



Cartão da gestante

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 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 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 a 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 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 um 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.

Exames

Tipo	Data	Resultado
ABO - RH		
Toxoplasmosse		
HBsAg (1º e 3º trimestre) Hepatite B		
Glicemia de jejum		
Totg (2H/75G) teste oral de tolerância à glicose.		
Anti - HIV		
Hb/Ht hemoglobina hematocrito		
VDRL - Sífilis		
Urina - EAS		
Urina cultura		
Coombs indireto		
TSH		
T4 livre		
Outros		

Data	Resultado

Data	Resultado

Data	Resultado

Eleetroforese de hemoglobina

Padrão AA Heterozigoto AS AC Homozigoto SS AC

Teste rápido

Item	Data	Resultado	Data	Resultado
Sífilis				
HIV				
Hepatite B e C				

Suplementação

▶ Sulfato ferroso

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

▶ Ácido fólico

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

Ultrassonografias

I.

Local: _____ Data: _____

IG: _____ Peso fetal: _____

BCF: _____ ILA: _____

Placenta: _____

Líquido amniótico: _____

Apresentação fetal: _____

Obs.: _____

2.

Local: _____ Data: _____

IG: _____ Peso fetal: _____

BCF: _____ ILA: _____

Placenta: _____

Líquido amniótico: _____

Apresentação fetal: _____

Obs.: _____

3.

Local: _____ Data: _____

IG: _____ Peso fetal: _____

BCF: _____ ILA: _____

Placenta: _____

Líquido amniótico: _____

Apresentação fetal _____

Obs.: _____

4.

Local: _____ Data: _____

IG: _____ Peso fetal: _____

BCF: _____ ILA: _____

Placenta: _____

Líquido amniótico: _____

Apresentação fetal _____

Obs.: _____

5.

Local: _____ Data: _____

IG: _____ Peso fetal: _____

BCF: _____ ILA: _____

Placenta: _____

Líquido amniótico: _____

Apresentação fetal _____

Obs.: _____

	Data	Queixa	Idade gestacional semanas	Peso (kg)/ IMC	Edema	Pressão arterial (mmHG)	Altura uterina (cm)	Apresentação fetal	Batimento cardio fetal/ Mov. fetal	Toque, se indicado	Observação: diagnóstico e conduta	Assinatura
	1º											
	2º											
	3º											
	4º											
	5º											
	6º											
	7º											
	8º											
	9º											
	10º											
	11º											
	12º											
	13º											
	14º											

Participou de atividades educativas

Sim Não

Data: ____/____/____

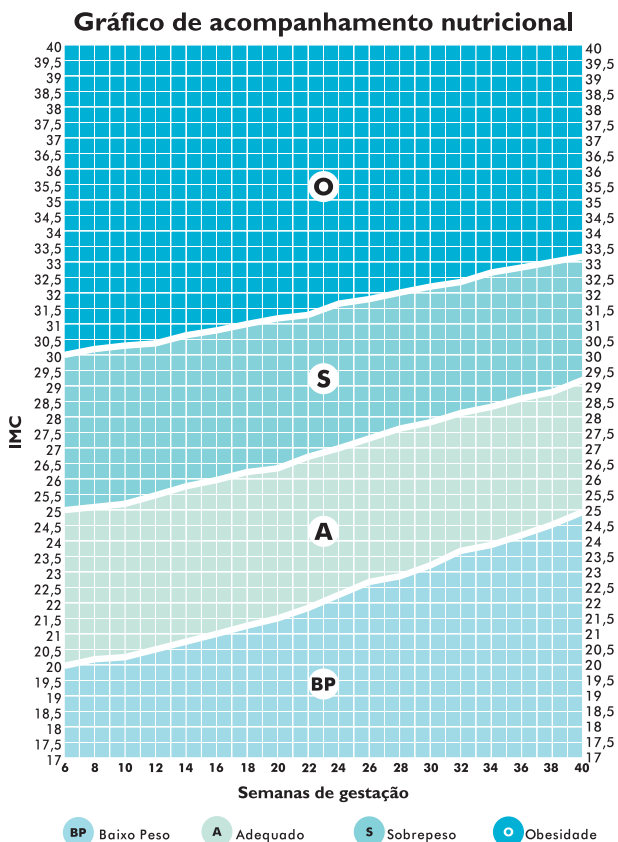
Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

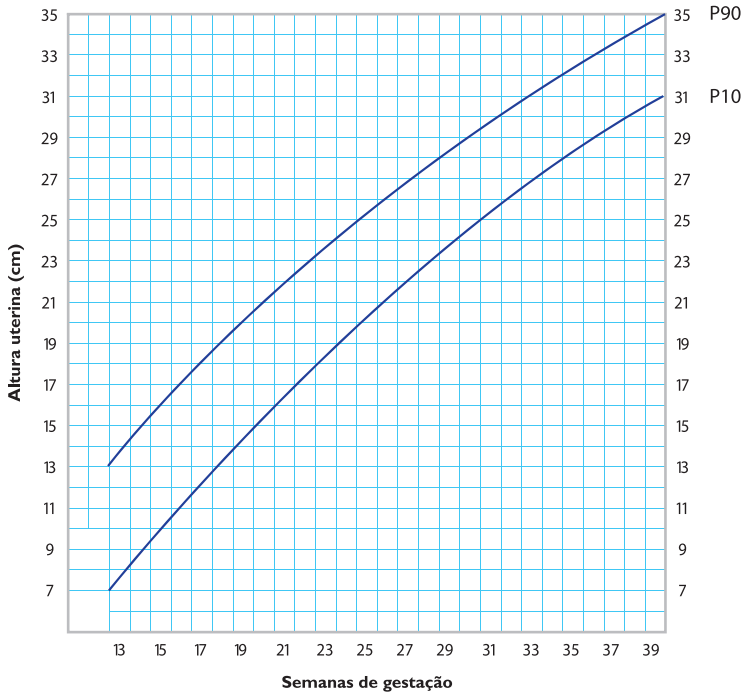
Realizou visita à maternidade

Sim Não

Data: ____/____/____



Curva de altura uterina / idade gestacional



DUM (Data da Última Menstruação): _____/_____/_____

DPP (Data Provável de Parto): _____/_____/_____

DPP/USG (Data Provável de Parto pelo Ultrassom): _____/_____/_____

Tipo de gravidez

- Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada
- Planejada Não planejada
- Risco habitual Alto risco

Fuma: SIM NÃO – (nº de cigarros/dia): _____

	Álcool	Outras drogas	Violência doméstica	HIV/Aids	Sífilis	Toxoplasmose	Infecção urinária	Anemia	Insuficiência istmo cervical
Sim									
Não									

	Ameaça parto premat.	Isoimunização Rh	Oligo/polidrâmio	Rut. Prem. membrana	Crescimento intrauterino restrito	Pós-datismo	Hipertensão arterial	Pré-Eclâmpsia/eclâmpsia	Cardiopatia
Sim									
Não									

	Diabetes gestacional	Uso de insulina	Hemorragia 1º trim.	Hemorragia 2º trim.	Hemorragia 3º trim.
Sim					
Não					

Vacinas

▶▶ Antitetânica

- Sem informação de imunização.
- Imunizada há **menos** de 5 anos.
- Imunizada há **mais** de 5 anos.

1ª dose: _____/_____/_____ 2ª dose: _____/_____/_____

3ª dose: _____/_____/_____ Reforço: _____/_____/_____

▶▶ Hepatite B

1ª dose: _____/_____/_____ 2ª dose: _____/_____/_____

3ª dose: _____/_____/_____

▶▶ Coqueluche (dTpa): _____/_____/_____

▶▶ Influenza: _____/_____/_____

▶▶ Difteria: _____/_____/_____

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

○ – 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

Presença de gengivite: Sim Não

Data: _____/_____/_____

Plano de tratamento (por consulta)

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Assinatura do cirurgião dentista

Necessidade de encaminhamento para referência

(para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)

Parto

Hospital: _____

Idade gestacional: _____ Menor de 17 ou maior de 42 anos:

Tamanho fetal corresponde: SIM NÃO – Início TP: Esp. Ind.

Membranas: Int. Rot. – Data da ruptura: : : / /
hora dia mês

CEF. PELV. TRAN.

ESP. FORC.

CES. OUT.

_____ : _____ / _____ / _____
hora minuto dia mês

Epsiotomia: SIM NÃO

Laceração: SIM NÃO

Dequit. exp.: SIM NÃO

Placenta compl.: SIM NÃO

Morte fetal: NÃO SIM

Atendida por:

	Médico	Enfermeira	Parteira Auxiliar
Parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neonato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicação no parto:

Analgésico Anestesia local Tranquilizante Anestesia regional

Antibiótico Anestesia geral Ocitócico Nenhum Outros: _____

Importante

Procure o seu médico ou um hospital nas seguintes situações:

- ▶▶ Bebê parou de movimentar ou diminuiu a movimentação nas últimas 12 horas.
- ▶▶ Percepção de saída de líquido pela vagina e que não seja urina.
- ▶▶ Perda de sangue em maior quantidade pela vagina.
- ▶▶ Dor de cabeça contínua e tonteiras.
- ▶▶ Contrações acontecendo a cada 20 minutos e com duração de mais de 40 segundos.

No final da gestação pode ocorrer a saída de secreção semelhante a um catarrinho misturado com sangue. Não se preocupe! É sinal de que o parto está próximo.

Caso tenha optado por realizar seu parto com o plantonista, escolha a maternidade mais próxima de sua residência. Do contrário, entre em contato com seu médico.

É aconselhável que você visite a maternidade antes do parto, principalmente se esta for a sua primeira gestação.



Av. Barbacena, 472 • 5º andar • Barro Preto • CEP: 30190-130 • Belo Horizonte • MG

Tel: 0800 0309009 • (31) 3429-5200 (para ligações originadas de telefone celular)

E- mail: relacionamento@cemigsaude.org.br • Portal corporativo: www.cemigsaude.org.br