

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

1. Queixa e duração:

2. Antecedentes pessoais: Nada digno de nota*

- Alergia? Qual? _____
- Anemia Transfusão de sangue? Motivo _____
- Asma / Bronquite / DPOC
- Câncer Qual? _____
- Cardiopatia Qual? _____
- Cirurgias anteriores? _____
- Depressão / Síndrome do pânico / Claustrofobia
- Diabetes: Tipo I Tipo II Gestacional
- Hipertensão: Crônica DHG Eclâmpsia Hellp
- Hipotireoidismo Hipertireoidismo
- Infecção Urinária ou Genital
- TEV / TEP / Trombofilia

3. Antecedentes obstétricos*:

G _____ P _____ A _____ (C _____) DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____
 Nº consultas de Pré-Natal: _____ 1º USG (____/____/____): _____ sem _____ dias
 Fertilização assistida Gestação múltipla Número de fetos _____
 Recém-nascidos:
 Peso: < 2.500g: _____ ≥ 4.000g: _____
 Prematuro(s) Malformação(ões) Natimorto(s) Neomorto(s)
 Intercorrências em gestações anteriores: _____
 Intercorrências / Internações na gestação atual: _____

Vacinação:

Tétano Tríplice Viral Hepatite B Outras: _____
 Imunoglobulina anti-RH Quando? _____

4. Antecedentes familiares: Nada digno de nota*

- Anemia Cardiopatia
- DM HA
- Malformações / Doenças genéticas
- Neoplasia Tireopatia
- Outros: _____

5. Hábitos: Não se aplica*

Tabagismo Atual: _____ cigarros/dia, há _____ anos. Cessou há _____.
 Etilismo Qual? _____ Doses/dia: _____
 Drogas Qual? _____ Frequência: _____

6. Medicamentos em uso: Não se aplica*

NOME DO MEDICAMENTO	DOSE

7. Exames complementares*:

Tipo Sanguíneo: A B AB O RH: Positivo Negativo CI: _____
 Alteração na glicemia? Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
 Alteração urinária? Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
 Pesquisa para Streptococcus B: Não Sim Data: ____/____/____ Positivo Negativo

Sorologias	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
Rubéola	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Citomegalovírus	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Toxoplasmose	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Sífilis	NR	R (_____:_____)	NR	R (_____:_____)	NR	R (_____:_____)
HIV	NR	R	NR	R	NR	R
Hepatite B:						
HbsAg	NR	R	NR	R	NR	R
Anti-HBS	NR	R	NR	R	NR	R
Hepatite C	NR	R	NR	R	NR	R

Resultados alterados: Não se aplica*
 Ultrassonografia (_____/_____/____): _____
 Ecocardiograma Fetal (_____/_____/____): _____
 Outros: _____

8. Exame Físico

8.1. Geral*

Altura: _____ m Peso inicial: _____ kg Peso atual: _____ kg
 BEG REG MEG Afebril Febril Hidratada Desidratada
 Corada Descorada _____/4+ Anictérica Ictérica _____/4+
 Eupnéica Dispnéica Normocárdica Taquicárdica Bradicárdica
 Edema: Generalizado Membros Unilateral Bilateral _____/4+

8.2. Obstétrico*

AU: _____ cm Tônus: Normal Aumentado
 BCF: Ausente Presente: _____ bpm Rítmico Arritmico
 MF: Ausente Presente Diminuído
 DU: Ausente Presente: _____ / 10 minutos
 Colo: Anteriorizado Posteriorizado Medianizado
 Grosso Médio Fino Espástico Amolecido
 Impérvio Pérvio: _____ cm
 Membrana Amniótica: Íntegra Rota: Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h
 Líquido: Claro Grumos Meconial
 Aminioscopia: Não Sim Líquido: Claro Grumos Meconial
 Apresentação: Cefálica Pélvica Transversa

9. Hipótese Diagnóstica (motivo da internação)*

10. Plano Terapêutico*

Internação para tratamento clínico, com: _____

 Internação para interrupção da gestação por: _____

11. Metas*

Estabilização do quadro em _____ horas
 Resolução do quadro, com interrupção da gestação
 Alta em _____ dias, se evolução favorável

(*) Campos de preenchimento obrigatório. Validade de até 30 dias antes da internação.

Médico: Carimbo / Assinatura* _____
 Data* ____/____/____
 Hora* ____:____ h