemoglobina S pou traço falciforme, sem doença falciforme); HbAC (Heterozigose para Hemoglobina C, sem doença falciforme); HbA (com variante qualquer, sem doença falciforme); HbSS ou HbSC (doença falciforme).
Teste rápido de proteinúria			Mulheres com hipertensão na gravidez. Resultados: >10 md/dl (valor normal); 10-30 md/dl (traços); > 30md/dl (+); 40-100md/dl (++); 150-350md/dl (+++); >500md/dl (++++)
Outros			

SUPLEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO

Ferro <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não	Ácido Fólico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Complexo B: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vitamina A <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cálcio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros:

DADOS DO PARTO

Data do parto:	Horário:
Parto atual: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Instrumental	Gestação: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Gemelar
Idade gestacional (parto):	Peso:
Apgar:	Intercorrência no parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Descrição: _____	



DADOS DO PUERPÉRIO	
Dias de pós-parto:	Estado Emocional: _____ _____
Queixas: _____ _____	Higiene: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Insatisfatória
Alimentação: <input type="checkbox"/> Aceita dieta <input type="checkbox"/> Não aceita dieta	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocordas <input type="checkbox"/> Hipocoradas <input type="checkbox"/> Hipercorada
Sinais Vitais: T _____ P _____ R _____ PA _____	Mamas: <input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas <input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Apojaduras/ Turgidas <input type="checkbox"/> Bloqueio de ductos <input type="checkbox"/> Indolor <input type="checkbox"/> Doloridas
Aleitamento materno: <input type="checkbox"/> Colostro <input type="checkbox"/> Dificuldade na amamentação	
Descrição: _____ _____	



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV
ESTÁGIO CURRICULAR III



Abdome: <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido		Sítio cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sem sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Com sinais flogísticos
Secreção em sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Aspecto da secreção: _____
Involução uterina: <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada <input type="checkbox"/> Não palpável		Altura da Involução Uterina: _____
Descrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Períneo: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Não íntegra <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos		Episiotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Laceração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tipo: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> 3º Grau <input type="checkbox"/> 4º Grau
Loquiação:		Quantidade: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Odor: <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Com odor		_____
Descrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____		



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO MATERNO-INTANTIL E PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER IV
ESTÁGIO CURRICULAR III



<hr/> <hr/>	
MMSS e MMII: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> sinais de flebite	Outros: _____ _____
Eliminações vesicais: _____ _____	Eliminações intestinais: _____ _____
<p>Descrição: _____ _____ _____ _____ _____</p>	
<p>RELAÇÃO MÃE-BEBÊ: _____ _____ _____ _____ _____</p>	
<p>EXAME FÍSICO DO RN: _____ _____ _____</p>	



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde).

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde



IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM - compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem