

DADOS DA USUÁRIA

Cartão SUS: _____ Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sobrenome: _____

Idade: _____ Nome da mãe: _____

Raça / cor informada

- branca
 negra
 parda
 amarela
 indígena
 sem informação

Escolaridade / anos de estudo completos

- 1 a 3
 4 a 7
 8 a 11
 12 ou mais

Ocupação

Renda Familiar

Trabalha fora de casa

- sim não

Situação familiar

- convive com companheira(o) e filho(s)
 convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s)
 convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outro(s) familiar(es)
 convive com familiar(es) sem companheiro(a)
 convive com outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
 vive só
 sem informação

Horas de trabalho: _____ h/dia

ENDEREÇO

Logradouro: _____ Município
De residência: _____

Número: _____ Complemento: _____ Telefone fixo: () _____

Bairro: _____ Celular: () _____

CEP: _____ Email: _____

DOCUMENTOS

RG: _____ Data da emissão: ____/____/____

Órgão emissor: _____ UF: _____

CPF: _____

DADOS DO ACOLHIMENTO

Data: ____/____/____ Estabelecimento de acolhimento: _____

Situação: gestante puérpera Vai realizar o pré-natal nesta unidade? sim não

Unidade de acompanhamento: _____

CNES: _____

INGRESSO NO PROGRAMA SIGA MAMAE

* Nº SISPRENATAL: _____

* Nº Gestações anteriores: _____

* Nº filhos nascidos vivos: _____

* Nº filhos nascidos natimortos: _____

Qtde partos normal: _____

Qtde partos cesáreas: _____

* Abortos: _____

DADOS DA GESTAÇÃO

* Data do registro: ____/____/____

* Gestante de alto risco? sim não

* Data da última menstruação: ____/____/____

Tempo decorrido: _____

* Data prevista do parto: ____/____/____

Tipo de gestação: única gemelar tripla ou mais

* Maternidade de referência: _____

Antecedentes clínicos obstétricos

SIM NÃO

- diabetes
- infecção Urinária
- infertilidade
- dific. amamentação

SIM NÃO

- pré-eclampsia
- eclampsia
- cardiopatia
- tromboembolismo
- hipertensão arterial

SIM NÃO

- cirurgia pélv. Uterina
- cirurgia

Outros: _____

Outros: _____

Gestação atual

SIM NÃO

- fumo
- álcool
- outras drogas
- violência doméstica

SIM NÃO

- infecção urinária
- HIV
- sífilis
- hepatites virais

SIM NÃO

- infecção Zika Vírus
- toxoplasmose
- exantema/rash cutâneo
- anemia

SIM NÃO

- ameaça parto prematuro
- rotura prematura de membrana
- ultrassom alterada
- uso de insulina

SIM NÃO

- hemorragia 1º trim.
- hemorragia 2º trim.
- hipertensão arterial
- pré-eclampsia
- eclampsia

Observação:

SITUAÇÃO VACINAL: Acolhimento (primeira consulta)

Difteria/tétano sem informação de imunização imunizado há **menos** de 5 anos imunizado há **mais** de 5 anos
 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____ reforço ____/____/____

Hepatite B imune 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____

Influenza sim não *Data: ____/____/____ DTpa sim não *Data: ____/____/____

ATENDIMENTO

* Profissional do Atendimento: CNS _____ Nome: _____

* Vínculo profissional: _____

* Data do Atendimento: ____/____/____

* Hora do Atendimento: ____:____

* Idade Gestacional Corrigida: _____ semanas

* Pressão Arterial Máxima: _____ mmHg

* Pressão Arterial Mínima: _____ mmHg

* Peso: _____ * Altura: ____, ____ m

* Risco Gestacional? sim não* Classificação do Risco Gestacional: alto risco baixo risco
 não informado risco ignorado

Altura uterina: _____ cm

Batimento cardíaco fetal: _____ bpm

Encaminhamento para outra unidade: _____

Consulta odontológica: 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestreTestes rápidos: hepatites virais HIV sífilis Suplementação: sulfato ferroso ácido fólico

SITUAÇÃO VACINAL

Difteria/tétano sem informação de imunização imunizado há **menos** de 5 anos imunizado há **mais** de 5 anos 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____ reforço ____/____/____Hepatite B imune 1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____ 3ª dose ____/____/____Influenza sim não *Data: ____/____/____DTpa sim não *Data: ____/____/____ ABO Urocultura HIV RH Glicemia HbsAg VDRL HB IgM Toxo Urina I HT Ultrasonografia USG 1º Trimestre USG 2º Trimestre USG 3º Trimestre USG morfológico

Exames obrigatórios 1º Trimestre:

 Glicemia em jejum Chagas Citamegalovírus – IGG Citamegalovirus – IGM Hepatite B Hepatite C HIV HTLV Rubéola – *81 IGG Rubéola – *91 IGM Sífilis Toxoplasmose Hemograma ABO-RH Urina EAS Urocultura

Exames obrigatórios 3º Trimestre:

 Glicemia em jejum HIV Sífilis Hemograma Urina EAS Urocultura

Outros:

Código: _____ Descrição: _____

Código: _____ Descrição: _____

Código: _____ Descrição: _____

Código: _____ Descrição: _____

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame: _____

Exame: _____

Exame: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Resultado: _____

Resultado: _____

Resultado: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

Exame: _____

Exame: _____

Exame: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Resultado: _____

Resultado: _____

Resultado: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

Exame: _____

Exame: _____

Exame: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Especialidade: _____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Data da realização: ____/____/____

Resultado: _____

Resultado: _____

Resultado: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

Conduta: _____

DESLOCAMENTOS

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE PÚBLICO

Tipo de bilhete: _____

Nº do bilhete: _____

Data de recebimento do bilhete: ____/____/____

Data de solicitação: ____/____/____

Qtde de deslocamento: _____

Responsável: _____
Informar CNS

Status: creditado solicitado processando

Observação:

INTERRUPÇÃO DO ACOMPANHAMENTO

* Data de Interrupção: ____ / ____ / ____

- * Motivo: abandono abortamento cadastramento duplo convênio mudança de município
 outros motivos óbito

Observação: _____

PARTO

* Data do Parto: ____/____/____

* Data do Atendimento: ____/____/____

* Hora do Atendimento: ____:____

* Tipo do Parto: cesáreo normal vaginal operatório* Local do Parto: domiciliar hospitalar

Estabelecimento do Parto: _____

INFORME O CNES

* Tempo de Internação: _____ dias

RECÉM NASCIDO

* Tipo: Vivo Natimorto* Condição: A termo Pré-termo Pós-termo

* Peso de Nascimento: _____ Kg

* Teve alta junto à mãe: sim não

Apgar 1º minuto: _____

Apgar 5º minuto: _____

Idade Gestacional: _____ semanas

GEMELAR

* Peso de Nascimento: _____ Kg

* Teve alta junto à mãe: sim não

Apgar 1º minuto: _____

Apgar 5º minuto: _____

Idade Gestacional: _____ semanas

Alimentação: Leite Materno Exclusivo Fórmula Láctea Misto

Observação:

CONTRACEPÇÃO

* Contracepção: sim não* Encaminhamento para planejamento sexual e reprodutivo: sim não

* Profissional do Atendimento: CNS _____ Nome: _____