



**Unimed** 

# Cartão da Gestante

Nome

Endereço

Bairro  Município  UF

Telefone

Unimed

Registro ANS

| Data                 | Hora                 | Nome do profissional | Sala                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

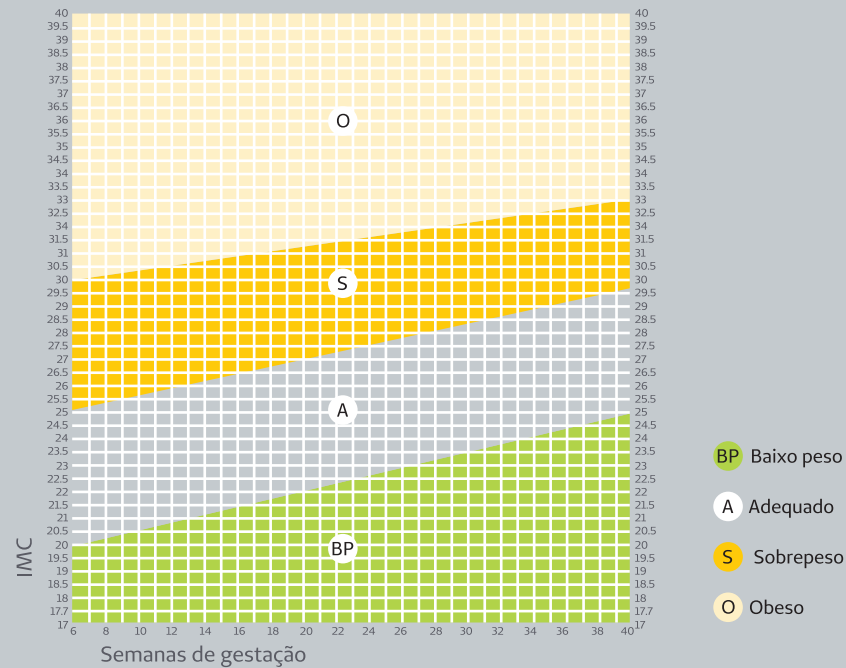


Fonte: ANS

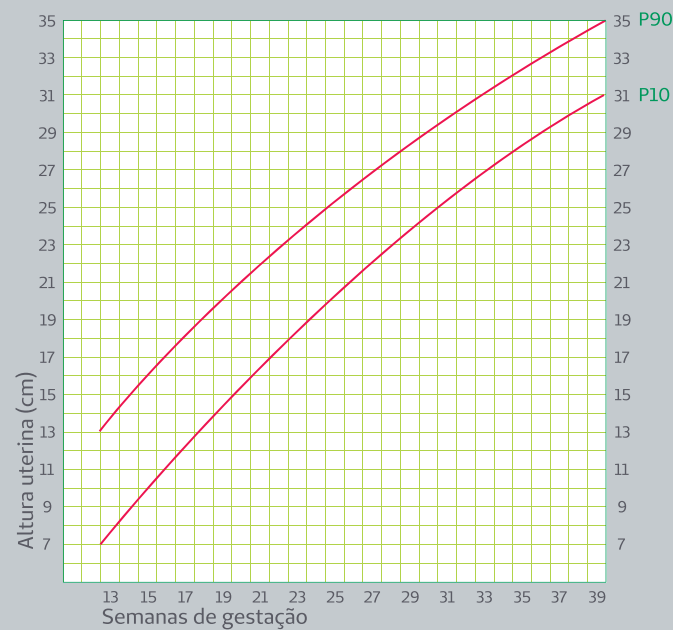
| Data | IG DUM | IG USG | Peso fetal | Placenta | Líquido | Outros |
|------|--------|--------|------------|----------|---------|--------|
|      |        |        |            |          |         |        |
|      |        |        |            |          |         |        |
|      |        |        |            |          |         |        |



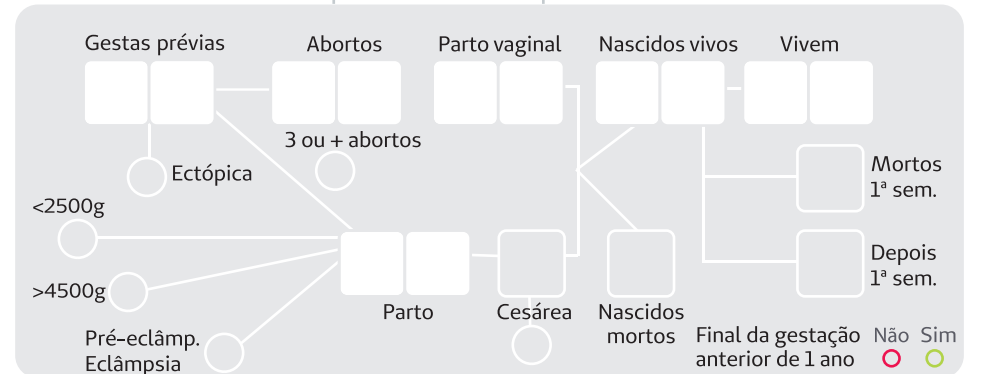
Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina / idade gestacional



|           |   |   |                  |                     |         |
|-----------|---|---|------------------|---------------------|---------|
| DUM       | / | / | Tipo de gravidez | Risco habitual      |         |
| DPP       | / | / | Única            | Gravidez Alto risco |         |
| DPP (USG) | / | / | Gemelar          | Gravidez Planejada  | Não Sim |
|           |   |   | Tripla ou mais   |                     |         |
|           |   |   | Ignorada         |                     |         |



Antecedentes clínicos

|                   | Não | Sim |                      | Não | Sim |                    | Não | Sim |
|-------------------|-----|-----|----------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
| Diabetes          |     |     | Cardiopatia          |     |     | Cir. pelv. uterina |     |     |
| Infecção urinária |     |     | Tromboembolismo      |     |     | Outros             |     |     |
| Infertilidade     |     |     | Hipertensão arterial |     |     |                    |     |     |

Gestação atual

|                       | Não | Sim |                      | Não | Sim |                       | Não | Sim |
|-----------------------|-----|-----|----------------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|
| Fumo (nº de cigarros) |     |     | Anemia               |     |     | Hipertensão arterial  |     |     |
| Álcool                |     |     | Inc. istmocervical   |     |     | Pré-eclâmpsia/eclâmp. |     |     |
| Outras drogas         |     |     | Ameaça parto premat. |     |     | Cardiopatia           |     |     |
| Violência doméstica   |     |     | Isoimunização Rh     |     |     | Diabetes gestacional  |     |     |
| HIV/Aids              |     |     | Oligo/polidrâmio     |     |     | Uso de insulina       |     |     |
| Sífilis               |     |     | Rut. prem. membrana  |     |     | Hemorragia 1º trim.   |     |     |
| Toxoplasmose          |     |     | CIUR                 |     |     | Hemorragia 2º trim.   |     |     |
| Infecção urinária     |     |     | Pós-datismo          |     |     | Hemorragia 3º trim.   |     |     |

Vacina antitetânica

|                              |     |     |                      |     |
|------------------------------|-----|-----|----------------------|-----|
| Sem informação de imunização |     |     | Hepatite B Imunizada |     |
| Imunizada há menos de 5 anos |     |     | 1ª dose              | / / |
| Imunizada há mais de 5 anos  |     |     | 2ª dose              | / / |
| 1ª dose / / 2ª dose          |     |     | 3ª dose              | / / |
| 3ª dose / / reforço          | / / | / / | Influenza            | / / |
| Coqueluche (dTpa)            | / / | / / | Difteria             | / / |
|                              |     |     | Tétano               | / / |

## Parto

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |                                                       |                                                                                                                                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospital:          | Idade gesta                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tamanho fetal corresponde                           | Início                                                | Membranas                                                                                                                                |
|                    | <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Ind. <input type="radio"/> Esp. | <input type="radio"/> Int. <input type="radio"/> Rot. <input type="radio"/> Cef. <input type="radio"/> Pelv. <input type="radio"/> Tran. |
| Terminação         | <input type="radio"/> Exp. <input type="radio"/> Ces. <input type="radio"/> Forc. <input type="radio"/> Out.                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                       |                                                                                                                                          |
| Epsiotomia         | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                       |                                                                                                                                          |
| Laceração          | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                       |                                                                                                                                          |
| Medicação no parto | <input type="radio"/> Anestesia local <input type="radio"/> Anestesia regio. <input type="radio"/> Anestesia geral <input type="radio"/> Analgésico <input type="radio"/> Tranquilizante <input type="radio"/> Ocitoc. <input type="radio"/> Antibiótico <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Nenhum |                                                     |                                                       |                                                                                                                                          |

## Recém-nascido

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Sexo                                                                                            | V.D.R.L.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Apgar minuto                                                                       | Reanimação                                           | Peso ao nascer                                                                         | Idade por exame físico                                              |
| <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M                                                 | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> +                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> 1º <input type="radio"/> 5º <input type="radio"/> 6 ou menos | <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não  | <input type="text"/> g <input type="radio"/> menos de 2.500g                           | <input type="text"/> sem. <input type="radio"/> Menor de 37 semanas |
| Peso/I.G.                                                                                       | Ex. físico imediato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| <input type="radio"/> Adeq. <input type="radio"/> Peq. <input type="radio"/> Gran.              | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| Estatura                                                                                        | Per. cef.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ex. físico pré-alta                                                                |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| <input type="text"/> cm                                                                         | <input type="text"/> cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal                         |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| Ex. Neuro.                                                                                      | Patologias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Duvidoso       | <input type="radio"/> M. Hialina <input type="radio"/> Hemorra. <input type="radio"/> A. Cong. <input type="radio"/> S. Aspirat. <input type="radio"/> Hiperbili. <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Outros SRD <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Apneias <input type="radio"/> Neurol. |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| RN Aloj./conj.                                                                                  | Alta do RN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Idade na alta/transferência                                                        | Idade ao falecer                                     | Alimentação                                                                            |                                                                     |
| <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não                                             | <input type="radio"/> Sadio <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> C/patol. <input type="radio"/> Óbito                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Horas                               | <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Horas | <input type="radio"/> Peito <input type="radio"/> Misto <input type="radio"/> Artific. |                                                                     |
| Alta materna                                                                                    | Morte materna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| <input type="radio"/> Sadia <input type="radio"/> Transferida <input type="radio"/> C/patologia | <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerpério                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |
| Orient./contracepção                                                                            | <input type="radio"/> Condon <input type="radio"/> D.I.U. <input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Lig. de Tro. <input type="radio"/> Ritmo <input type="radio"/> Nenhum                                                                                                                                            |                                                                                    |                                                      |                                                                                        |                                                                     |

## Consulta odontológica

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18                    | 17                    | 16                    | 15                    | 14                    | 13                    | 12                    | 11                    | 21                    | 22                    | 23                    | 24                    | 25                    | 26                    | 27                    | 28                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48                    | 47                    | 46                    | 45                    | 44                    | 43                    | 42                    | 41                    | 31                    | 32                    | 33                    | 34                    | 35                    | 36                    | 37                    | 38                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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.) |
|---------------|-----------------------|----------------|---------|-------------------------------|
|               |                       |                |         |                               |
|               |                       |                |         |                               |
|               |                       |                |         |                               |
|               |                       |                |         |                               |



# Dicas para a Gestante

Conheça aqui o que normalmente é pedido pela maternidade no ato da internação.

## Documentos pessoais:

- RG e CPF da paciente e do responsável;
- Cartão da gestante;
- Carteirinha Unimed;
- Autorização ou senha do convênio (conforme o caso);
- Exames realizados;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

## Roupas e acessórios para a mãe:

- 4 camisolas (com abertura na frente, para facilitar a amamentação);
- Sutiãs (três ou mais com bom suporte e abertura para amamentação);
- Calcinhas;
- Roupão e chinelos;
- Itens pessoais e de toalete;
- Uma roupa para retornar para casa. Deve ser solta e confortável;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

## Roupas e acessórios para o bebê:

- 6 conjuntos de pagão ou body;
- 2 mantas;
- 6 macacões com abotoamento frontal, adequados ao clima;
- 6 calças com pezinho ("mijão");
- 6 pares de meia;
- Estojo de pente e escova para recém-nascido;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

## ATENÇÃO

As roupas do bebê deverão ser de acordo com o clima, lavadas com sabão neutro (líquido ou em pedra) e passadas.



**Unimed** 

