

2º RETORNO:

Queixa do atendimento anterior: _____ Melhora: () Sim () Não

EXAME FÍSICO/ OBSTÉTRICO

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ Mucosas: _____ Respiração: _____

Ausulta Pulmonar: _____ Ausulta Cardiovascular: _____ Edema: () não () sim Local: _____

Lesão de pele: () não () sim Local: _____ Outras alterações: _____

Medicações em uso: _____

Abdome: _____ Posição: _____ AU: _____ cm MF: _____ BCF: _____ bcf/min Contrações uterinas: _____

AO TOQUE: _____ Dilatação _____ cm Bolsa: _____ LA: _____

Sangramento vaginal: () ausente () presente Descrever: _____

Apresentação: () Cefálica () Pélvica () Córmica Altura da Apresentação: () Móvel () Fixa () Insinuada/De Lee: _____

Amnioscopia: () não realizada () realizada Exame Especular: () não realizado () realizado

Recebi orientações: _____ Nome/Carimbo: _____

BUSCA ATIVA DE 15 DIAS ____/____/____

Ocorreu nascimento: () Não () Sim Tipo de parto: _____

Condições do RN: _____

Local do nascimento: _____

AVALIAÇÃO E CONDUTA MÉDICA:

BUSCA ATIVA DE 15 DIAS ____/____/____

Ocorreu nascimento: () Não () Sim Tipo de parto: _____

Condições do RN: _____

Local do nascimento: _____



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA / SAE - ACOLHIMENTO

1- IDENTIFICAÇÃO

RH: _____ CNS: _____

Hospital: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome: _____ Idade: _____

Natural de: _____ Procedência / UBS: _____

Ocupação: _____ Telefone/celular: _____ Telefone de recado: _____

Estado Civil: () casada () solteira com união estável () solteira sem união estável () _____

Escolaridade: () fundamental () médio () superior Acompanhante: () não () sim _____

Parentesco: _____ Pertences: () não () sim Entregue: _____

2- ANAMNESE:

Queixa Principal / Duração: _____

Setor: _____ () cadeira de roda () maca () deambulando () transferida

Antecedentes familiares: () Hipertensão () Diabetes () Cardiopatias () Malformações () Tuberculose () Gemelar () Convulsões

() Outros: _____ () Nega patologias

Antecedentes pessoais: () Hipertensão () ITU () Diabetes () Cardiopatias () Malformações () Tuberculose () DST

() outras quais? _____

() Nega patologias () Cirurgias quais? _____ Alcoolismo: () Tabagismo: () quantos/dia: _____

() Outras drogas _____ **ALERGIA: () não () sim a que?:** _____

Antecedentes obstétricos: Gesta: _____ Para: PN ____PF ____PC ____ Aborto: ____ Filhos Vivos: ____ Natimorto: _____

Gemelar: () sim () não

Último parto: _____ Amamentou: () sim () não Tempo: _____ Intercorrências em gestações anteriores: _____

3- GESTAÇÃO ATUAL:

Pré-Natal: () não () sim N° Consultas: _____ DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ Idade gestacional (DUM): _____

IG (1° US) _____ data: ____/____/____ Intercorrências: () Hipertensão () Trabalho de parto prematuro

() Sangramento () Diabetes () Outros: _____

4- EXAMES / VACINAS

ABO: _____ Rh: _____ COOMBS INDIRETO: _____ Hb/Ht: _____ Glicemia: _____

Sorologia Sífilis: 1° tri: _____ 3° tri: _____ Titulagem/ Tratamento: _____ Sorologia HIV: 1° tri: _____ 28 semanas: _____

HbSAg: _____ Urina/Urocultura: 1° tri: _____ 2° tri: _____ 3° tri: _____ Tratamento: _____

Vacinas Recebidas: _____ Pesquisa de Estreptococos B (34 – 36 s): () não () sim Resultado: _____

5- EXAME FÍSICO

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ Altura: _____

Mucosas: () coradas () descoradas Respiração: () Eupneica () Dispneica

Ausulta Pulmonar: () Normal () Alterada: () Roncos () Estertores () Sibilos

Ausulta Cardiovascular: () Ritmo normal () Ritmo alterado () Taquicárdico () Bradicárdico () Arritmico

Edema: () não () sim Local: _____ Acesso Venoso: () não () sim Tipo/Local: _____

Lesão de pele: () não () sim Local: _____ Outras alterações: _____

Medicações em uso: _____