



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 FOLICO (Se sim, marque um x)	USO DE CARBONATO DE CALCIO (Se sim, marque um x)	PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA NO DIA DA VISITA <small>(Veja a lista dos sinais de alerta no final da página e coloque o número do sintoma apresentado no dia da visita)</small>	CONSULTA PRÉ-NATAL <small>(Anotar todas)</small>		VACINAS	FATORES DE RISCO <small>(Marque um X)</small>	RESULTADO DA GESTAÇÃO <small>NV - Nascido Vivo NM - Nascido Morto AB - Aborto</small>		
						DATA DA CONSULTA	IDADE GESTACIONAL NA CONSULTA			NV	NM	AB
NOME COMPLETO:	/ /						/ /	dT	<15 ou >35 anos	DATA		
	/ /						/ /	D1: / /	Diabetes prévia			
IDADE:	/ /						/ /	D2: / /	Diabetes atual			
	/ /						/ /	D3: / /	Hipertensão prévia			
TELEFONE:	/ /						/ /	dTpa	Hipertensão atual			
	/ /						/ /	D1: / /	Uso de cigarro em algum momento da gravidez			
ENDEREÇO:	/ /						/ /	Hepatite B				
	/ /						/ /	D1: / /	Uso de álcool em algum momento da gravidez			
NOME E TELEFONE PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA:	/ /						/ /	D3: / /	Uso de drogas ilícitas em algum momento da gravidez			
	/ /						/ /	Influenza				
	/ /						/ /	D1: / /	Natimorto/Aborto prévios			
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: / /	/ /						/ /	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: (Meses)												
ESTÁ EM USO DE ALGUM MÉTODO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ? <small>(Se sim, marque um X)</small>												
SE SIM, QUAL MÉTODO? <small>(Escrever o método em uso)</small>												
A CRIANÇA ESTÁ EM: <small>(Coloque o número do tipo de aleitamento)</small> 1 - ALEITAMENTO EXCLUSIVO 2 - ALEITAMENTO MISTO 3 - NÃO ESTÁ EM ALEITAMENTO												
SE ESTÁ EM USO DE OUTRO ALIMENTO, QUAL? <small>(Escrever o tipo de alimento em uso)</small>												
CONSULTA DE PÓS-PARTO	FEZ CONSULTA DE PÓS-PARTO? <small>(Escrever sim ou não)</small>					SE NÃO REALIZOU A CONSULTA ATÉ 42 DIAS DE PÓS-PARTO, QUAL FOI O MOTIVO?			8 - 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			9 - DOR INTENSA NA LATERAL DO ABDOMEN
	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 INFERIORES	4 - AUSÊNCIA DE MOVIMENTO FETAL.	5 - PERDA DE SANGUE PELA VAGINA	6 - PERDA DE LÍQUIDO PELA VAGINA	7 - CONTRAÇÃO DOLOROSA (ANTES DE 37 SEMANAS)					