



Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Informações Pré-Natais

Nome: _____

Médico: _____

Antecedentes Clínicos e Obstétricos:

Hipertensão Arterial: Não Sim

Infecção Urinária: Não Sim

Diabetes Mellitus: Não Sim

Cardiopatía: Não Sim

Anemia: Não Sim

Alteração ultra-som obstétrico: Não Sim _____

Número de Gestações: _____ Paridade: _____ Abortos: _____

DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ Fertilização assistida: Não Sim

Gestação múltipla: Não Sim - Informar número de fetos: _____

Alergia: Não Sim, Qual: _____

Uso de medicação na gestação: Não Sim Qual: _____

Exames Complementares:

Tipagem Sangüínea: A B O AB Fator Rh: Negativo Positivo

Alteração de Glicemia: Não Sim, resultado

Streptococcus B: Não realizado

Sim (resultado: Positivo Negativo) Data coleta: ___/___/___

Pesquisa de infecções (Circule o trimestre de realização e repetição)

	Resultados		Trimestre			Não Realizado
	IgG	IgM	1º	2º	3º	
Rubéola	IgG	IgM	1º	2º	3º	
Citomegalovírus	IgG	IgM	1º	2º	3º	
Toxoplasmose	IgG	IgM	1º	2º	3º	
HIV	-	+	1º	2º	3º	
Sífilis (VDRL)	-	+	1º	2º	3º	
Hepatite B (Hbs Ag ou anti-Hbc IgM)	-	+	1º	2º	3º	

Médico: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura e carimbo: _____

