

GESTANTE - PRIMEIRA CONSULTA

Data do atendimento: / / Nº do prontuário:

Nº do SISPRENATAL:

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Data de nasc.: / /

Idade: Estado civil: ()Solteiro ()União Estável ()Casado ()Viúvo ()Separado

Naturalidade: Raça: ()Negra ()Parda ()Branca ()Indígena

Escolaridade: ()Analfabeto ()Ens. Fundamental Incompleto ()Ens. Fundamental
()Ens. Médio Incompleto ()Ens. Médio ()Superior Incompleto ()Superior ()Pós Graduação

Ocupação: Telefone(s): ()

Unidade de Referência: Município:

CAMPO 2 - MOLÉSTIA ATUAL

Queixa principal

História Clínica

CAMPO 3 - ANTECEDENTES**ANTECEDENTES FAMILIARES**

()HAS ()DIA ()Gemelaridade ()Mal formação ()Outros:

ANTECEDENTES PESSOAIS

()HAS ()DIA ()Cirurgia Pélvica ()Cardiopatia ()Infecção Urinária ()Mal formação ()Outros:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestação: Parto: Abortos: Ectópicas: Gemelaridade:

Abortamento: Espontâneo: Provocado: Com curetagem:

Partos: Vaginais: Cesáreos: Nascidos vivos: Nascidos mortos:

Filhos vivos atuais: Óbitos na 1ª semana: Óbitos após 1ª semana:

Causa do óbito:

Peso do RN Menor de 2.500g 2.500g - 4.000g Maior de 4.000g

Data da última gestação / (Mês/Ano)

Intercorrências em gestações anteriores:

CAMPO 4 - GESTAÇÃO ATUAL

DUM: / / DPP: / / Dúvidas: ()N ()S Qual: _____

Grupo Sanguíneo: ()Rh + ()Rh - Sensibilizada: ()S ()N

Vacinação anti-tetânica: ()S ()N Doses prévias: ()1 ()2 ()3

Última dose maior de 5 anos: ()S ()N ()Ignorado

Fumo: ()S ()N Quantidade/Dia: Álcool: ()S ()N Frequência: _____

Medicamentos de uso constante:

NOME	DATA DE INÍCIO	DOSE

CAMPO 5 - EXAME FÍSICO

Peso:	g	Altura:	cm	IMC:		T:	°C
P.A.:	mmHg	FR:	irpm	FC:		bpm	
Responsável pelos dados vitais:							
<small>(Assinatura e carimbo)</small>							
Região cervical:				Mamas:			
Aparelho cardiovascular:				Aparelho respiratório:			
Orgãos abdominais:				Membros inferiores:			
EXAME OBSTÉTRICO:							
Útero: () Não palpável		() Palpável		Altura uterina: _____		BCF: _____ bpm	
Impressão Diagnóstica:							
IG: _____ semanas _____ dias							
Condução:							
Encaminhamentos:							
Data:			Assinatura:			Carimbo:	

EXAMES LABORATORIAIS

	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO
ABO-Rh						
Hb/Ht						
Glicemia						
VDRL						
Urina						
HIV						
HBsAg						
Toxo G						
Toxo M						

ULTRASSONOGRÁFIAS

Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Observações
Observações						