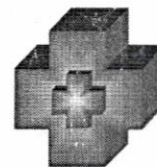




MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



REQUISIÇÃO INTERNA Nº 484/2015 – SMS

COPAM-RECEBIDO

16 / 03 / 15
ASS.: [Signature] 16:15

ÓRGÃO.....: 12 – Secretaria Municipal da Saúde

UNIDADE.....: 02– Coord. Do Fundo Municipal de Saúde – UNIÃO

AÇÃO.....: 2.123 – Piso da Atenção Básica Fixo (SMS)

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.39.63.0000 - SERVIÇOS GRÁFICOS - 6576

CÓDIGO PRODUTO	QUANTIDADE	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
2052	1.00	Bloco	Prontuário de acompanhamento de Gestação, tamanho A4, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão 1°, 2°, 3° via frente e verso (1 x 1), 4° via frente (1 x 0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	

DESTINO...: Para uso da Secretaria Municipal da Saúde.

CREDOR...:

Declaro que a ação de despesa requisitada está prevista no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentária, com saldo de dotação na natureza de despesa no Orçamento do Órgão, bem como devidamente classificada, conforme codificação específica no SIAPC.

IJUÍ-RS, 09 de março de 2015

[Signature]
Márcia Elisa Basso Boniatti
Matrícula 21307-12
Requisitante

[Signature]
Alexandra de Freitas Lentz
CPF: 883.613.300-20
Secretária Municipal de Saúde

Observações:	<input checked="" type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <u>[Signature]</u> Fioravante Batista Ballin Prefeito	COPAM Modalidade: _____ Data: ____/____/____ <u>[Signature]</u> Município de Ijuí - Poder Executivo Walter J. S. Arbo Secretário Adjunto da Fazenda Walter Arbo Secretário Adjunto da Fazenda
--------------	--	--

Req: 555/2015

Proc. 896/2015

T.P. 13/2015

250

PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

FOLHA 1

Nº SISPRENATAL WEB :			Data:		
1. Município de atendimento IJUI		2. Código do IBGE 4310207		3. Sigla da UF RS	
4. Nome do Estabelecimento de Saúde		5. Código CNES		6. Nº área	7. Nº Microárea
8. Nome do profissional CBO				9. Cartão Nacional do SUS – CNS profissional	
10. Estabelecimento do parto: HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI				11. CNES 2261057	

12. Cartão Nacional do SUS – CNS da gestante			13. Nº Inscrição social – NIS		
14. Nome da Gestante			15. Data de Nascimento		
16. Nome da Mãe da Gestante			17. Idade		
18. Nome: Representante Familiar (se menor incapaz)			19. Nº NIS		
20. Município de Residência: IJUI			21. UF RS	22. Código IBGE 4310207	
23. Logradouro (Rua/Avenida)			24. Bairro:		
25. Nº	26. Complemento	27. Ponto de Referência	28. CEP		
29. Zona: () 1- Urbana 2-Rural 3 Periurbana 9- Ignorado		30. Nacionalidade: () 1 – brasileira / 2- estrangeira	31. Reside no Brasil: () 1 sim / 2 não		
32. Telefone:	33. Cor/Raça informada ()	34. Escolaridade ()	35. Situação Familiar: ()		
36. Estado Civil ()	37. Trabalha fora de casa:	38. Ocupação:			
39. Realiza esforço físico:		40. Tem contato com produtos químicos:			
DOCUMENTOS					
41. IDENTIDADE	42. DATA DE EMISSÃO	43. ÓRGÃO EMISSOR	44. UF	45. CPF:	

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE					
CONSULTA: PRÉ-NATAL: 1º TRIMESTRE () 2º TRIMESTRE () 3º TRIMESTRE () PUERPÉRIO: ()					
GRAVIDEZ/GESTAÇÃO ATUAL					
46. DUM: / /		47. DPP: / /		48.. IG estimada semanas/dias se DUM ignorada	
49. Tipo de gravidez: () Única () Gemelar () Tripla ou mais () Ignorada				50. Gravidez planejada: Sim () Não ()	
51. Precisa auxílio deslocamento: Sim () Não ()			52. IG (semanas/dias p/ ultrassom):		
53. Data Ultrassom:	54. Atendimento odontológico: () sim () não Data: / /		55. Participou em atividade educativa? Datas:		
56. ANTECEDENTES					
EXAME FÍSICO					
Peso: _____ kg Estatura: _____ cm IMC: _____ PA: _____ x _____ mmHg					
IG: _____ Altura uterina: _____ cm BCF: _____ bpm Movimento fetal: _____					
Ex. clínico: Normal () Sim () Não Ginecológico: Normal () Sim () Não Mamas: Normal () Sim () Não					
Achados anormais: _____					
Obstétricos					
Nº de partos:	Vaginal:	Fórceps:	Cesárea:		
Nº de abortos:	Molar:	Ectópico:	Ignorado:		
Nascidos vivos:	Quantos vivem:	Recém-Nascidos da última gestação:			
Intervalo gestação/parto:	Amamentou: Sim () Tempo _____	Peso ao nascer:		IG:	
	Não () Motivo: _____	Peso ao nascer:		IG:	
Óbito: () sim () não	Mortos na 1ª semana ()	Mortos após 1ª semana ()	Nascidos mortos ()		

Ginecológicos

Menarca: _____ anos/ Ciclo menstrual: duração: _____ Intervalo: _____ Regularidade: sim () não ()

Dismenorréia: Sim () Não ()

Início atividade sexual: _____ anos N° parceiros no último ano: 1 () 2 () 3 () 4 ou mais ()

Uso de métodos contraceptivos: Sim () Não () Tipo: _____

() Diabetes () Hipertensão Arterial () Gemelaridade () Má Formação () Outros: _____

Clínicos

() Cardiopatia () Eclâmpsia () Pré-Eclâmpsia () Diabetes () Hipertensão () Tromboembolismo

() Doença mental () Infecção urinária () Infertilidade () Cirurgia pélvica/uterina () Má-formaCVção () HIV/AIDS

() DST () Outras – qual: _____

GESTACÃO ATUAL - Avaliação de Riscos Gravidicos Potenciais() Trabalho de Parto Prematuro () Isoimunização RH () Oligo/polidrâmnio () Álcool () Cardiopatia
() Rotura Prematura de Membranas () Incontinência Istmo-Cervical () HIV/AIDS () Cigarros () Drogas
() CIUR () Pré-Eclâmpsia () Eclâmpsia () Violência Doméstica () Hemorragia 1º trim. () Pós-Datismo
() Hemorragia 2º trim. () Hemorragia 3º trim. () Hipertensão em uso de medicamento () Abortos
() Natimorto () Diabética () Idade < 16 anos () Idade > 40 anos () Altura < 145 cm () Peso < 45 kg
() Peso > 90 kg () Grande múltipara () Outros: _____

() Infecção urinária. Agendar consulta: Data: _____ Est. Saúde: _____ CNES: _____

() Diabetes gestacional () Se sim: Insulina () Agendar consulta? Data: _____ Est. Saúde: _____

CNES: _____

SITUAÇÃO VACINAL**Antitetânica:**

() Não vacinada () Imunizada a menos de 5 anos () Imunizada a mais de 5 anos () Vacinação incompleta

() Ignorado Informa Dose: _____

1ª _____ / _____ / _____ 2ª _____ / _____ / _____ 3ª _____ / _____ / _____ Reforço _____ / _____ / _____

Hepatite B:

() Sim () Não () Ignorado

Informa Dose: 1ª _____ / _____ / _____ 2ª _____ / _____ / _____ 3ª _____ / _____ / _____

Influenza: () Sim () Não () Ignorado Data: _____ / _____ / _____**dTpa: Triplice bacteriana acelular:** _____ / _____ / _____Participação em atividade educativa () Sim – Data: _____ / _____ / _____
() Não**Realizou visita à maternidade:** ()

(1) Sim – Data: _____ / _____ / _____

(2) Não

GESTACÃO ATUAL**Queixas:** () Hiperemese gravídica () Dor em baixo-ventre () Alterações urinárias () Sangramento () Leucorréia

Pretende amamentar? () Sim () Não Motivo: _____

EXAMES SOLICITADOS() ABO () RH () VDRL () EQU () UROCULTURA () GLICEMIA () HEMOGRAMA () HIV () HBsAg
() TOXOPLASMOSE IgG () TOXOPLASMOSE IgM () OUTROS: _____
() ULTRASSONOGRAFIA 1º TRIM.**SUPLEMENTAÇÃO**

() Ácido Fólico 5 mg: _____

() Sulfato Ferroso 40 mg: _____

() Outros: _____

RISCO GESTACIONAL

Risco Gestacional: () sim () não () Baixo/ Habitual () Alto () Não informado () Ignorado

Agendamento Prioritário: () sim () não

Unidade de Pré-Natal de Alto Risco: _____

CNES: _____

***Observar Quadro de Risco Gestacional e Classificação da Gestante**

Parecer e conduta: _____

Responsáveis pelo atendimento: _____ () Enfermeiro () Médico

Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: _____

PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

Exames: Gestante: ABO: _____ () RH + () RH - Sensibilizada () Sim () Não Coombs Indireto: _____

Pai: ABO: _____ () RH+ () RH- Transfusão: () Sim () Não Rhogan () Sim () Não IG: _____

	Rastreamento	Data solicitação	Data do resultado	Resultado	Conduta
Teste rápido	GRAVIDEZ				
	HIV			() NR () R	
	SÍFILIS			() NR () R	
	HCV			() NR () R	
	HBsAG			() NR () R	
	PROTEINÚRIA			() NR () R	
1º Trimestre	VDRL (Sorol. Sífilis)			() NR () R Titulação: _____	Tratado: Gestante () Sim () Não Parceiro: () Sim () Não
	Hg / Ht			Valor: _____ Anemia () N () S	
	HBsAg			() Negativo () Positivo	
	EQU			() Normal () Alterada: _____	
	Urocultura			() Neg () Positiva: _____	
	Glicemia			Valor: _____ () N () Alterada >= 90 mg%	
	TOXOP. IgG			Valor: _____ () Neg () Post.	
	TOXOP. IgM			Valor: _____ () Neg () Post.	
	HIV			() NR () R	
2º trimestre	EQU			() Normal () Alterada: _____	
	Urocultura			() Neg () Positiva: _____	
	Glicemia			Valor: _____ () N () Alterada >= 90 mg%	
3ª Trimestre	VDRL (Sorol. Sífilis)			() NR () R Titulação: _____	Tratado: Gestante () Sim () Não Parceiro: () Sim () Não
	HIV			() NR () R	
	EQU			() Normal () Alterada: _____	
	Urocultura			() Neg () Positiva: _____	
	Glicemia			Valor: _____ () N () Alterada >= 90 mg%	
	Pesquisa Strepto			() Neg () Positiva: _____	
Outros	TOTG 75 g			() Normal () Alterada	
	Colpocitologia			() Normal () Alterada	

Ultrassonografia:

Trimestre	Data	Tipo	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido ILA	Observações
1º								
2º								
3º								
Outros								

PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

Consulta Puerpério Data: _____ Hora: _____

DADOS DO PARTO:

Data do parto: _____ / _____ / 20_____

Idade Gestacional: _____

Ocorrência de Óbito? () Sim () Não Tipo de óbito: () Ambos () Fetal () Materno

Tipo: () Vaginal () Cesárea () Fórceps () Episiotomia

Local de ocorrência: () Centro de Parto () Domicílio () Hospital () Outro estabelecimento do SUS () Outros

Estabelecimento do Parto / CNES: Hospital de Caridade de Ijuí - 2261057

Justificativa: _____

Teve a presença de acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto: () Sim () Não

Condições Clínicas: () Febre não relacionada com a amamentação () Hemorragia

() Infecção cirúrgica () Problemas com as mamas

DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

Nascimento: () Vivo () Natimorto Sexo: () Masculino () Feminino

Condição: () A termo () Pré-Termo () Pós-Termo Idade Gestacional: _____ semanas

Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Teve alta hospitalar junto com a mãe? () Sim () Não Motivo: _____

Alimentação: () Aleitamento Materno Exclusivo () Misto () Fórmula Láctea

Observação: _____

GEMELAR:

Nascimento: () Vivo () Natimorto Sexo: () Masculino () Feminino

Condição: () A termo () Pré-Termo () Pós-Termo Idade Gestacional: _____ semanas

Peso nascimento: _____ kg Apgar 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Teve alta hospitalar junto com a mãe? () Sim () Não Motivo: _____

Alimentação: () Aleitamento Materno Exclusivo () Misto () Fórmula Láctea

Observação: _____

PUÉRPERA:

Exame físico: Puerpério: () Até 7 dias () 8 a 30 dias () 31 a 42 dias

Queixas: () Dor em baixo-ventre () Alterações urinárias () Sangramento () Leucorréia () Outras: _____

Amamentação: () Sim () Não motivo: _____

Avaliação mamas: () Normais () Mamilo invertido () Fissuras () Mamas ingurgitadas () Mastite

Exame clínico: Normal: () Sim () Não Ginecológico: Normal () Sim () Não

Achados anormais: _____

Orientação / prescrição de anticoncepção: () Não () Sim Método: _____

Tipo: () Barreira () Hormonal-oral () Hormonal-injetável () Natural

AVALIAÇÃO GERAL:

Cuidados especiais: _____

Problemas emocionais: _____

Encaminhamentos: _____

Parecer e conduta: _____

Responsáveis consulta puerperal:

Atendimento _____

Digitação: _____

INTERRUPÇÃO DE ACOMPANHAMENTO (DESFECHO) Data: _____ / _____ / _____

Motivo: () Abandono () Abortamento () Cadastro duplo () Optou por convenio particular () Óbito materno () Mudança de município () Outros motivos: _____

Data: _____ / _____ / _____ Responsável: _____ () Enfermeiro () Médico

Justificativa: _____

PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

CONSULTAS	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a
Data do atendimento	/ / 20	/ / 20	/ / 20	/ / 20	/ / 20	/ / 20
Idade Gestacional (sem)						
Peso (Kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
BCF						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Edema						
Intercorrências / observações						
Diagnósticos						
Conduta						
Ex. solicitados 1. Rotina pré-natal 2. Outros (qual)						
Risco gestacional / Encaminhado ao Alto Risco	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não
Observações						
Profissional (assinatura e carimbo)						
Digitado por						

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura²

** Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional

PRONTUÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

CONSULTAS	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª
Data do atendimento	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___	___/___/20___
Idade Gestacional (sem)						
Peso (Kg)						
IMC*						
Pressão Arterial (mmHg)						
Altura Uterina (cm)						
BCF						
Movimento Fetal						
Apresentação Fetal						
Edema						
Intercorrências / observações						
Diagnósticos						
Conduta						
Ex. solicitados						
1. Rotina pré-natal						
2. Outros (qual)						
Risco gestacional / Encaminhado ao Alto Risco	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não	() Sim () Não () Ign. () Sim () Não
Observações						
Profissional (assinatura e carimbo)						
Digitado por						

*IMC = Índice de Massa Corpórea = Peso/Altura³

** Para classificar Risco Gestacional ver Quadro de Risco Gestacional

