CARTÃO DA

Gestante

Trasmontano
Saúde

A **saúde do seu bebê**, depende do pré-natal. Prevenção e carinho é um gesto de amor.

É um prazer estar ao seu lado nesse período tão único e especial.

Identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (__) _____ Celular: (__) _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		

Informações

DUM ___/___/___

DPP ___/___/___

DPP (USG) ___/___/___

Tipo de Gravidez

☐ Única

☐ Gemelar

☐ Tripla ou mais

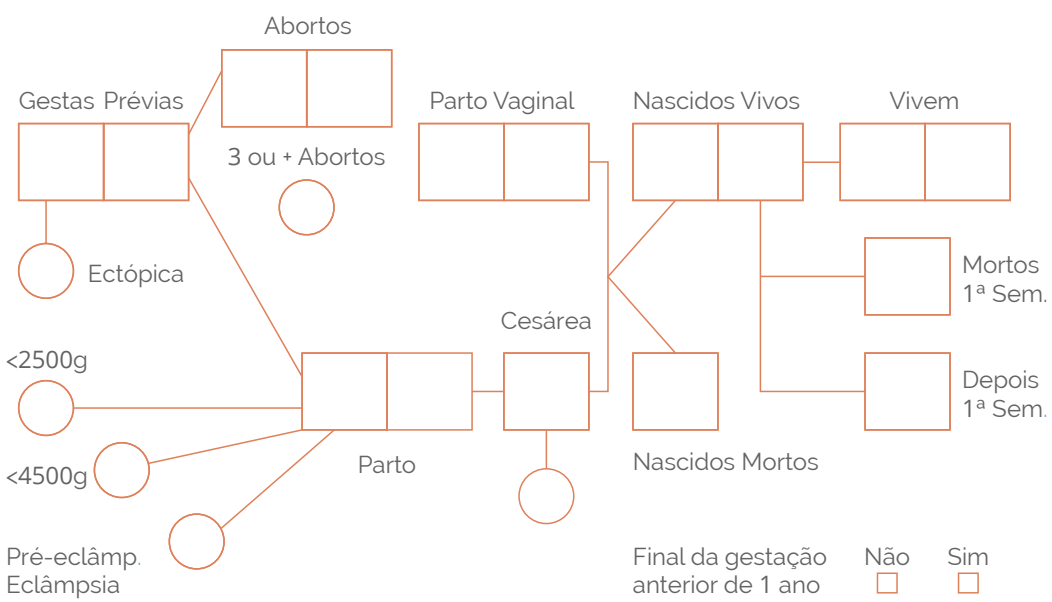
☐ Ignorada

Planejada

☐ Não ☐ Sim

Riscos

☐ Habitual ☐ Alto Risco



Final da gestação anterior de 1 ano Não ☐ Sim ☐

	Não	Sim
Diabetes	☐	☐
Infecção Urinária	☐	☐
Infertilidade	☐	☐
Tromboembolismo	☐	☐
Hipertensão Arterial	☐	☐

Antecedentes Clínicos	Não	Sim
Cir. pelv. uterina	☐	☐
Outros	☐	☐
_____		
_____		
_____		

Gestação Atual

	Não	Sim
Fumo (nº de cigarros)	☐	☐
Álcool	☐	☐
Outras Drogas	☐	☐
Violência Doméstica	☐	☐
HIV/Aids	☐	☐
Sífilis	☐	☐
Toxoplasmose	☐	☐
Infecção urinário	☐	☐
Anemia	☐	☐
Inc. Istmocervical	☐	☐
Ameaço parto premat.	☐	☐
Isoimunização Rh	☐	☐

	Não	Sim
Oligo/polidrâmio	☐	☐
Rut. prem. membrana	☐	☐
CIUR	☐	☐
Pós-datismo	☐	☐
Hipertensão Arterial	☐	☐
Pré-eclâmpia/eclâmp.	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐
Diabetes gestacional	☐	☐
Uso de insulina	☐	☐
Hemorragia 1º trim.	☐	☐
Hemorragia 2º trim.	☐	☐
Hemorragia 3º trim.	☐	☐

Vacina Antitetânica

Sem informação de imunização ☐

Imunizada há menos de 5 anos ☐

Imunizada há mais de 5 anos ☐

1ª Dose ___/___/___ 3ª Dose ___/___/___

2ª Dose ___/___/___ Reforço ___/___/___

Coqueluche (dTpa) ___/___/___

Hepatite B Imunizada ☐

1ª Dose ___/___/___

2ª Dose ___/___/___

3ª Dose ___/___/___

Influenza ___/___/___

Difteria ___/___/___

Tétano ___/___/___

Exames	Data	Resultado	Idade: ____	Estado Civil: _____
ABO-RH	__/__/__	_____	**Data**	**Resultado**
Toxoplasmose	__/__/__	_____	__/__/__	_____
HBsAg (1º a 3º trimestre)	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Glicemia de Jejum	__/__/__	_____	__/__/__	_____
TOTG (2h/75g)	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Anti-HIV	__/__/__	_____	__/__/__	_____
HB/Ht	__/__/__	_____	__/__/__	_____
VDRL	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Urina-EAS	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Urina Cultura	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Coombs Indireto	__/__/__	_____	__/__/__	_____

Peso Anterior:

Altura (cm):

Antecedentes Familiares:

☐ Hipertensão Arterial

☐ Diabetes ☐ Gemelar

Data	Resultado
__/__/__	_____
__/__/__	_____
__/__/__	_____
__/__/__	_____
__/__/__	_____

Outros

Eletroforese de Hemoglobina	Padrão	Heterzigose	Homozigoze	
	☐ AA	☐ AS ☐ AC	☐ SS ☐ AC	
Teste Rápido	**Data**	**Resultado**	**Data**	**Resultado**
Sífilis	__/__/__	_____	__/__/__	_____
HIV	__/__/__	_____	__/__/__	_____
Hepatite B e C	__/__/__	_____	__/__/__	_____

Malária (somente para região Amazônica)

_____

_____

_____

_____

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 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 ☐

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Queixa												
IG Semanas												
Peso (kg) / IMC												
Edema												
Pressão Arterial (mmHG)												
Altura Uterina (cm)												
Apresentação Fetal												
BCF / Mov. Fetal												
Toque, se indicado												

Obs., diagnóstico e conduta

Assinatura

Atividades educativas

☐ Sim ☐ Não

Data / /

Data / /

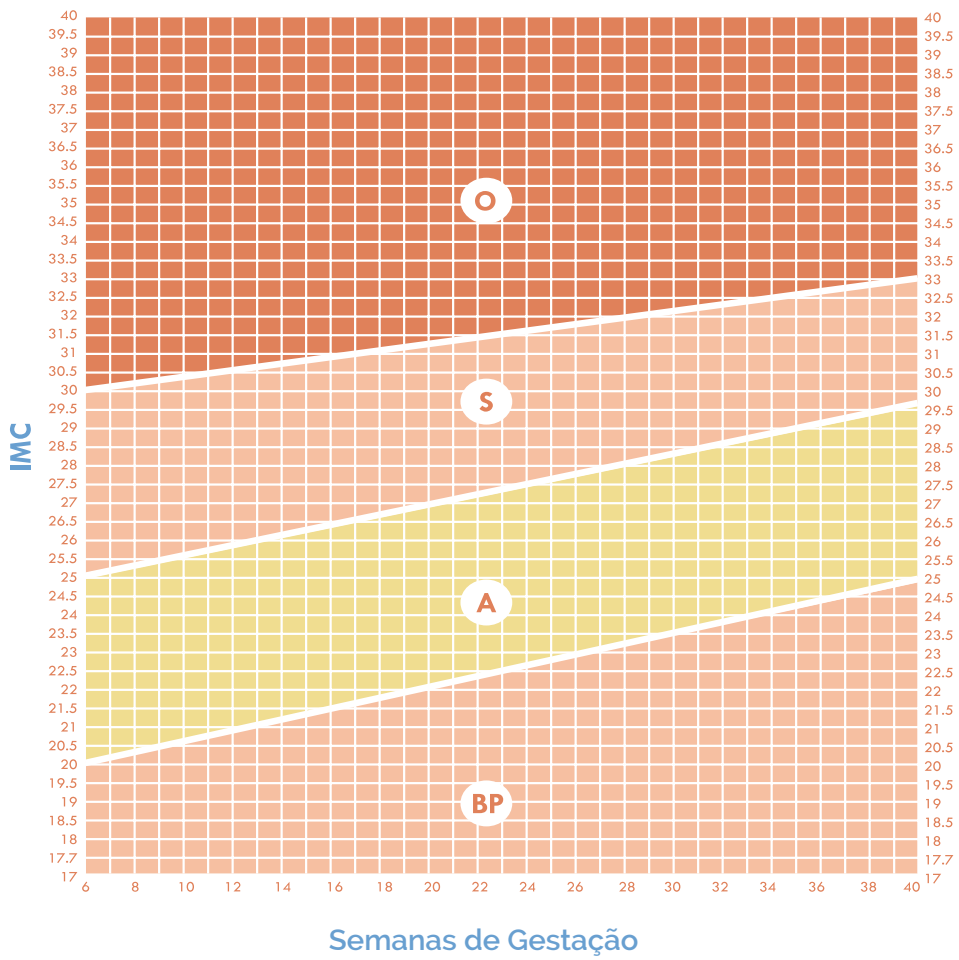
Data / /

Visitou à maternidade

☐ Sim ☐ Não

Data / /

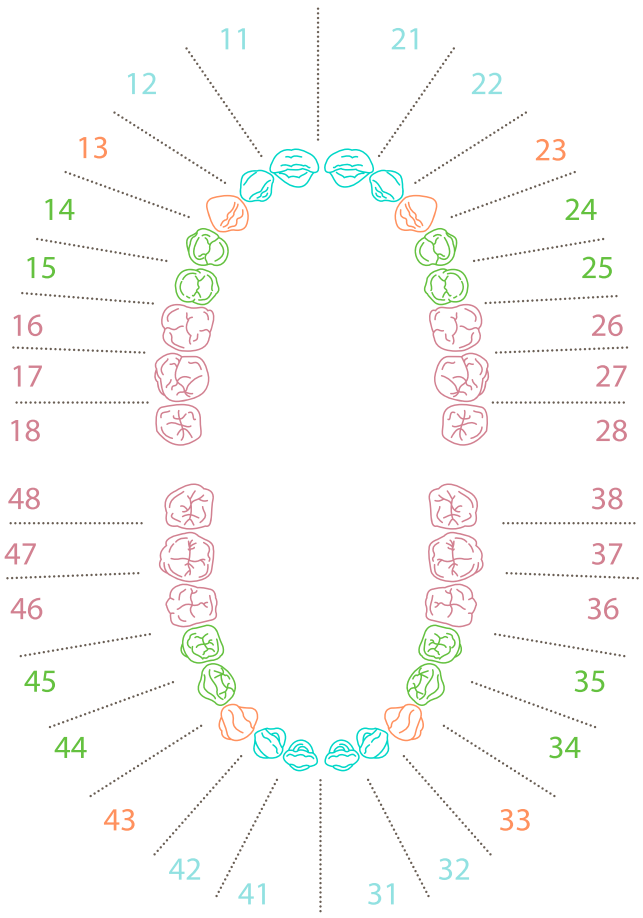
Curva de altura uterina / idade gestacional



BP Baixo peso A Adequado S Sobrepeso O Obesa

Curva de altura uterina / idade gestacional

Consulta Odontológica

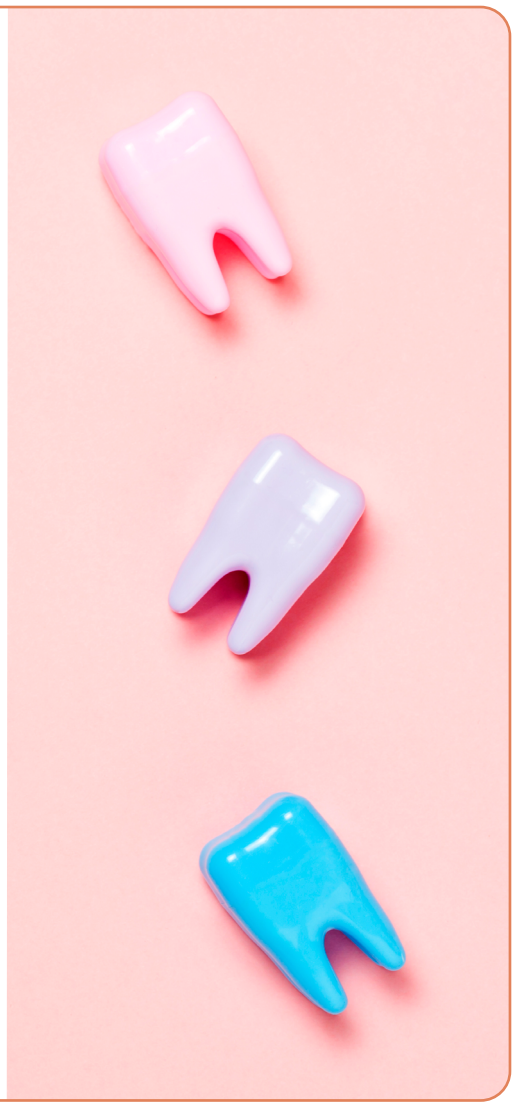


Gengivite/periodontite

☐ Não ☐ Sim Data: ___/___/___

Legenda

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



Plano de Tratamento (por consulta)

_____

_____

_____

Tratamento Realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos Realizados	Assinatura CD
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			

Necessidade de Encaminhamento para Referência (cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento	Encaminhado	Retorno	Cuidador

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 obstetrícia 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**

Central de Atendimento

11 3115 515
Ramais 1688 • 1195

Emergências Médicas

11 2632 5555
São Paulo

0800 770 4412
Litoral

meu bebê

trasmontano.com.br

Trasmontano Saúde

ANS - nº 30362-3