

Cartão da Gestante

Nome

Endereço

Bairro Município UF

Telefone

Unimed

Registro ANS

Agendamento

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 37ª e a 42ª 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 obstetria com acomodação enfermaria, 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 com o Disque ANS 0800 701 9656.

Fonte: ANS

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.



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;

- _____
- _____
- _____



Exames	Estado civil:		Idade:	Malária (somente para região Amazônica)	
	Data	Resultado		Homozigose	Heterzigose
ABO-RH					
Toxoplasmose					
HBsAg (1º e 3º trim.)					
Glicemia de jejum					
TOTG (2h/75g)					
Anti-HIV					
HB/Ht					
VDRL					
Úrina-EAS					
Úrina cultura					
Coombs indireto					
Outros					
Eletrforese de hemoglobina					
Teste rápido					
Sífilis					
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

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Data					
Queixa					
IG semanas					
Peso (Kg) / IMC					
Edema					
Pressão arterial (mmHG)					
Altura uterina (cm)					
Apresentação fetal					
BCF / Mov. fetal					
Toque, se indicado					

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

Consulta odontológica

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

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)

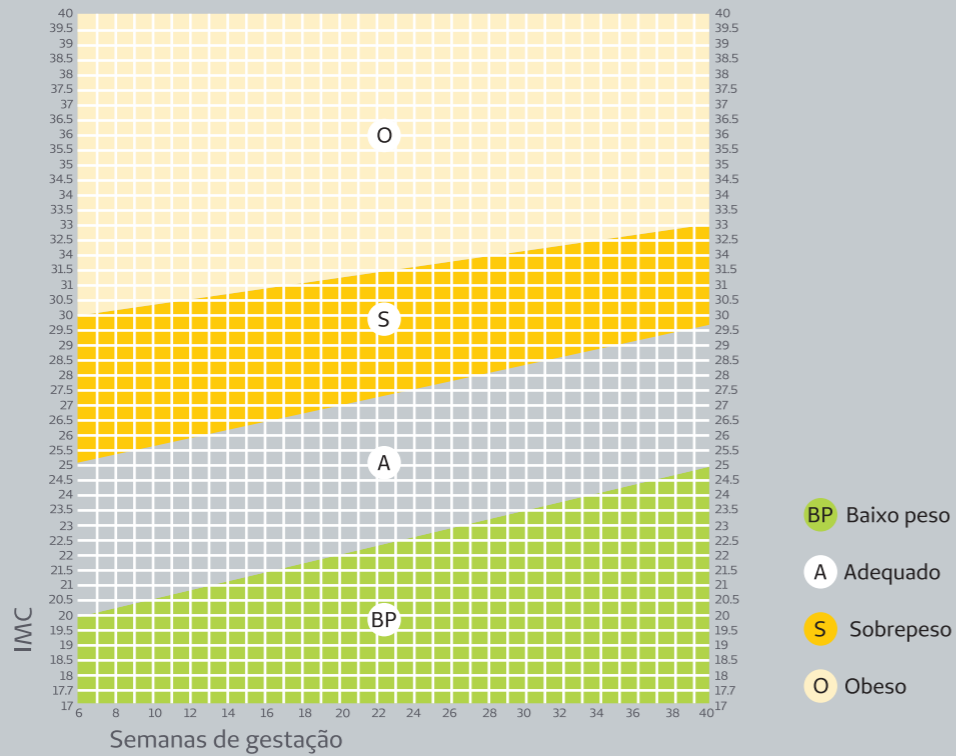
Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

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

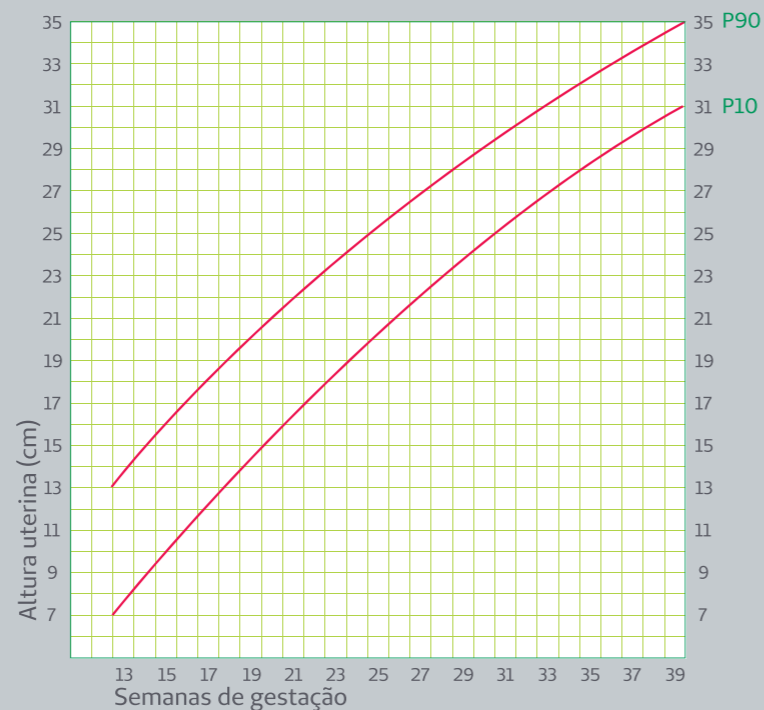
Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

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

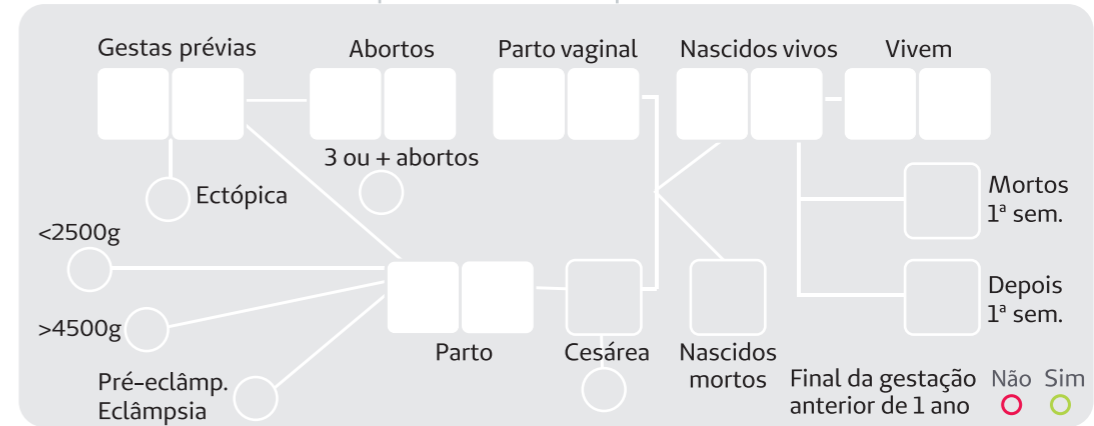
Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina / idade gestacional



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



Antecedentes clínicos

	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cir. pelv. uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Gestação atual

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

Vacina antitetânica

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

Hepatite B Imunizada

	<input type="radio"/>
1ª dose	/ /
2ª dose	/ /
3ª dose	/ /
Influenza	/ /
Difteria	/ /
Tétano	/ /

Cartão da Gestante

Veja abaixo as especificações técnicas:

CAPA

FORMATO FECHADO: 148 x 210mm

FORMATO ABERTO: 296 x 210mm

CORES: 4 X 4

IMPRESSÃO: Offset

PAPEL: Alta Alvura 180g/m²

ACABAMENTO: 1 dobra e refile e lombada canoa com 2 grampos

MIOLO

FORMATO FECHADO: 148 x 210mm

FORMATO ABERTO: 296 x 210mm

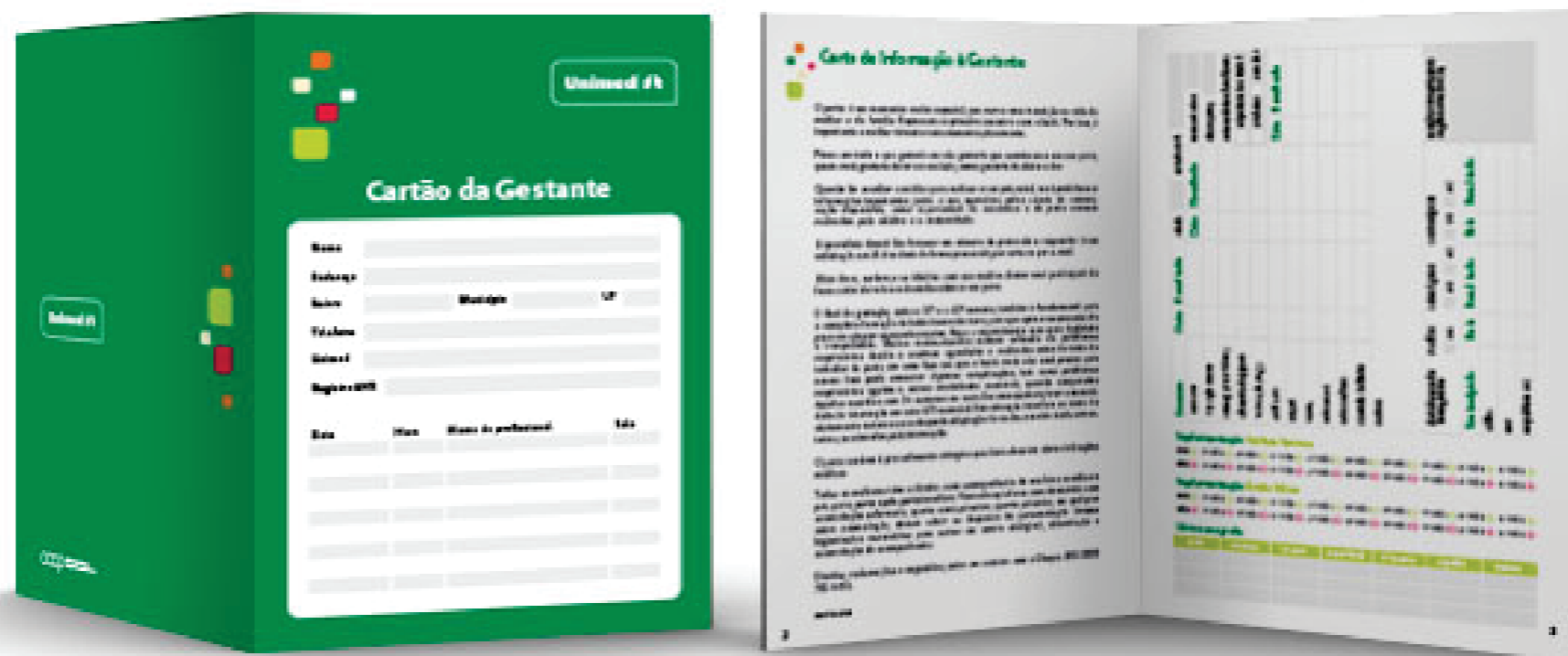
CORES: 4 X 4

IMPRESSÃO: Offset

PAPEL: Alta Alvura 120g/m²

ACABAMENTO: 1 dobra e refile

LÂMINAS: 2 lâminas frente e verso (8 páginas)



Exemplo de simulação.