

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO
PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

11 Nº inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: ____/____/____
 menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NIS

DADOS PESSOAIS

18 Município de residência:

19 UF:

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não

26 Telefone xó

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade(a) Analfabeto

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

[1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
[2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
[3] 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
[4] Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
[5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
[6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
[7] Educação superior incompleta
[8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica

[0] Convive com companheiro e lhos
[2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem lhos *
[3] Convive com companheiro, com lhos e/ou outros familiares
[4] Convive com familiares, sem companheiro
[5] Convive com outros(ais) pessoas(is), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
[6] Vive só

[1] branca
[2] preta
[3] amarela
[4] parda
[5] indígena
[9] Ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão:
[1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DUM

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

ACOLHIMENTO

46 ____/____/____

47 DPP ____/____/____

48 Altura/m

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio deslocamento NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.

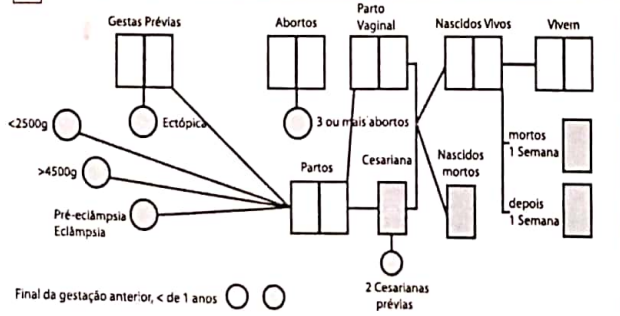
52 Tipo de gravidez:
 Única
 Gemelar
 Tripla ou mais
 Ignorada

53 Gravidez Planejada NÃO SIM

54 IG (sem/dias pelo ultrassom) ____/____

55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes NÃO SIM

Pré-eclâmpsia NÃO SIM

Eclâmpsia NÃO SIM

Cardiopatia NÃO SIM

Tromboembolismo NÃO SIM

Doença Mental NÃO SIM

Hipertensão NÃO SIM

Outros, qual: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	57 Trabalho de parto prematuro	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Diabetes Gestacional	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Hemorragia 1 Trim.	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>
	Isomunização RH	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	Se, sim Insulina	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hemorragia 2 Trim.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Infecção urinária	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	HIV/AIDS	Pré Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Oligo/polidrâmio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cigarros	Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pós Datismo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Alcool	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Drogas	Violência doméstica	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
	Cardiopatia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	CTUR				
SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ Reforço ____/____/____		59 Hepatite B	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____		60
	[1] Não vacinada <input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> [3] Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> [4] Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>			[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>			[1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado <input type="checkbox"/>

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico [1] - Sim [2] - Não [9] - Ignorado

63 Participação em atividade educativa [1] - SIM - DATA: ____/____/____ [2] - NÃO

64 Realizou visita à maternidade [1] - SIM - DATA: ____/____/____ [2] - NÃO

TESTES RÁPIDOS	65 Gravidez	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	66 Sífilis	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	67 HIV	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
			Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____
					68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
							Hora: ____:____	Hora: ____:____

EX. DE ROTINA	69 Tipagem Sanguínea Fator RH negativo?	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	70 Hemoglobina Hb < 11g/dl?	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Anemia Tratada? () Sim () Não	Data: ____/____/____
	73 Sorologia+ p/ Hep. B (HBsAg)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	72 VDRL + ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	IgG Positivo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	79 Ultrassom Obstétrico		Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	IgM Positivo?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
				Tratada? () Sim () Não	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
				78 Outros informar: _____		Tratada? () Sim () Não		

EX. ADICIONAIS	80 Coombs Indireto positivo	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	83 TOT alterado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				

EX. EXAMES ESPECIAIS	84 Contagem de Plaquetas	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Ácido Úrico	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	86 Dosagem de Uréia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	88 Dosagem de Proteína Urina 24h	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91 Outros	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
	92 Cardiografia	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____			

93 Responsável pela digitação: _____

Data da digitação: ____/____/____