



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPELA DO ALTO

Secretaria Municipal de Saúde

FICHA OBSTÉTRICA

46

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ Nº PRONTUÁRIO _____

PROCEDÊNCIA _____ PROFISSÃO _____ COR _____

DATA DE INSCRIÇÃO ____/____/____ IDADE ATUAL _____ ESTADO CIVIL _____

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES HEPATOPATIAS ALCOOLISMO TABAGISMO
DIABETES CÂNCER VARIZES OUTROS

3 - ANTECEDENTES FAMILIARES

4 - ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

MENARCA _____ CICLOS DE _____ DIAS FLUXO DE _____ DIAS

PRIMEIRO COITO AOS _____ ANOS

ÚLTIMO EXAME COLPOCITOLÓGICO: DATA ____/____/____ RESULTADO: _____

CONTRACEPÇÃO _____

CORRIMENTO _____

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS _____

CIRURGIAS: _____

5 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

NÚMEROS DE GESTAÇÕES ANTERIORES: _____ NÚMERO DE ABORTAMENTOS _____

PARTO PREMATURO { VAGINAL _____
CESÁRIA _____

PARTO A TERMO { VAGINAL _____ DOMICILIAR _____
CESÁRIA _____ HOSPITALAR _____

GESTAÇÃO { ÚNICA _____
GEMELAR _____

NATIMORTO _____ DATA DA ÚLTIMA GESTAÇÃO ____/____/____

RESULTADO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO

ABORTO NATIMORTO PREMATURO
FÓRCEPS CESÁRIA PARTO VAGINAL

6 - INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS

7 - GESTAÇÃO ATUAL

ÚLTIMA MENSTRUACÃO: _____ DATA PROVÁVEL DO PARTO: ____/____/____

OBSERVAÇÕES: _____

8 - EXAME FÍSICO GERAL

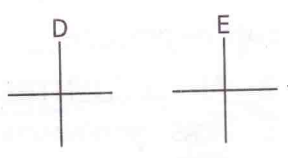
ESTADO GERAL

APARELHO CÁRDIO RESPIRATÓRIO

9 - EXAME GINECOLÓGICO

MAMAS {

- INSPEÇÃO ESTÁTICA
- INSPEÇÃO DINÂMICA
- PALPAÇÃO DA MAMA
- PALPAÇÃO DA AXILA
- EXPRESSÃO



ABDOMEN

GENITAIS EXTERNOS

GENITAIS INTERNOS

EXAME ESPECULAR



COLPOCITOLOGIA

COLPOSCPIA

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH (GESTANTE)

(MARIDO)

URINA

GLICEMIA

Hb

Ht

REAÇÃO SOROLÓGICA PARA LUES

OUTROS

11 - EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

DATA	TEMP.	PESO	P.A.	EDEMA	MAMAS	ALT. UTERINA	BCF/MF	APRESENTAÇÃO	IDADE GEST.

INTERCORRÊNCIA/CONDUTA _____

Assinatura _____

12 - VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA

1ª DOSE _____ 2ª DOSE _____ 3ª DOSE _____ REFORÇO _____

13 - TRABALHO DE GRUPO

TEMA: _____ DATA ____/____/____

TEMA: _____ DATA ____/____/____

TEMA: _____ DATA ____/____/____

14 - PUERPÉRIO

PARTO { NORMAL DATA ____/____/____ LOCAL _____
 { FÓRCEPS
 { CESÁRIA { HOSPITAL
 { DOMICÍLIO

RECÉM NASCIDO { VIVO MASCULINO
 { MORTO FEMININO

CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO:- APGAR _____ PESO _____ ALTURA _____ CHOROU AO NASC. _____

EVOLUÇÃO DO PUERPÉRIO _____