

CARTÃO DA GESTANTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

Aprovado como anexo à Cartilha da Gestante São Paulo 2017

Número do cartão SUS _____ Número Sisprenatal _____

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) /opcional: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

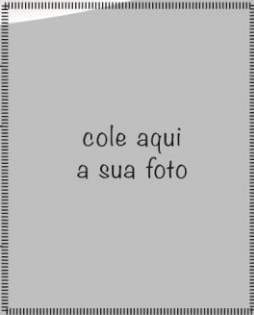
e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome _____

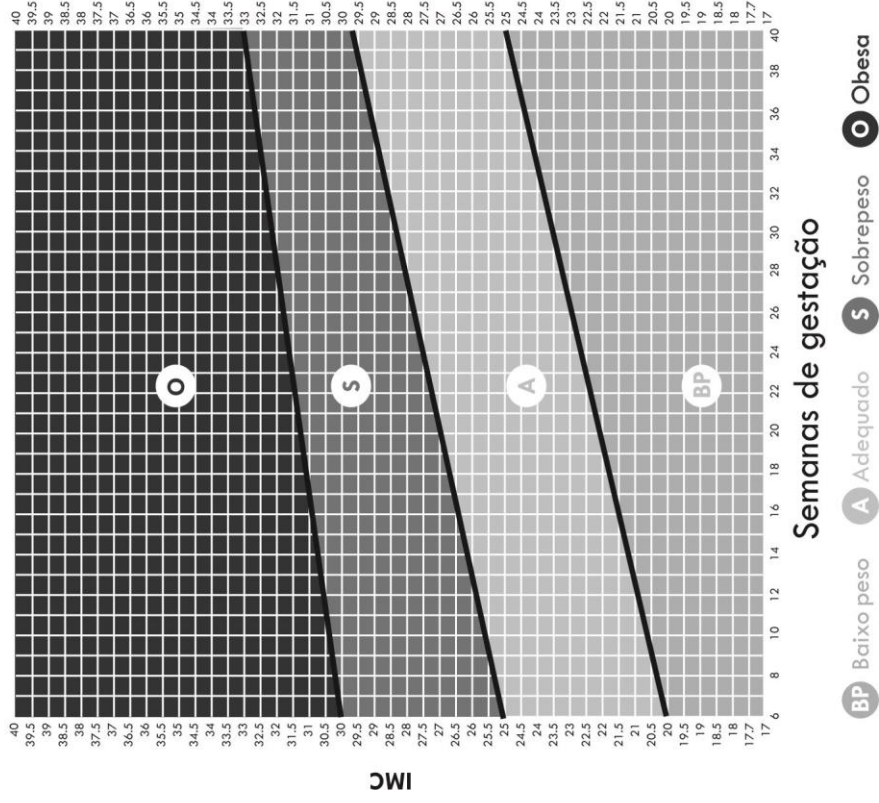
Telefone: _____

Pai do bebê
 Minha mãe
 Vizinha
 Outros

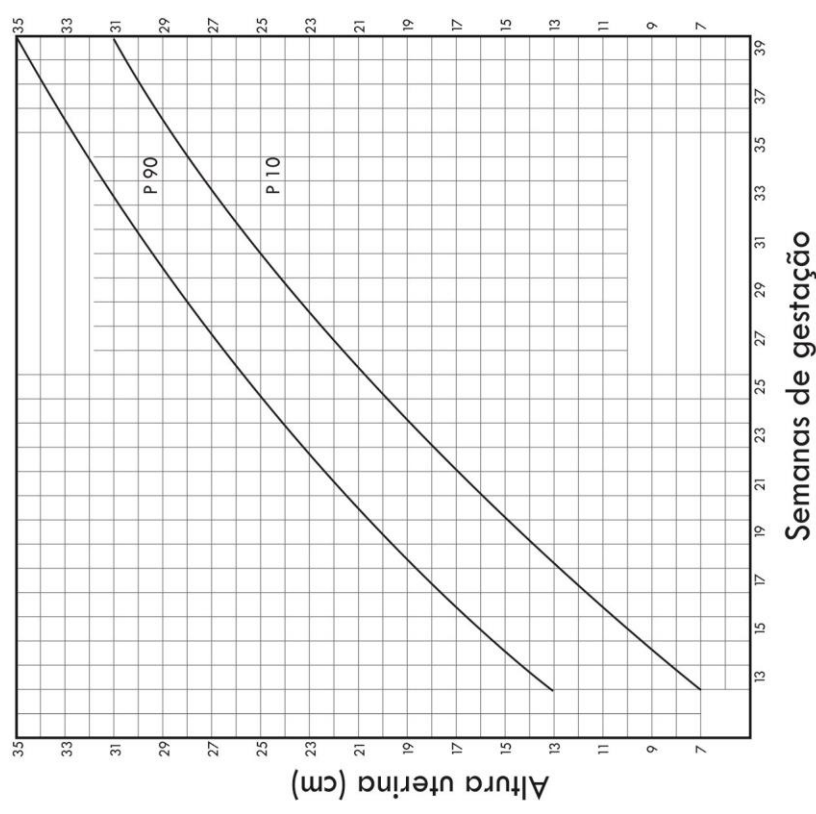


Caso eu perca esta caderneta e você a encontre, por favor me telefone.
 Ela é muito importante para mim e para meu bebê.

Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina/idade gestacional



Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Instrução: Nenhuma Prim. Secund. Univ.

Idade: _____ anos
 <15 anos >35 anos

Estado civil/união: Casada Solteira Estável Outro

Peso anterior: _____

Altura: _____ cm

Exames

Exame	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de jejum		
Tolerância à glicose (teste oral)		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV / Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B e C (teste rápido)		
HBsAg (1º e 3º trimestre)		
Toxoplasmose		
Hemoglobina Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-cultura		
Coombs indireto		
Outros		
Outros		

Antecedentes familiares: NÃO SIM SIM

Diabetes Hipertensão arterial Gemelar outros

Eletrforese de hemoglobina

Padrão AA Heterozigose AS AC Outros

Homozigose SS SC Outros

Malária* Neg. Pos.

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º

*Somente para gestantes da Região Amazônica.

Suplementação

Sulfato ferroso: SIM NÃO

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

Ácido fólico: SIM 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
/ /						
/ /						
/ /						

DUM / /

DPP / /

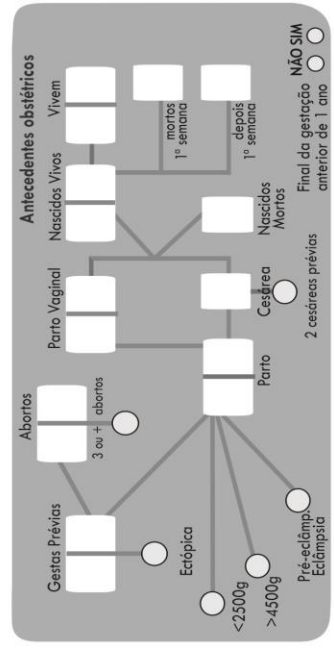
DPP eco / /

Tipo de gravidez

Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada

Gravidez Alto risco Gravidez planejada NÃO SIM

Risco habitual



Antecedentes clínicos

Diabetes Infecção Urinária Infertilidade

NÃO SIM

Cardiopatía Tromboembolismo Hipertensão arterial outros

Antecedentes clínicos

Cir. pelv. uterina outros

Gestação atual

Fumo (nº de cigarros) NÃO SIM

Alcool Inc. Istmocervical

Outras drogas Ameaça de parto premat.

Violência doméstica Isomunização Rh HIV / Aids Sifilis Toxoplasmose Infecção urinária

Hipertensão arterial Pré-eclâmpsia / eclâmp. Cardiopatía 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

Informe: / / / / / /

1º dose / / / / / / / / / /

2º dose / / / / / / / / / /

3º dose / / / / / / / / / /

Reforço / / / / / / / / / /

Hepatite B

Informe: / / / / / / / / / /

1º dose / / / / / / / / / /

2º dose / / / / / / / / / /

3º dose / / / / / / / / / /

Reforço / / / / / / / / / /

Hepatite B Imunizada

Influenza

Informe: / / / / / / / / / /

1º dose / / / / / / / / / /

2º dose / / / / / / / / / /

3º dose / / / / / / / / / /

Reforço / / / / / / / / / /

Influenza Informe: / / / / / / / / / /

Informe: / / / / / / / / / /

1º dose / / / / / / / / / /

2º dose / / / / / / / / / /

3º dose / / / / / / / / / /

Reforço / / / / / / / / / /

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.)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	