



**OBSERVAÇÃO CLÍNICA
OBSTÉTRICA
(PRÉ-NATAL)**

Data: ___/___/___

Idade: _____

Data da última menstruação: ___/___/___ TA: _____

USG: ___/___/___ = IG: _____

IG USc= _____

HMA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Cirurgias: _____ Hábitos: _____ Alergias: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: Ciclos: _____ Infecções genitais: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gestações: _____ Para: _____ Abortos: _____

INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS: () Não () Sim Qual(is)? _____

Data Parto	IG	PN	Forc.	Ces.	Aborto	Vivo	Morto	Peso	Curetagem	Tempo de Amamentação

Experiência prévia com amamentação: () Não () Sim _____

Intercorrências no puerpério: () Não () Sim _____

INTERROGATÓRIO GERAL: Órgãos dos sentidos: _____

Aparelho Respiratório: _____

Aparelho Circulatório: _____

Aparelho Genito-urinário: _____

Aparelho Digestivo: _____

EXAME FÍSICO: PA: _____ P: _____

Avaliação Nutricional: Peso: _____ Altura: _____ IMC pré / 1º trim: _____

() baixo peso (IMC < 18,5) () adequado (IMC 18,5-24,9) () sobrepeso (IMC 25-29,9) () obeso (IMC > 30)

Estado Geral: _____ Mucosas: _____ Cianose / icterícia: _____ Temperatura: _____

Pele: _____

Gânglios: _____ Boca/dentes: _____

Aparelho Respiratório: _____

Aparelho Circulatório: _____

Membros inferiores: Edema: _____ Varizes: _____

EXAME MAMÁRIO E TOCGINECOLÓGICO:

MAMAS: Inspeção: _____

Palpação: _____

ABDOMEM: Forma: _____ Cicatriz: _____ AU: _____ cm

Movimentos fetais: _____ Situação: _____ Dorso fetal: _____ FCF: _____

Exame ginecológico: _____

Toque vaginal: _____

Colposcopia: () Não () Sim (descrever em impresso próprio)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: _____

CONDUTA: _____

ORIENTAÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO: () Não () Sim Qual (is)? _____

Assinatura examinador/CRM: _____

Orientador: _____

EXAMES DE ROTINA:

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____
 Coombs Indireto (PAI): () positivo título: _____ () negativo (____/____/____) _____(____/____/____)
 Imunoglobina Anti-D: () Não () Sim ____/____/____ IG: _____

Hemograma:

Data	Hemoglobina	Hematócrito	Glóbulos Brancos	Plaquetas

Sorologias:

Data	VDRL	Anti-HIV	HBsAg	Anti-HCV	Toxoplasmose		Rubéola		HTLV
					IgG	IgM	IgG	IgM	

Outras sorologias:

_____ (____/____/____) _____ (____/____/____)
 _____ (____/____/____) _____ (____/____/____)

Glicemia jejum: _____ (____/____/____)

GTT 75g: _____ (____/____/____) 2. _____ (____/____/____)

Urina Tipo I:

_____ (____/____/____)
 _____ (____/____/____)
 _____ (____/____/____)

Urocultura:

_____ (____/____/____)
 _____ (____/____/____)
 _____ (____/____/____)

Parasitológico fezes: _____ (____/____/____)

Colpocitologia oncolítica data: (____/____/____)

() amostra satisfatória () amostra insatisfatória

Achados _____

US 1º TRIMESTRE: () Não () Sim _____

US MORFOLÓGICO: () Não () Sim _____

Comprimento colo: _____

Data US	Idade Gestacional	Peso fetal	Líquido Amniótico	Placenta	Observações

AVALIAÇÃO VITALIDADE FETAL:

DATA	IG	CTG	US

EXAMES PRÉ-NATAL ALTO RISCO:

Exame \ Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Creatinina					
Uréia					
Na/K					
TGO					
TGP					
Albumina					
Prot. Totais					
Bilirrubinas					
Fosf. Alcalina					
Gama GT					
Ácido úrico					
LDH					
Prot 24h					
Colesterol					
Triglicérides					
HDL					
LDL					
Hb glicosilada					
Plaquetas					
ECG					
Fundo de olho					
TSH					
T4 livre					

Pesquisa trombofilias:

Anti beta 2 glicoproteína: _____ (___/___/___)

Pesquisa anticoagulante lúpico: _____ (___/___/___)

ACA: _____ (___/___/___)

Outros: _____

Swab endoanal e vaginal: 1. _____ (___/___/___) 2. _____ (___/___/___)

Corticóide: 1º ciclo: ___/___/___ e ___/___/___ 2º ciclo: ___/___/___

Outros exames (data e resultado): _____

Pré-natal do parceiro: () Não () Sim ___/___/___

Gf: _____ Colesterol: _____ Triglicerídeos: _____ HDL: _____ LDL: _____

VDRL: _____ Anti-HIV: _____ Anti-HCV: _____

HBsAg: _____

Examinador/CRM: _____ Orientador: _____