



Carteira da Gestante



Carlos Massa Ratinho Junior

Governador do Paraná

Beto Preto

Secretário de Estado da Saúde

Nestor Werner Junior

Diretor Geral

Maria Goretti David Lopes

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

Carmen Cristina Moura dos Santos

Coordenadoria de Atenção à Saúde

Carolina Bolfe Poliquesi

Divisão de Atenção à Saúde da Mulher

Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa

Anna Christinne Feldhaus Lenzi Costeira

Carolina Bolfe Poliquesi

Glauca Osis Gonçalves

Marcos Takimura

Paula Rocha Silva

Equipe Colaboradora

8ª Edição

2020

Parabéns! Você está grávida.

Esta é a sua Carteira da Gestante. Aqui serão anotadas todas as informações sobre a sua gravidez, sobre o parto e também sobre o seu bebê.

Você terá que levar a sua carteira em todas as consultas de pré-natal e no hospital para atendimento ao parto. Guarde-a com carinho, pois ela é um documento e as informações anotadas serão úteis também na próxima gestação.

Este é um período muito especial na vida da mulher, portanto compareça a todas as consultas e encontros agendados. Tire suas dúvidas com a equipe de saúde que está lhe atendendo.

Nós, da equipe da Linha de Cuidado Materno Infantil, estamos aqui para atendê-la nas suas necessidades, disponibilizando o que há de melhor para você e seu bebê.

Convide seu companheiro para participar deste momento. Ele também pode cuidar de sua saúde, realizando o Pré-Natal do Parceiro.

PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO SE,
DURANTE A GRAVIDEZ, OCORRER:

- Qualquer sangramento vaginal
- Perda de líquido pela vagina
- Dores na barriga
- Febre
- Dor ou ardência para urinar
- Vômitos persistentes
- Dores de cabeça fortes e contínuas
- Perturbações da visão
- Inchaço nas pernas, rosto, braços e mãos
- Corrimento vaginal com odor forte
- Diminuição dos movimentos fetais
- Ou outras intercorrências

TELEFONE DO SAMU 192

**NUNCA TOME MEDICAÇÃO SEM
ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

IDENTIFICAÇÃO

Nome da Gestante: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

Local de realização do Pré-natal: _____

Número cartão do SUS: _____

Número prontuário da UBS: _____

Contato em caso de emergência: _____

Nome: _____ Telefone: _____

REFERÊNCIA HOSPITALAR

Hospital/Maternidade vinculação para o parto: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Estado civil:

- ☐ Casada ☐ Solteira ☐ Companheiro fixo
☐ Viúva ☐ Divorciada

Raça/etnia:

- ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda
☐ Amarela ☐ Indígena
☐ Imigrante: Local: _____

Estudando: ☐ Sim ☐ Não

Escolaridade:

- ☐ Analfabeta
☐ Ensino fundamental incompleto
☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo

Ocupação:

- ☐ Do lar ☐ Sem registro em carteira
☐ Registro em carteira Profissão: _____

Renda familiar:

- ☐ Menos de 1 salário mínimo
☐ Entre 1 e 2 salários mínimos
☐ Entre 3 e 5 salários mínimos
☐ Acima de 5 salários mínimos

Total de residentes : _____ Adultos _____ Crianças

Gestação planejada: ☐ Sim ☐ Não

Método anticoncepcional utilizado anteriormente:

- () Preservativo masculino () Preservativo feminino
 () DIU () Contraceptivo hormonal oral
 () Contraceptivo hormonal injetável
 () Outros: _____

CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES**PATOLOGIAS:****Especifique**

Alergias	() não () sim	_____
Ansiedade	() não () sim	_____
Asma brônquica	() não () sim	_____
Cardiopatia	() não () sim	_____
Cirurgia ginecológica	() não () sim	_____
Cirurgias	() não () sim	_____
Clamídia	() não () sim	_____
Deficiência	() não () sim	_____
Depressão	() não () sim	_____
Diabetes	() não () sim	_____
Doença hepática	() não () sim	_____
Doenças da tireoide	() não () sim	_____
Gonorreia	() não () sim	_____
Hanseníase	() não () sim	_____
Hipertensão arterial	() não () sim	_____
HIV	() não () sim	_____
Infecção do trato urinário	() não () sim	_____
Lúpus eritematoso	() não () sim	_____
Neoplasia	() não () sim	_____
Obesidade	() não () sim	_____
Sífilis	() não () sim	_____
Tromboembolismo	() não () sim	_____
Tuberculose	() não () sim	_____
Outras	() não () sim	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES**Especifique**

Anomalias congênitas	() não () sim	_____
Tromboembolismo	() não () sim	_____
Tuberculose	() não () sim	_____
Neoplasias	() não () sim	_____
Gemelaridade	() não () sim	_____
Outras	() não () sim	_____

USO DE MEDICAMENTOS**Especifique**

Anti-hipertensivo	() não () sim	_____
Anticoagulantes	() não () sim	_____
Anticonvulsivantes	() não () sim	_____
Corticoides	() não () sim	_____
Diuréticos	() não () sim	_____
Insulina	() não () sim	_____
Antidepressivos/ansiolíticos	() não () sim	_____
Outras	() não () sim	_____

USO DE SUBSTÂNCIAS QUE GERAM DEPENDÊNCIA

() Álcool () Cigarro () Drogas () Outros

Caso assinale a opção cigarro e/ou álcool, responda os testes a seguir:

TESTE DE FAGERSTROM	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? () Dentro de 5 minutos (3 pontos) () 6-30 minutos (2 pontos) () 31-60 minutos (1 ponto) () Depois de 60 minutos (0 ponto)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? () Sim (1 ponto) () Não (0 ponto)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? () O primeiro da manhã (1 ponto) () Outros (0 ponto)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? () Menos de 10 (0 ponto) () De 11 a 20 (1 ponto) () De 21 a 30 (2 pontos) () Mais de 31 (3 pontos)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? () Sim (1 ponto) () Não (0 ponto)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? () Sim (1 ponto) () Não (0 ponto)	
Total de pontos	

Resultado:	Pontos	Dependência do tabaco
	0-2	_____ muito baixa
	3-4	_____ baixa
	5	_____ média
	6-7	_____ elevada
	8-10	_____ muito elevada

T-ACE	Pontos
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão) (☐) Não bebo (0 ponto) (☐) Até duas doses (1 ponto) (☐) Três ou mais doses (2 pontos)	
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber? (☐) Não (0 ponto) (☐) Sim (1 ponto)	
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida? (☐) Não (0 ponto) (☐) Sim (1 ponto)	
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)? (☐) Não (0 ponto) (☐) Sim (1 ponto)	
Total de pontos	

Fonte: Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

Resultado:

2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao Álcool.

ANTECEDENTES GESTACIONAIS

Gestação	Data	Aborto (IG)	Parto (IG)	Cesárea (IG)	Gravidez ectópica	Imunoglobina Anti RhD	Complicações
1							
2							
3							
4							
5							
Outras							

*IG= Idade Gestacional

ANTECEDENTES PERINATAIS

Parto	Data de nascimento	Nativo	Natimorto	Peso	Apgar	IG/RN*	Intercorrência
1							
2							
3							
4							
5							
Outras							

*IG/RN= Idade Gestacional do Recém Nascido

EXAME FÍSICO – 1ª CONSULTA

Data ____/____/____

Estatura: _____ Peso pré-gestacional: _____ IMC: _____

Cabeça/pescoço: _____

Tórax: _____

Aparelho cardiocirculatório: _____

Pulmões: _____

Abdômen: _____

Membros: _____

Sistema nervoso: _____

Outros achados: _____

EXAME GINECOLÓGICO / OBSTÉTRICO – 1ª CONSULTA

DUM: _____ DPP: _____ IG: _____

ALTERAÇÕES

Especifique

Mamas: () não () sim _____

Vulva: () não () sim _____

Vagina: () não () sim _____

Útero: () não () sim _____

Especular: () não () sim _____

Colpocitologia oncolítica: () não () sim _____

Outras () não () sim _____

REGISTRO DE VACINAS**Vacina Dupla Bacteriana (Tétano e Difteria)**

1ª Dose _____ Data ____/____/____

2ª Dose _____ Data ____/____/____

3ª Dose _____ Data ____/____/____

1º Reforço _____ Data ____/____/____

Vacina Tríplice Bacteriana Acelular-dTpa (Tétano, Difteria e Coqueluche)

1ª Dose _____ Data ____/____/____

*dTpa: vacina obrigatória para todas as gestantes após a 20ª semana de gestação para prevenção da Coqueluche Neonatal.

Vacina para Hepatite B

1ª Dose _____ Data ____/____/____

2ª Dose _____ Data ____/____/____

3ª Dose _____ Data ____/____/____

Gripe (Influenza) _____ Data ____/____/____

Outras vacinas

_____ Data ____/____/____

_____ Data ____/____/____

_____ Data ____/____/____

Importante:

1- A vacina para Febre Amarela é contraindicada durante a gestação exceto em período de epidemia.

2- As vacinas Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola), Varicela e HPV são formalmente contraindicadas durante a gestação.

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado e de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a saúde bucal tem repercussão na saúde geral da gestante e do bebê.

Consulta Inicial Data: ____/____/____ Trimestre Gestacional: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda:

A – ausente

C – lesão cavitada ativa

CC – lesão cavitada inativa

H – hígido

MA – mancha branca ativa

MI – mancha branca inativa

R – restaurado

RR – raiz residual ou exodontia indicada

T – traumatismo

CPO-D: _____ C: ____ P: ____ O: ____

(nº de dentes cariados, perdidos e obturados)

() muito baixo (0 – 1,1) () baixo (1,2 – 2,6) () médio (2,7 – 4,4)

() alto (4,5 – 6,5) () muito alto (acima de 6,6)

Alterações Periodontais

Presença de Gingivite () Sim () Não

Presença de Periodontite () Sim () Não

PLANO DE TRATAMENTO () IHO () Profilaxia () ATF () RAP

TRATAMENTO REALIZADO

Data	Procedimento	Ass. CD

CHECK-LIST DE ORIENTAÇÕES

Higiene bucal	Hábitos alimentares	Uso de chupeta e mamadeira
Importância do aleitamento materno	Importância do pré-natal odontológico	Zero açúcar nos primeiros dois anos de idade do bebê
Alterações sistêmicas com repercussão na cavidade bucal (doença periodontal, cárie dentária, erosão, xerostomia)		

Necessidade de encaminhamento para referência: () CEO () LRPD () Outro

____/____/____

Observações: _____

EXAMES PARA TODAS AS GESTANTES		
Exames	Data	Registro dos resultados
TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ		
TIPAGEM SANGUÍNEA (GRUPOS ABO E FATOR RH)		
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (COOMBS INDIRETO se RH NEGATIVO)		
TESTAGEM SANGUÍNEA DO GENITOR		
HEMOGRAMA		
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (TESTE DA MÃEZINHA)		
DOSAGEM DE GLICOSE		
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE OU CURVA GLICÊMICA (ENTRE 24 A 28 SEMANAS)		
PESQUISA PARA HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE - TSH		
PARASITOLÓGICO DE FEZES		
TOXOPLASMOSE (IgG e IgM)		
TESTE DE AVIDEZ DE IgG PARA TOXOPLASMOSE (Aidez indicado para IgG e IgM positivos)		
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		

Exames de urina ver página 16. Controle pós-tratamento de sífilis ver pag. 17

[illegible]

RASTREAMENTO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO		
1º Rastreamento	Data	Resultado
Parcial de Urina		
Urocultura		
Antibiograma		
Tratamento instituído		
Urocultura de controle pós-tratamento		
2º Rastreamento	Data	Resultado
Parcial de Urina		
Urocultura		
Antibiograma		
Tratamento instituído		
Urocultura de controle pós-tratamento**		
3º Rastreamento	Data	Resultado
Parcial de Urina		
Urocultura		
Antibiograma		
Tratamento instituído		
Urocultura de controle pós-tratamento**		

EPISÓDIOS SINTOMÁTICOS DE ITU NA GESTAÇÃO				
Data	Sintomas	Resultado de exames*	Antibiótico utilizado	Urocultura de controle pós-tratamento**

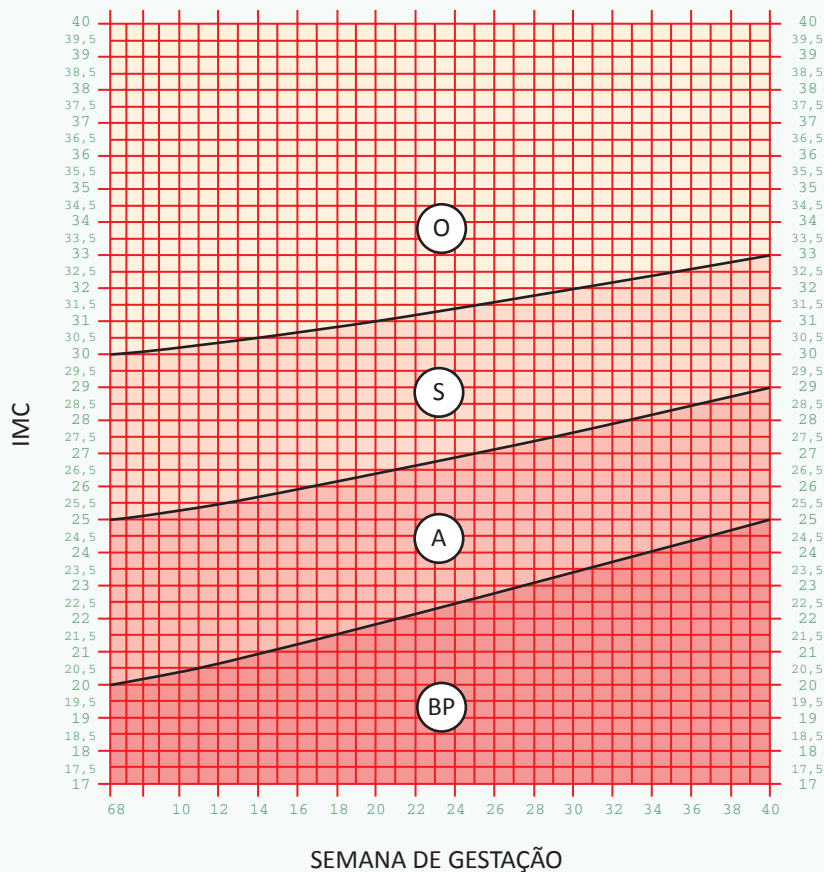
*Parcial de urina, sedimento corado, urocultura, antibiograma.

**Realizar a partir de 7 dias após o término do tratamento.

ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO		
IDADE GESTACIONAL NO DIAGNÓSTICO		
ESTADIAMENTO DA SÍFILIS		
() Primária () Secundária () Terciária () Latente precoce () Latente tardia		
GESTANTE		
Exames	Data	Resultado
TESTE RÁPIDO/CMIA		
VDRL Diagnóstico		
FTA-ABS		
Dose	Tratamento	Data
1ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	
2ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	
3ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	
Exames	Controle	Data
VDRL Controle		
VDRL Controle		
VDRL Controle		
Outros		
PARCEIRO		
Exames	Data	Resultado
TESTE RÁPIDO/CMIA		
VDRL		
FTA-ABS		
Dose	Tratamento	Data
1ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	
2ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	
3ª dose	PEN BENZATINA 2.400.000	

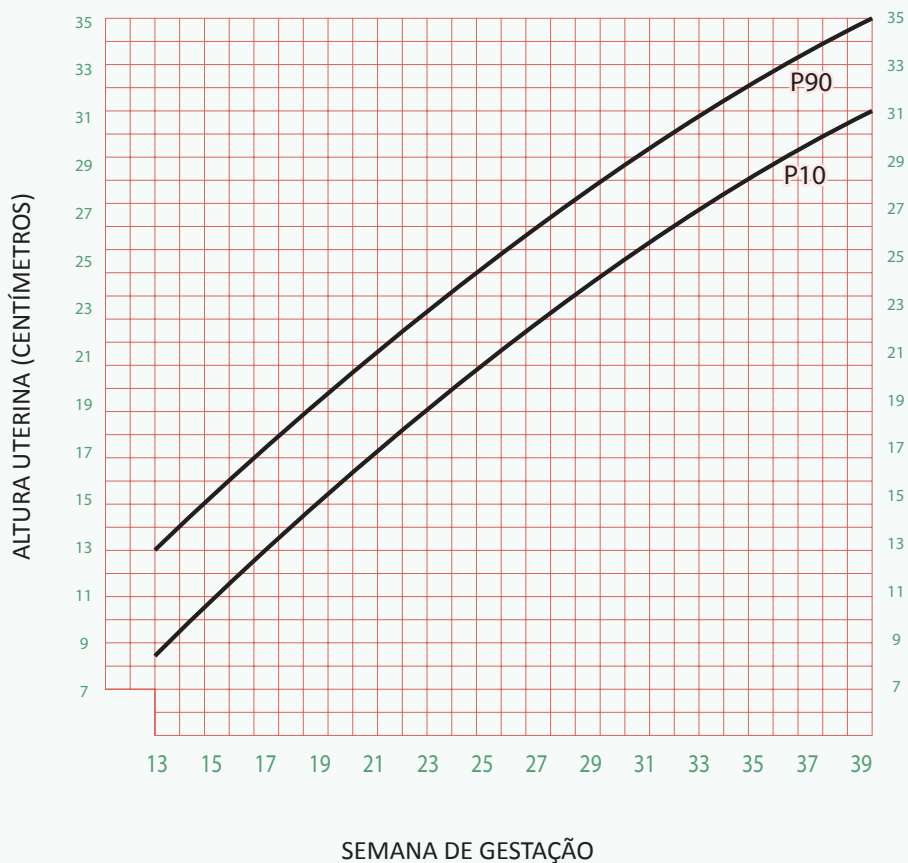
GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

ESTATURA (METRO): _____



(BP) Baixo Peso
 (A) Adequado
 (S) Sobrepeso
 (O) Obesidade

GRÁFICO DO CRESCIMENTO UTERINO



FONTE: Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, 1996.

G _____ P _____ CST _____

Ab (incluir gravidez ectópica) _____

DUM _____ DPP _____ DPPeco _____

	Data	IG CRONO	IG ECO	Peso (kg)	IMC	PA mmHg	AU/CM (cm)	Apresentação
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Estratificação de risco inicial (na primeira consulta)

() Habitual

() Intermediário

() Alto risco

[illegible]

[illegible]

EXAMES DE IMAGEM E VITALIDADE FETAL

Ultrassonografias Obstétricas								
1º tri	Data	IG*	DMSG*	CCN*	TN*	Ossó Nasal	BCF*	Revestimento Trofoblástico
Comentários Adicionais								
2º/3º tri	Data	IG*	PFE*	Percentil de Crescimento Fetal	Placenta (local e grau)	Líquido Amniótico	BCF*	Apresentação
Comentários Adicionais								
Outras Ultrassonografias (Dopplerfluxometria, PBF*, Abdominal Total, Aparelho Urinário, Partes Moles, Outras)								
Data	Tipo	Resultado						
Monitorizações Eletrônicas Cardiofetais (Cardiotocografias)								
Data	Resultado							

*IG = Idade Gestacional / DMSG = Diâmetro médio do saco gestacional / CCN = Comprimento cabeça nádega / TN = Translucência Nucal / BCF = Batimento cardíaco fetal / PFE = Peso fetal estimado / PBF = Perfil biofísico fetal

[illegible]

[illegible]

1. Alimentar-se antes de começar o registro.
2. Posicionar-se confortavelmente em posição semi-sentada, com a mão sobre o abdome.
3. Marcar o horário de início do registro na coluna **Horário de início**.
4. Registrar com “X” cada movimento (até seis movimentos).
5. Marcar o horário do último registro na coluna **Horário de término**.
6. Se em uma hora o bebê não mexer seis vezes, repetir o registro, da mesma forma, por mais uma hora.
7. Neste segundo registro, se persistir com menos de seis movimentos, procurar a Unidade Básica de Saúde ou a maternidade de referência.

[illegible]

TABELA DE HADLOCK (REFERÊNCIA DE VALORES - PESOS FETAIS ESTIMADOS)

Idade gestacional (semanas)	PESO FETAL ESTIMADO (gramas)				
	PERCENTIL				
	3	10	50	90	97
10	26	29	35	41	44
11	34	37	45	53	56
12	43	48	58	68	73
13	55	61	73	85	91
14	70	77	93	109	116
15	88	97	117	137	146
16	110	121	146	171	183
17	136	150	181	212	226
18	167	185	223	261	279
19	205	227	273	319	341
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	471	568	665	710
24	503	556	670	784	838
25	589	652	785	918	181
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1754
30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2595	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

Referência: Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology 1991;181:129-33. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1887021?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReport-Panel.Pubmed_RVDocSum)

REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Data: ____/____/____ Hora: _____ UBS: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Motivo do encaminhamento: _____

Contra referência (local de atendimento): _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ UBS: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Motivo do encaminhamento: _____

Contra referência (local de atendimento): _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Data: ____/____/____ Hora: _____ UBS: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Motivo do encaminhamento: _____

Contra referência (local de atendimento): _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ UBS: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

Motivo do encaminhamento: _____

Contra referência (local de atendimento): _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Profissional: _____ Carimbo e assinatura: _____

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento no qual poderá registrar suas preferências para o atendimento durante o nascimento de seu bebê. Uma importante ferramenta de comunicação com a equipe que estará lhe assistindo, com a qual poderá aprimorar esse diálogo durante o internamento. Com ele você terá a oportunidade de uma experiência mais segura e positiva para o seu parto, bem como para o nascimento do seu bebê. Elabore o seu durante a gestação e esclareça suas dúvidas com a equipe de Saúde.

Nome da gestante: _____

Nome do bebê: _____

Nome do acompanhante de preferência da gestante: _____

MINHAS PREFERÊNCIAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO (marque suas preferências)

- | | |
|--|---|
| ☐ Liberdade de movimento e escolha da posição de parto; | ☐ Administração de medicamento com meu esclarecimento e aprovação; |
| ☐ Liberdade para me alimentar e hidratar; | ☐ Auscultar o coração do bebê |
| ☐ Diminuição das luzes; | ☐ Uso de métodos para alívio da dor |
| ☐ Aguardar o rompimento natural da bolsa; | (Ex.: massagem, chuveiro, relaxamento com |
| ☐ Não realizar episiotomia (corte na vagina); | bola, respiração profunda, anestesia e outros). |
| ☐ Mínimo de exames de toque vaginal necessário; | |

MINHAS PREFERÊNCIAS APÓS O NASCIMENTO (marque suas preferências)

- | | |
|--|--|
| ☐ Realizar contato pele- a- pele com o bebê | ☐ Amamentar o bebê logo após o nascimento |
| ☐ Aguardar o cordão parar de pulsar para cortar | |

MINHAS PREFERÊNCIAS PARA O CUIDADO COM O BEBÊ (marque suas preferências)

- | | |
|--|---|
| ☐ Ser informada e esclarecida sobre o que será feito com o bebê | ☐ Que o acompanhante permaneça junto ao bebê |
| ☐ Primeiros exames feitos no meu colo ou próximo à mim | ☐ Participar do primeiro banho do bebê |

Use este espaço para complementar o registro de suas preferências:

Resuma em uma palavra seu maior desejo para o seu parto e nascimento de seu bebê:

Cidade/ Estado: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

“Para mudar o mundo é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer”

Michel Odent.

INFORMAÇÕES DO PARTO

Maternidade: _____

Cidade: _____

INFORMAÇÃO MATERNA

Aborto: Data ____/____/____ Semanas de gestação: _____

Complicações: () Não () Sim

Parto: Data ____/____/____ Semanas de gestação: _____

() Único () Gemelar

() Vaginal Cesárea ()

() Espontâneo Indicação: _____

() Induzido _____

() Fórceps _____

Episiotomia: () Não () Sim _____

Complicações durante o trabalho de parto/puerpério:

() Infecção () Hemorragia

() Pré-eclampsia () Outras _____

Observações: _____

Condições maternas na alta:

() Boas () Necessita de cuidados () Com sequelas

PLANO DE ALTA

INFORMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Sexo: F () M ()

() Nativo/idade gestacional _____ semanas

() Natimorto/idade gestacional _____ semanas

() Malformações

Peso: _____ Kg Comprimento: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm

Apgar: 1º min _____ 5º min _____ 10º min _____

Alojamento conjunto Sim () Não ()

Intercorrências neonatais: _____

CONSULTA PUERPERAL

Data: ____/____/____

EVOLUÇÃO:

() Sem intercorrência

() Com intercorrência (especifique) _____

EPISIORRAFIA / LACERAÇÃO:

() Sem intercorrência

() Com intercorrência (especifique) _____

FERIDA OPERATÓRIA:

() Sem intercorrência

() Com intercorrência (especifique) _____

ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

() Aleitamento materno exclusivo

() Aleitamento materno misto

Especifique: _____

() Aleitamento artificial exclusivo

Especifique: _____

RISCO REPRODUTIVO

Especifique: _____

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

Especifique: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

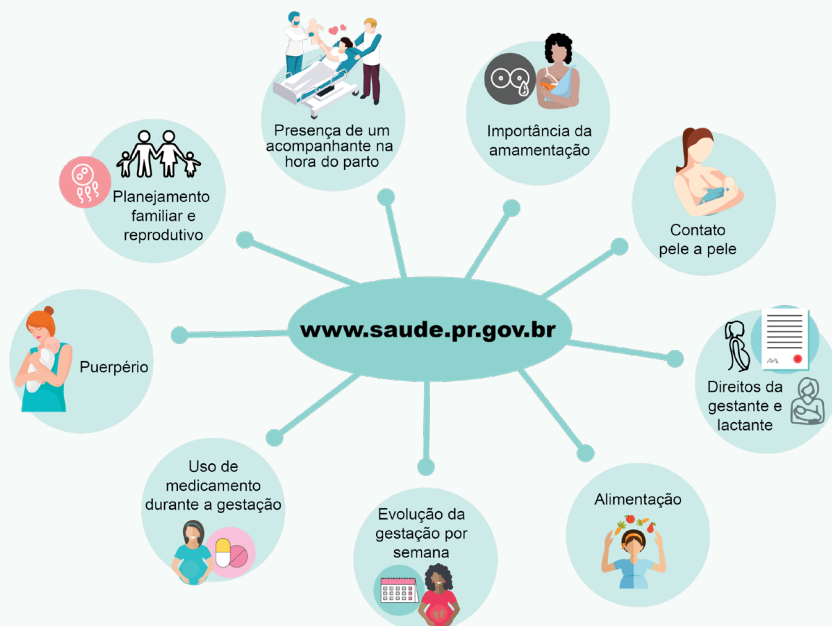
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

GESTANTE, SAIBA MAIS SOBRE:



SINAIS DE ALERTA PÓS-ALTA

Procurar a Unidade Básica de Saúde ou o Hospital Maternidade de referência de realização do parto em caso de:

- Febre e calafrios.
- Dor intensa na barriga.
- Dor nas feridas cirúrgicas (onde foram dados os pontos).
- Corrimento vaginal com mau cheiro.
- Sangramento intenso associado a tonturas, náuseas, vômitos, dor de cabeça e perda de consciência.
- Sintomas gripais com falta de ar.
- Inchaço doloroso em uma das pernas (panturrilha).
- Falta de ar e dor no peito.
- Dor em mamas associado à vermelhidão, febre alta e calafrios.



[illegible]



www.saude.pr.gov.br