



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade _____

Nome _____ Como quer ser chamada _____
 Endereço _____ Cidade _____

Idade _____ anos
 <15 anos >35 anos
 Estado civil/união: Casada Solteira
 Estável Outro

Instrução: Nenhuma Prim. Secund. Univ.

Peso anterior _____ Gravidez: Risco habitual Alto risco

Altura cm _____ Gravidez planejada: SIM NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

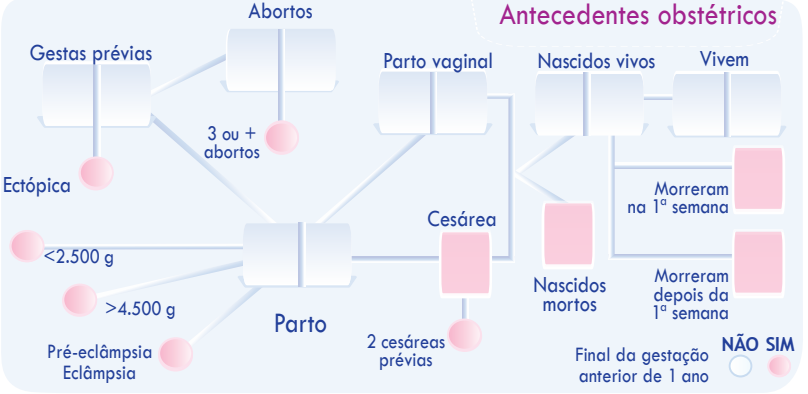
Tipo de gravidez
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

Hospitalização na gravidez
 NÃO SIM
 Dias _____

Grupo
 Rh+ NÃO
 Rh- SIM

Transferida
 NÃO SIM
 Local _____
 Data _____

Antecedentes familiares
 Diabetes NÃO
 Hipertensão arterial NÃO
 Gemelar NÃO
 outros NÃO



Antecedentes clínicos
 Diabetes NÃO Infecção urinária NÃO Infertilidade NÃO
 Cardiopatia NÃO Tromboembolismo NÃO Hipertensão arterial NÃO
 Cir. pélv. uterina NÃO Outros NÃO

Gestação atual
 Fumo (nº de cigarros) NÃO Álcool NÃO Outras drogas NÃO
 Inc. istmocervical NÃO Ameaça de parto premat. NÃO Isoimunização Rh NÃO
 HIV/Aids NÃO Sífilis NÃO Toxoplasmose NÃO
 Infecção urinária NÃO Anemia NÃO
 Hipertensão arterial NÃO Pré-eclâmp./eclâmpsia NÃO
 Cardiopatia NÃO Diabetes gestacional NÃO
 Uso de insulina NÃO Hemorragia 1º trimestre NÃO
 Hemorragia 2º trimestre NÃO Hemorragia 3º trimestre NÃO
 Rotura premat. de membrana NÃO CIUR NÃO
 Pós-datismo NÃO

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH	/ /	/ /	/ /	/ /
Glicemia de jejum	/ /	/ /	/ /	/ /
Tolerância à glicose (teste oral)	/ /	/ /	/ /	/ /
Sífilis (teste rápido)	/ /	/ /	/ /	/ /
VDRL	/ /	/ /	/ /	/ /
HIV/Anti-HIV (teste rápido)	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatites B e C (teste rápido)	/ /	/ /	/ /	/ /
HBsAg (1º e 3º trimestres)	/ /	/ /	/ /	/ /
Toxoplasmose	/ /	/ /	/ /	/ /
Hemoglobina Hematócrito	/ /	/ /	/ /	/ /
Urina-EAS	/ /	/ /	/ /	/ /
Urina-cultura	/ /	/ /	/ /	/ /
Coombs indireto	/ /	/ /	/ /	/ /
Outros	/ /	/ /	/ /	/ /
Outros	/ /	/ /	/ /	/ /

Hepatite B
 Imunizada
 Informe: 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /
 (1 mês após 1ª dose) / / (6 meses após 1ª dose) / /

Vacina antitetânica
 Sem informação de imunização
 Imunizada há menos de 5 anos
 Imunizada há mais de 5 anos
 Informe: 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /
 Reforço / /

Influenza
 Informe data / /

Suplementação
 Sulfato ferroso: SIM NÃO
 Ácido fólico: SIM NÃO
 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Eletrforese de hemoglobina
 Padrão AA Heterozigose AS AC Homozigose SS SC Outros

Malária* Neg. Pos.

*Somente para gestantes da Região Amazônica.

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Curva de altura uterina / idade gestacional

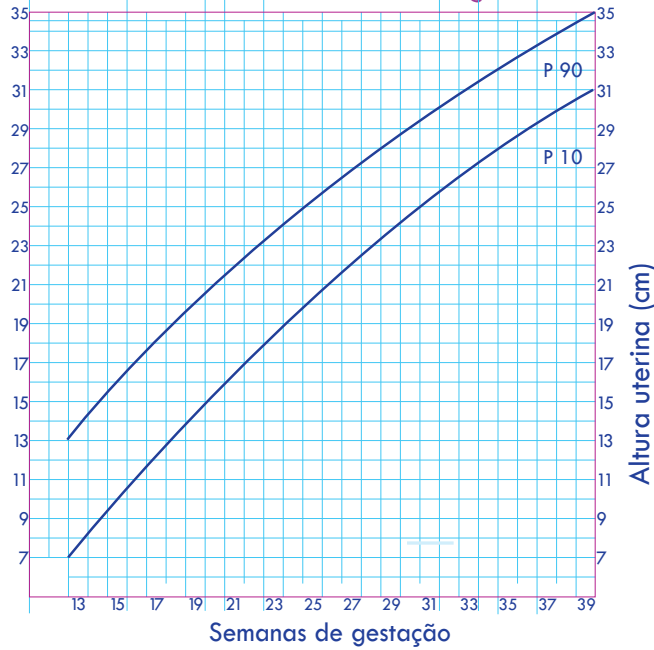
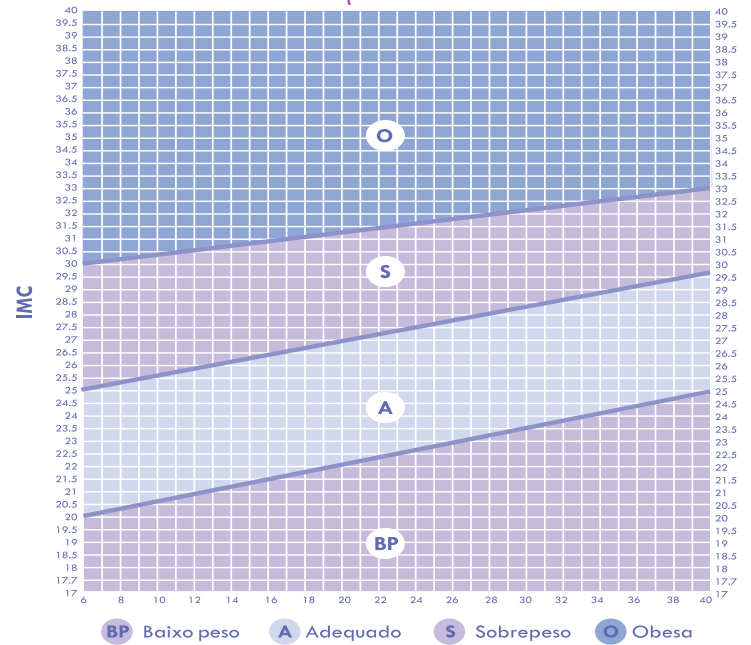


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
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"/>										
Realizou visita à maternidade SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
Observação, diagnóstico e conduta										
Assinatura										

Parto e nascimento

Idade de gestação Semanas	Início trab. parto Espontâneo <input type="radio"/> Induzido <input type="radio"/>	Terminação Espontâneo <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	Sexo Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/>	Recém-nascido VDLR Neg. <input type="radio"/> Posit. <input type="radio"/>	Alta materna Sadia <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/>	Alta do recém-nascido Sadio <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/>	Patologias do R.N. Nenhuma <input type="radio"/> M. hial <input type="radio"/> Apneias <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> S. asp. <input type="radio"/> Hemorr. <input type="radio"/> Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/> A. cong. <input type="radio"/> Outra SDR <input type="radio"/>
Parto NÃO SIM Episiotomia <input type="radio"/> Laceração <input type="radio"/> Deqit. espont. <input type="radio"/> Placenta compl. <input type="radio"/>	Medicação no parto Anestesia local <input type="radio"/> Anestesia reg. <input type="radio"/> Anestesia geral <input type="radio"/> Analgesia <input type="radio"/>	Tranq. <input type="radio"/> Ocitocina <input type="radio"/> Antibiótico <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/>	APGAR 1º min. <input type="text"/> 5º min. <input type="text"/>	Reanimação NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Ex. físico imediato Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Óbito: Fetal <input type="radio"/> Intraparto <input type="radio"/> Pós-parto <input type="radio"/>	
			Peso <input type="text"/> Menor 2.500 g <input type="radio"/>	Estatura <input type="text"/>	Gravidez <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerpério <input type="radio"/>		
			Peso/IG Adequado <input type="radio"/> Gran. <input type="radio"/> Pequeno <input type="radio"/>	Per. cef. <input type="text"/>			

Consulta de puerpério

Temperatura <input type="text"/>	Lóquios	Amamentação
Pressão arterial <input type="text"/>	Cicatriz cirúrgica (no caso de cesariana)	Exame de mamas (queixas)
Peso <input type="text"/>	Vínculo/estado emocional	Planejamento reprodutivo
Períneo <input type="text"/>		
Eliminações vesicais <input type="text"/>		
Eliminações intestinais <input type="text"/>		