



Postal Saúde

Sua vida, nossa existência

CARTÃO DA GESTANTE

NOME

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

TELEFONE

NOME DA OPERADORA

POSTAL SAÚDE

REGISTRO ANS

nº 41913-3

AGENDAMENTO

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

Carta de Informação à Gestante

O parto é um momento muito especial, que marca uma transição na vida da mulher e da família. Representa o primeiro encontro com o bebê. Por isso, é importante a mulher vivenciar este momento plenamente.

Pense em tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você gostaria de ter ao seu lado, como gostaria de aliviar a dor.

Quando for escolher o médico para realizar o seu pré-natal, você pode buscar informações importantes junto a sua operadora pelos canais de comunicação disponíveis, como o percentual de cesarianas e de parto normais realizados pelo médico e a maternidade. A operadora deverá lhe fornecer um número de protocolo e responder à sua solicitação em 15 dias úteis de forma presencial, por carta ou por e-mail.

Além disso, esclareça as dúvidas com seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação, entre a 37^a e a 42^a semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior, física e mentalmente com mais facilidade e tranquilidade. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de problemas respiratórios devido a cesáreas agendadas e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Isto pode aumentar algumas complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Todas as mulheres têm o direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Planos hospitalares com obstetrícia com acomodação enfermária, quarto semi-privativo, quarto privativo, ou qualquer outra acomodação, devem cobrir as despesas da paramentação (roupas higienizadas necessárias para entrar no centro cirúrgico), alimentação e acomodação do acompanhante.

Dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato pelo 0800 888 8116 - Central de Atendimento ao Beneficiário.

Exames	Data	Resultado	Idade:	Estado Civil:
ABO-RH			Data: <input type="text"/>	Resultado: <input type="text"/>
Toxoplasmoze				
HBsAg (1º e 3º trimestre)				
Glicemia de Jejum				
TOTG (2h/75g)				
Anti-HIV				
HB/Ht			Data	Resultado
VDRL				
Urina-EAS				
Urina Cultura				
Coombs Indireto				
Outros				
Malária (somente para região Amazônica)				
Eletroforese de Hemoglobina	Padrão	<input type="checkbox"/> AA		
	Heterizigose	<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AC		
	Homozigose	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AC		
Teste Rápido				
Sífilis			Data	Resultado
HIV				
Hepatite B e C				

Suplementação Sulfato ferroso

Sim 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Não 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Suplementação Ácido fólico

Sim 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Não 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

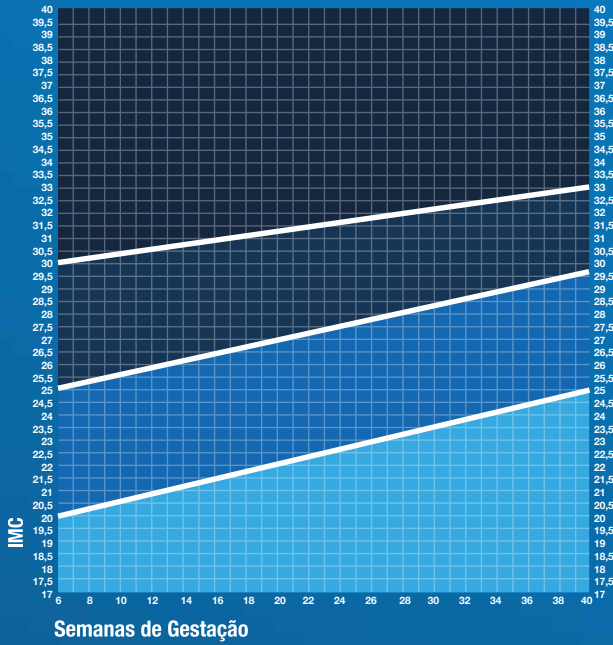
Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

	1º	2º	3º	4º	5º
Data					
Queixa					
IG Semanas					
Peso (Kg) / IMC					
Edema					
Pressão Arterial (mmHG)					
Altura Uterina (cm)					
Apresentação Fetal					
BCF / Mov. Fetal					
Toque, se indicado					

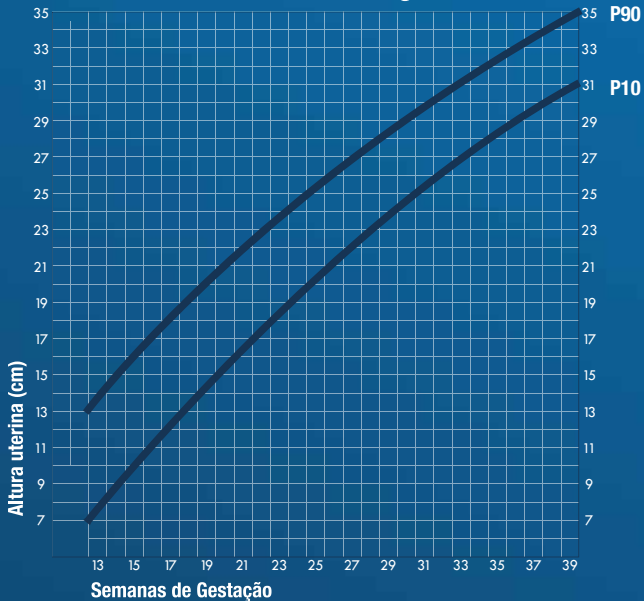
<p>Participou de atividades educativas</p> <p>Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/></p> <p>Data</p> <p>Data</p> <p>Data</p> <p>Realizou visita à maternidade</p> <p>Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/></p> <p>Data</p>	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta	Obs., diagnóstico e conduta
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

Gráfico de acompanhamento nutricional

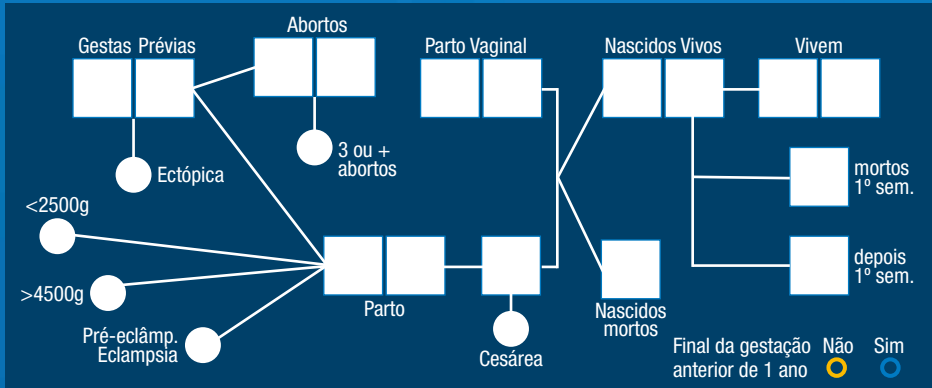


BP Baixo peso
 A Adequado
 S Sobrepeso
 O Obesa

Curva de altura uterina / idade gestacional



DUM	/ /	Tipo de Gravidez	Risco Habitual <input type="radio"/>
DPP	/ /	<input checked="" type="radio"/> Única	Gravidez Alto Risco <input checked="" type="radio"/>
DPP (USG)	/ /	<input checked="" type="radio"/> Gemelar	Gravidez Planejada Não <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
		<input checked="" type="radio"/> Tripla ou mais	
		<input type="radio"/> Ignorada	



	Não	Sim		Não	Sim	Antecedentes Clínicos		
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Não	Sim
Infecção Urinária	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cir.pelv.uterina	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilidade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão Arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Outros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gestão Atual								
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Fumo (nº de cigarros)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inc. Istmocervical	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras drogas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça parto premat.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violência doméstica	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização Rh	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes gestacional	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/polidrâmio	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de insulina	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sífilis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rut.prem.membrana	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção Urinária	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vacina antitetânica			Hepatite B Imunizada <input checked="" type="radio"/>		
Sem informação de imunização	<input type="radio"/>		1ª dose	/	/
Imunizada há menos de 5 anos	<input type="radio"/>		2ª dose	/	/
Imunizada há mais de 5 anos	<input type="radio"/>		3ª dose	/	/
1ª dose	/	/	2ª dose	/	/
3ª dose	/	/	reforço	/	/
Coqueluche (dTpa)	/	/	Tétano	/	/

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite Não Sim data / /

Plano de tratamento (por consulta)

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass.CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)