



CARTÃO DA GESTANTE

Nome

Endereço

Bairro

Município

UF

Telefone

Nome da Operadora

Registro ANS

Agendamento

Data

Hora

Nome do profissional

Sala

Data	Hora	Nome do profissional	Sala



Carta de Informação à Gestante

O parto é um momento muito especial, que marca uma transição na vida da mulher e da família. Representa o primeiro encontro com o bebê. Por isso, é importante a mulher vivenciar este momento plenamente.

Pense em tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você gostaria de ter ao seu lado, como gostaria de aliviar a dor.

Quando for escolher o médico para realizar o seu pré-natal, você pode buscar informações importantes junto a sua operadora pelos canais de comunicação disponíveis, como o percentual de cesarianas e de parto normais realizados pelo médico e a maternidade. A operadora deverá lhe fornecer um número de protocolo e responder à sua solicitação em 15 dias úteis de forma presencial, por carta ou por e-mail.

Além disso, esclareça as dúvidas com seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação, entre a 37ª e a 42ª semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior, física e mentalmente com mais facilidade e tranquilidade. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de problemas respiratórios devido a cesáreas agendadas e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Isto pode aumentar algumas complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Todas as mulheres têm o direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Planos hospitalares com obstetria com acomodação enfermaria, quarto semi-privativo, quarto privativo, ou qualquer outra acomodação, devem cobrir as despesas da paramentação (roupas higienizadas necessárias para entrar no centro cirúrgico), alimentação e acomodação do acompanhante.

Dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato com o Disque ANS 0800 701 9656.



Exames	Data		Resultado		Idade:	Estado Civil:	
	Data	Resultado	Data	Resultado		Peso anterior :	Altura (cm) :
ABO-RH							
Toxoplasmose							
HBsAg (1º e 3º trimestre)							Antecedentes familiares:
Glicemia de Jejum							<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
TOTG (2h/75g)							<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gemelar
Anti-HIV							Data
HB/Ht							Resultado
VDRL							
Urina-EAS							
Urina Cultura							
Coombs Indireto							
Outros							
Eletroforese de Hemoglobina	<input type="checkbox"/> AA		Heterizigose	<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AC		Homoizigose	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AC
Teste Rápido			Data	Resultado		Data	Resultado
Sífilis							
HIV							
Hepatite B e C							
							Malária (somente para região Amazônica)

Suplementação Sulfato ferroso

Sim 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Não 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Suplementação Ácido fólico

Sim 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Não 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ultrassonografia

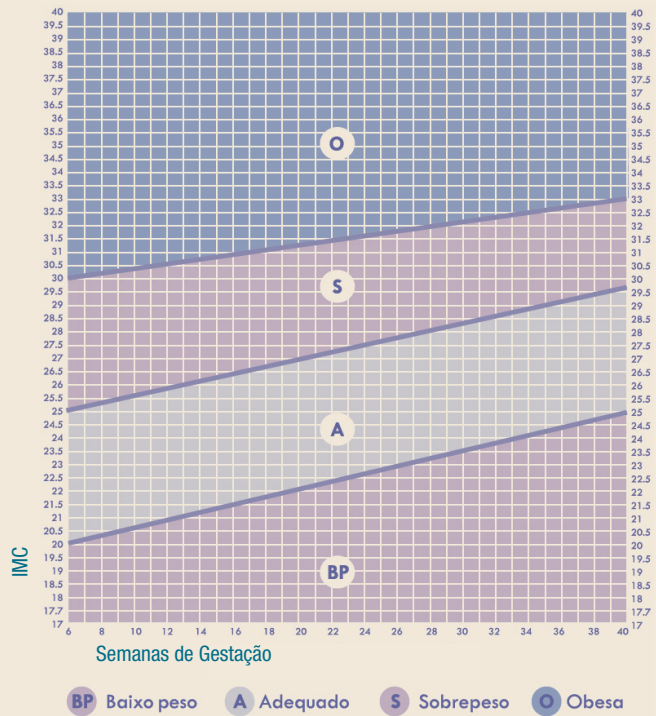
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros



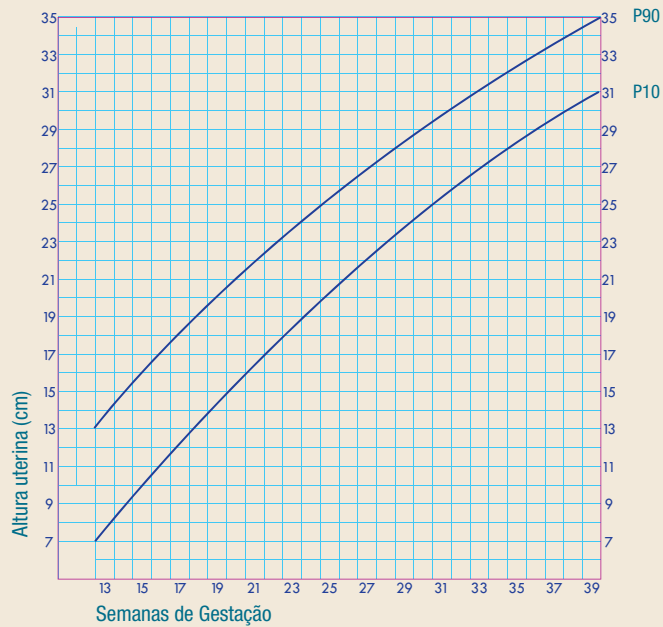
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a
Data												
Queixa												
IG Semanas												
Peso (Kg) / IMC												
Edema												
Pressão Arterial (mmHG)												
Altura Uterina (cm)												
Apresentação Fetal												
BCF / Mov. Fetal												
Toque, se indicado												

Participou de atividades educativas Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Data Data Data	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

Gráfico de acompanhamento nutricional



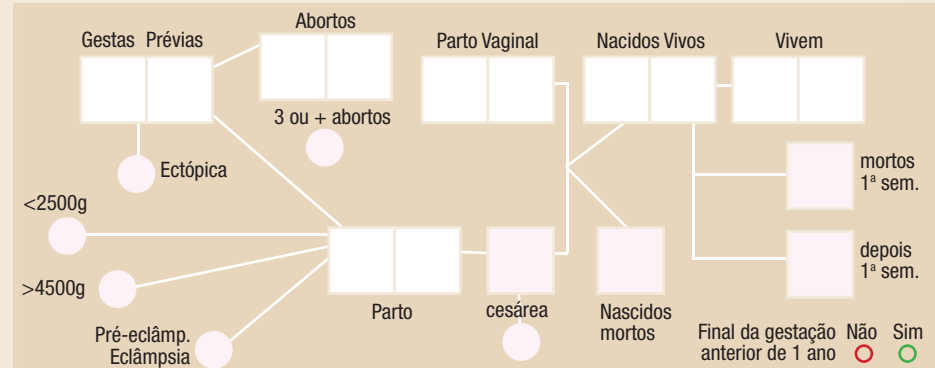
Curva de altura uterina / idade gestacional



DUM	/ /	Tipo de gravidez	Risco habitual	<input type="radio"/>
DPP	/ /	<input checked="" type="radio"/> Única	Gravidez Alto Risco	<input type="radio"/>
DPP (USG)	/ /	<input type="radio"/> Gemelar	Gravidez Planejada	Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>

Tripla ou mais

Ignorada



	Não	Sim	Não	Sim	Antecedentes clínicos	Não	Sim
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Infecção Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cir.pelv.uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gestação Atual

	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		
Fumo (nº de cigarros)			Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inc. Istmocervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça parto premat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/polidrâmio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de insulina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rut.prem.membrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vacina antitetânica	Hepatite B	Imunizada	<input type="radio"/>
Sem informação de imunização	1ª dose	/ /	
Imunizada há menos de 5 anos	2ª dose	/ /	
Imunizada há mais de 5 anos	3ª dose	/ /	
1ª dose / /	2ª dose / /	Influenza	/ /
3ª dose / /	reforço / /	Difteria	/ /
Coqueluche (dTpa)	/ /	Tétano	/ /



Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite Não Sim data / /

Plano de tratamento (por consulta)

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass.CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)

