

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA DE PRIMEIRA VEZ EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

- HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU
- C. R. MATERNO-INFANTIL MARIANA BULHÕES
- HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES
- HOSPITAL ESTADUAL VER. MELCHIADES CALAZANS

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_  
**Nome do Esposo:** \_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Grupo Sanguíneo:** \_\_\_\_\_  
**Unidade referenciadora:** \_\_\_\_\_  
**Município:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Médico:** \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA OBSTÉTRICA

**Gestações:** \_\_\_\_\_  
**História dos Pré-Natais anteriores:** \_\_\_\_\_

**Partos Transpélvicos:** \_\_\_\_\_  
**Partos à Fórceps:** \_\_\_\_\_      **A Termo (após 37 semanas):** \_\_\_\_\_  
**Cesarianas:** \_\_\_\_\_      **Prematuros (até de 37 semanas):** \_\_\_\_\_  
**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**Abortos Espontâneos:** \_\_\_\_\_      **Primeiro Trimestre:** \_\_\_\_\_  
**Abortos Provocados:** \_\_\_\_\_      **Segundo Trimestre:** \_\_\_\_\_  
**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**NATIMORTOS:** \_\_\_\_\_      **NEOMORTOS:** \_\_\_\_\_  
**AINDA VIVOS:** \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL

**DUM:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **PDP (DUM):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Amenorréia:** \_\_\_\_\_

**I.G (USG):** \_\_\_\_\_      **PDP (USG):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Intercorrências na Gestação atual (SIC):** \_\_\_\_\_

**Motivo para o encaminhamento (médico):** \_\_\_\_\_

### EXAMES JÁ REALIZADOS NA GESTAÇÃO ATUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTÓRIA PREGRESSA**

Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Câncer Familiar: \_\_\_\_\_  
Hipertensão Familiar: \_\_\_\_\_  
Diabetes Familiar: \_\_\_\_\_  
Outras doenças Familiares: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Transfusões: \_\_\_\_\_  
Menarca: \_\_\_\_\_  
IAS: \_\_\_\_\_  
Tabagismo: \_\_\_\_\_  
Etilismo: \_\_\_\_\_  
Drogas: \_\_\_\_\_  
Doenças: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO DE PRIMEIRA VEZ**

Peso Habitual: \_\_\_\_\_      Peso Hoje: \_\_\_\_\_  
Ganho Ponderal (gestação): \_\_\_\_\_      Estatura: \_\_\_\_\_  
ACV: \_\_\_\_\_      AR: \_\_\_\_\_  
Pressão Arterial: \_\_\_\_\_      Mucosas: \_\_\_\_\_  
Altura Uterina: \_\_\_\_\_      BCF: \_\_\_\_\_  
Edema MMII: \_\_\_\_\_      Edema Abdome e Face: \_\_\_\_\_  
Toque: \_\_\_\_\_  
Exame Especular: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO QUANTO AO TIPO DE PRÉ-NATAL INDICADO**

BAIXO RISCO

Encaminhada para Pré-Natal de Baixo Risco \_\_\_\_\_

Orientada a retornar (com encaminhamento) se for necessário

INDETERMINADO

Necessita de exame e/ou parecer para esclarecimento diagnóstico

Exames solicitados: \_\_\_\_\_

Parecer solicitado: \_\_\_\_\_

Data do retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ALTO RISCO

Solicitada Abertura de Prontuário

Entregue Cartão da Gestante

Exames solicitados: \_\_\_\_\_

Data de retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**UMA AÇÃO CONJUNTA DAS EQUIPES TÉCNICAS DO:**  
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE (CISBAF)  
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA BAIXADA FLUMINENSE  
HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES (HEAPN)  
HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU (HGNI)  
HOSPITAL ESTADUAL VER. MELCHIADES CALAZANS (HEMEC)  
PAISMCA E PSF DOS MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE