

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS: _____ ÁREA: _____ MICROÁREA: _____

RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ CPF: _____

MEMBRO DA FAMÍLIA: GESTANTE

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ - CNS: _____ NIS _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: () M () F () IG RAÇA/COR : () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA

PARENTESCO: _____ GÊNERO: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

CONTATO: () _____ GÊNERO: _____ DUM: _____ DPP _____

GÊNERO: () GÊNERO FLUIDO () OUTRO () MULHER CISGÊNERO () HOMEM CISGÊNERO () MULHER TRANSEXUAL () HOMEM CISGÊNERO
() MULHER TRANSEXUAL () HOMEM TRANSEXUAL () NÃO BINÁRIO

COMORBIDADES: () DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA () DOENÇA CEREBOVASCULAR () DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA () HIPERTENSÃO ARTERIAL
() INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO () ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) () ARRITMIAS CARDÍACAS () INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
() DOENÇAS DAS VÁLVULAS CARDÍACAS () ASMA () BRONQUITE () SINUSITE () DPOC () RINITE CRÔNICA () DIABETES () TABAGISMO

REGISTRO DA GESTAÇÃO

DUM: _____ USG: _____

PESO PRÉ-GESTACIONAL (KG): _____ ALTURA: _____ TEM PARCEIRO: () SIM () NÃO CATEGORIA DA GESTAÇÃO: () GEMELAR () ÚNICA () OUTROS

1ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

2ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

3ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE
STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO
OBSERVAÇÃO: _____

4ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

EXAMES LABORATORIAIS (SE SOLICITADOS): () SOLICITADOS () AGUARDANO RESLTADO () AVALIADOS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: () RISCO HABITUAL () ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

5ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

6ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

7ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____

8ª CONSULTA - REGISTRO DE CONSULTA PRÉ-NATAL DATA DA CONSULTA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CONSELHO DE CLASSE: _____ OUPAÇÃO: _____

POSSUI ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO PARCEIRO ESTEVE PRESENTE: () SIM () NÃO

PESO (KG) _____ ALTURA: _____ GLICEMIA CAPILAR (mg/dLI): _____ PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): _____

EXAME LABORATORIAL: () 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE

STATUS DO EXAME: () SOLICITADO () AGUARDANDO RESULTADO () AVALIADO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: : () RISCO HABITUAL () MÉDIO RISCO () ALTO RISCO

OBSERVAÇÃO: _____