

INFORMAÇÕES IMPORTANTES DO PRÉ- NATAL

Nome da Paciente					Idade	
Médico Assistente					Data da Internação: ____/____/____	
História Obstétrica						
Gesta	Para	Normal	Cesárea	Aborto	DUM: ____/____/____	Idade Gestacional
					DPP: ____/____/____	
Tipagem Sanguínea	Gestante	GS	Fator Rh	Coombs Indireto	Eritrograma 28ª Semana	
	Marido	GS	Fator Rh	Título:	Ht: _____%	Hb: _____%
Sorologias						
Lues		ANTI HIV			ANTI HBS	
1ª Consulta: () Pos. () Neg. 28ª Semana: () Pos. () Neg. Trat. Compl. () Sim () Não		Data da Coleta: ____/____/____ () Positivo () Negativo () Ignorado			Data da Coleta: ____/____/____ () Positivo () Negativo () Ignorado	
Vacinação Anti-tetânica				Coqueluche		
1ª dose: ____/____/____ 2ª dose: ____/____/____ Reforço: ____/____/____ () Não houve necessidade				() Sim () Não () Ignorado Data: ____/____/____		
Procedimentos e/ou Medicamentos utilizados na gravidez						
() Anti-hipertensivos: _____						
() Antibioticoterapia: _____						
() Tocolítico: _____						
() Outros: _____						
Prevenção do Streptococcus B						
Swab Vaginal/ Retal: 35ª a 37ª Sem () Sim () Não Data: ____/____/____				Resultado: () Positivo () Negativo		
Infecções:	() Sim		Qual (is):			
	() Não					
Observações Relevantes:						
Assinatura do Médico Assistente/ CRM						



—
—
—
—