

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS DA GESTANTE

Nome da Gestante: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____
Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____
Gp. Sang.: _____ Fator RH: _____ Ant. Obsté.: _____ G _____ PN _____ C _____ A _____

DADOS DA GESTAÇÃO

D.U.M.: _____ D.P.P.: _____ IG: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - DOENÇAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO ATUAL

Motivo (conforme Linha Guia - 7ª Edição)	Justificativa
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial em tratamento	
<input type="checkbox"/> Dependência de drogas ilícitas	
<input type="checkbox"/> Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento	
<input type="checkbox"/> Pneumopatias em tratamento	
<input type="checkbox"/> Nefropatias em tratamento e/ou acompanhamento	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo	
<input type="checkbox"/> Má-formação útero/vaginal	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação)	
<input type="checkbox"/> Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local, doenças periodontal e seu impacto na gestação)	
<input type="checkbox"/> Doenças autoimunes	
<input type="checkbox"/> Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação)	
<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento)	
<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Obesidade mórbida (IMC >40kg/m ²)	
<input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório)	
<input type="checkbox"/> Psicose e depressão grave	
<input type="checkbox"/> Dependência de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal	

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

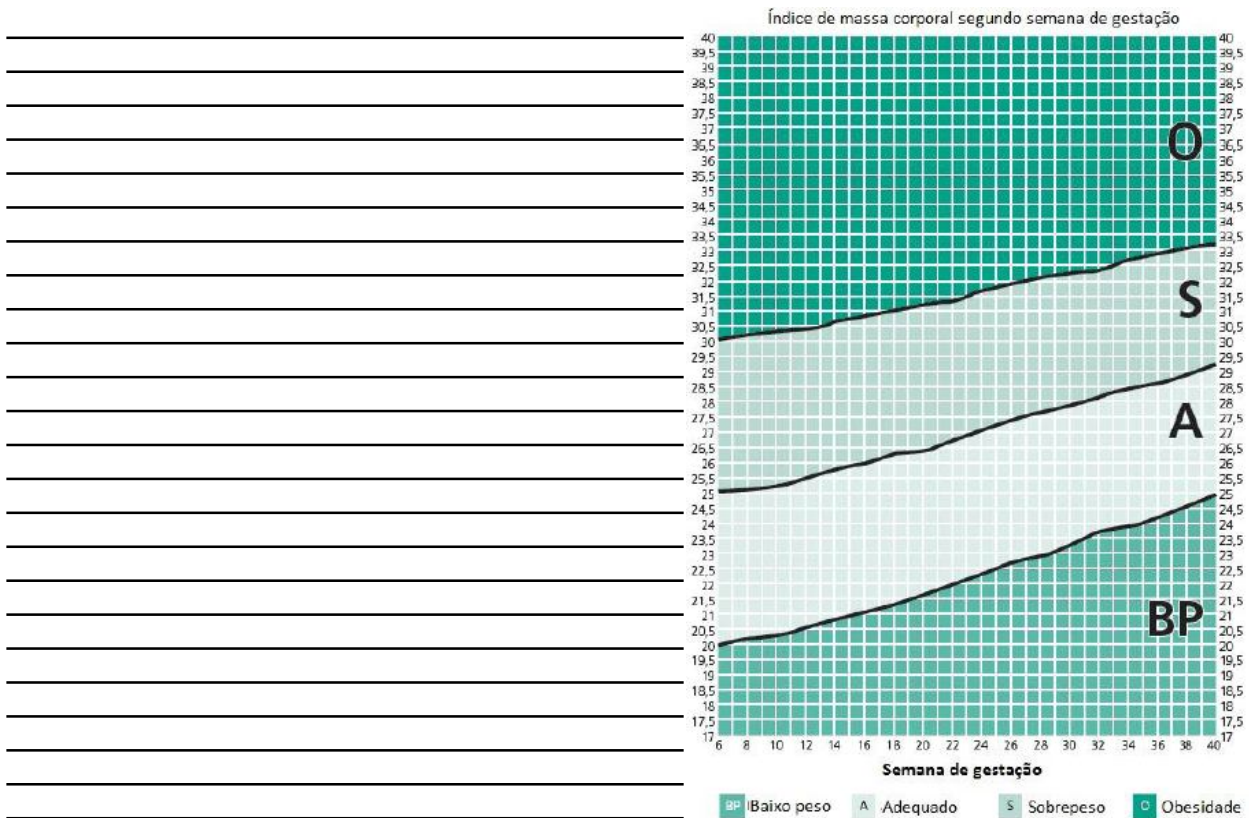
Motivo (conforme Linha Guia - 7ª Edição)	Justificativa
<input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas	
<input type="checkbox"/> Síndrome Hipertensiva na gestação atual	
<input type="checkbox"/> Gestação gemelar	
<input type="checkbox"/> Isoimunização Rh (Coombs indireto +)	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus gestacional (2 x Jejum >92mg/dl e/ou Pós-Prandial de 2 horas >200 mg/dl)	

() Retardo do Crescimento intraútero (peso fetal estimado)

- () Trabalho de parto prematuro
- () Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas de gestação)
- () Placenta prévia
- () Sangramento de origem uterina
- () Má-formação fetal
- () Mudança abrupta na curva de IMC

HISTÓRIA PREGRESSA E SITUAÇÃO NUTRICIONAL DA GESTANTE

Descrever o resumo da história pregressa da gestação atual e anterior (se houver) informando dados relevantes, como tratamentos realizados e medicamentos utilizados. Anexar todos os exames realizados, independente do resultado e realizar a marcação no quadro ao lado sobre a situação nutricional da gestante.



Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____

