



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPELA DO ALTO**  
 Ambulatório de Especialidades Médicas  
 Rua São Francisco, 614 -- Centro -- Fone: (15) 3267-1427

37

**CONSULTA DE ENFERMAGEM - ABERTURA DE PRÉ-NATAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data do Atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Dt. Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 SUS: \_\_\_\_\_ Rg.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Qde de Pessoas que vivem com a renda \_\_\_\_\_ Condições Saneamento da Residência ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

DUM: / /	Altura: _____
DPP: / /	Gravidez Planejada: ( ) Sim ( ) Não Gravidez de Risco: ( ) Sim ( ) Não Auxílio Deslocamento: ( ) Sim ( ) Não
Gestações: Paridade: _____	Tipo de Gravidez: ( ) única ( ) gemelar ( ) ignorada ( ) outros _____
PN ( ) PC ( ) PF ( )	Atendimento Odontológico: ( ) Sim ( ) Não Grupo - Datas: 1º ____/____/____ 2º ____/____/____ 3º ____/____/____
Dados Última Gestaçao	Situação da vacina antitetânica <input type="checkbox"/> Não vacinada <input type="checkbox"/> Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> Ignorado
Peso ao Nascer: _____	Reforço _____
IG: _____	Hepatite B <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
ABORTO: _____	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ INFLUENZA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado DATA ____/____/____

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Diabetes	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
Pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Isomunização RH	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Hemorragia 1º Trim.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
Eclâmpsia	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Hemorragia 2º Trim.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Oligo/polidramio	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Hemorragia 3º Trim.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
		Alcool	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
		Cardiopatia	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Pós-Datismo	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
		Outros, qual:	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		

