



### OBSERVAÇÃO CLÍNICA OBSTÉTRICA - CASO NOVO - PRÉ NATAL

IDADE  DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO  TA  SEMANAS  DIAS

DATA 1º USG  IG  SEMANAS  DIAS IG USC  SEMANAS  DIAS

HMA

MEDICAÇÕES

ANTECEDENTES PESSOAIS


ANTECEDENTES FAMILIARES

CIRURGIAS  HÁBITOS  ALERGIAS

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: CICLOS  INFECÇÕES GENITAIS

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTAÇÕES  PARA  ABORTOS  FETO MORTO  PARTO PRÉ TERMO

INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS  NÃO  SIM

 ADICIONAR NOVA LINHA

DATA DO PARTO	IG	PN	FORC.	CES.	ABORTO	VIVO	MORTO	PESO	CURETAGEM	TEMPO DE AMAMENTAÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	<input type="text"/>

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 SISTÓLICA  MMHG PA DIASTÓLICA  MMHG FC  BAT/MIN T  OC DEXTRO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:



PESO  KG ALTURA  CM IMC ATUAL

PESO PRÉ / 1º TRIM  KG 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

ABDOMEN: FORMA  CICATRIZ  AU  CM

 ADICIONAR NOVA LINHA

FETO	MOVIMENTOS FETAIS	SITUAÇÃO	APRESENTAÇÃO	DORSO FETAL	FCF		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> PRESENTE <input type="radio"/> AUSENTE	<input type="radio"/> LONGITUDINAL <input type="radio"/> TRANSVERSO <input type="radio"/> OBLIQUO	<input type="radio"/> CEFÁLICO <input type="radio"/> PÉLVICO <input type="radio"/> CÓRMICO	<input type="radio"/> DIREITA <input type="radio"/> SUPERIOR <input type="radio"/> ESQUERDA <input type="radio"/> INFERIOR	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COM ACELERAÇÕES <input type="radio"/> SEM ACELERAÇÕES	<input type="radio"/> COM DESACELERAÇÕES <input type="radio"/> SEM DESACELERAÇÕES

### PADRÃO



ARIAL 12

### MARCADORES



### NÚMEROS COM PONTAS

0 1 2 3

4 5 6 7

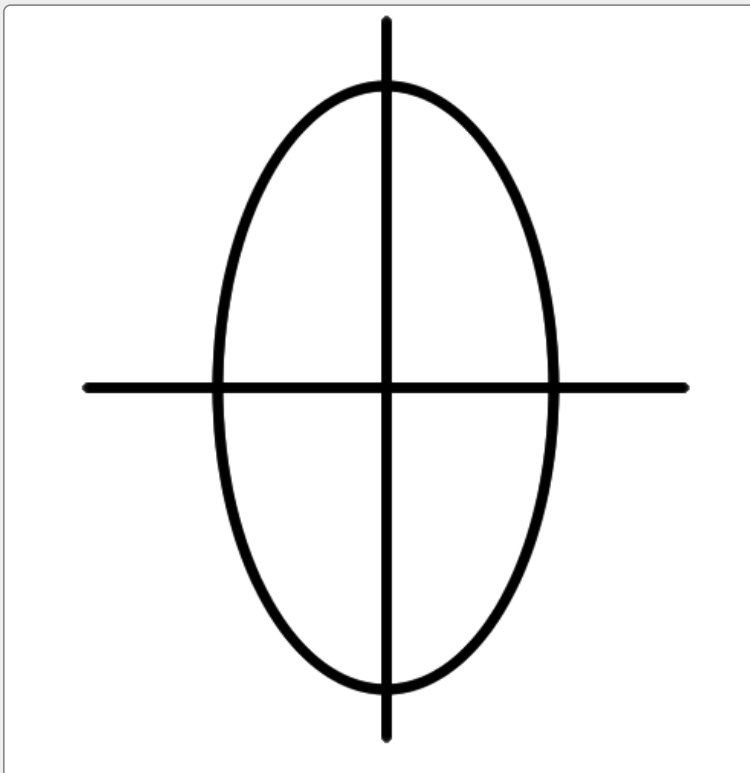
8 9 10

### NÚMEROS

0 1 2 3

4 5 6 7

8 9 10





EXAME ESPECULAR



TOQUE VAGINAL

COLPOSCOPIA  NÃO  SIM (UTILIZAR FORMULÁRIO ESPECÍFICO)

DIAGNÓSTICO  ADICIONAR DIAGNÓSTICO  RECUPERAR DIAGNÓSTICO

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

CONDUTA

ORIENTAÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO  NÃO  SIM

SALVAR

EXCLUIR

