

MUNICÍPIO:	UNIDADE DE SAÚDE:	ÁREA:	MICROÁREA:	NOME DO ACS:
-------------------	--------------------------	--------------	-------------------	---------------------

ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE	DATA DA VISITA	USO DE SULFATO FERROSO (Se sim, marque um x)	USO DE ÁCIDO FÓLICO (Se sim, marque um x)	USO DE CARBONATO DE CÁLCIO (Se sim, marque um x)	PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA NO DIA DA VISITA (Consulte os sinais de alerta no final da página e coloque o número do sintoma identificado)	CONSULTA PRÉ-NATAL (Anotar todas)		VACINAS	FATORES DE RISCO (Marque um x)	RESULTADO DA GESTAÇÃO NV - Nascido Vivo NM - Nascido Morto AB - Aborto		
						DATA DA CONSULTA	IDADE GESTACIONAL NA CONSULTA			DATA		
NOME COMPLETO:	/ /					/ /		dT	<15 ou >35 anos			
	/ /					/ /		D1: / /	Diabetes em gestações anteriores	NV	NM	AB
	/ /					/ /		D2: / /				
IDADE:	/ /					/ /		D3: / /	Diabetes atual			
TELEFONE:	/ /					/ /		dTpa	Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia em gestações anteriores			
	/ /					/ /		D1: / /	Hipertensão atual			
NOME E TELEFONE PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA:	/ /					/ /		Hepatite B	Uso de cigarro em algum momento da gravidez			
	/ /					/ /		D1: / /	Uso de álcool em algum momento da gravidez			
	/ /					/ /		D2: / /				
	/ /					/ /		D3: / /	Uso de drogas ilícitas em algum momento da gravidez			
	/ /					/ /		Influenza				
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: _/_/___	/ /					/ /		D1: / /	Natimorto/Aborto prévio			
	/ /					/ /		Covid-19	6 ou mais gestações			
	/ /					/ /		Dt: / /	Outros			
DATA PROVÁVEL DO PARTO: _/_/___	/ /					/ /		Dt: / /	Se outro fator de risco, qual?			
	/ /					/ /		Dt: / /				

ACOMPANHAMENTO DA PUÉRPERA

DATA DA VISITA:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PERÍODO DO PÓS-PARTO: (Dias ou meses)										
ESTÁ EM USO DE ALGUM MÉTODO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ? (Se sim, marque um X)										
SE SIM, QUAL MÉTODO? (Escrever o método em uso)										
A CRIANÇA ESTÁ EM: (Coloque o número do tipo de aleitamento) 1 - ALEITAMENTO EXCLUSIVO 2 - ALEITAMENTO MISTO 3 - NÃO ESTÁ EM ALEITAMENTO										
SE ESTÁ EM USO DE OUTRO ALIMENTO, QUAL? (Escrever o tipo de alimento em uso)										

CONSULTA DE PÓS-PARTO	FEZ CONSULTA DE PÓS-PARTO? (Escrever sim ou não)					SE NÃO REALIZOU AO MENOS UMA CONSULTA ATÉ 42 DIAS DE PÓS-PARTO, QUAL FOI O MOTIVO?				
	DATA DA 1ª CONSULTA DE PÓS-PARTO: / /									
	DATA DA 2ª CONSULTA DE PÓS-PARTO: / /									

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	1 - INCHAÇO EM FACE OU MÃOS OU DOS PÉS ATÉ ACIMA DOS JOELHOS	2 - FEBRE	3 - DOR OU INCHAÇO EM APENAS 1 DOS MEMBROS NFERIORES	4 - AUSÊNCIA OU DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO FETAL	5 - PERDA DE SANGUE PELA VAGINA	6 - PERDA DE LÍQUIDO PELA VAGINA	7 - CONTRAÇÃO DOLOROSA (ANTES DE 37 SEMANAS)	8 - DOR INTENSA NA LATERAL DO ABDÔMEN	9 - PRESSÃO ALTA (PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 140 E/OU PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ≥ 90) COM: ALTERAÇÃO NA VISÃO, DOR NO ESTÔMAGO, DOR ABAIXO DA COSTELA DIREITA OU DOR DE CABEÇA OU PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 160 E/OU PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ≥ 110, MESMO SEM SINTOMAS
------------------------------------	--	-----------	--	--	---------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------	---