

FICHA B - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

p/ ACS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Nome do Agente / Cadastrador	Nº do CNS	Equipe	MicroÁrea	Ano
------------------------------	-----------	--------	-----------	-----

Nome da Gestante		MESES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO			
CPF * / DNV **	Família	Dia da visita													FATORES DE RISCO		DATA CONSULTA PUERPÉRIO	
Data da última regra	Data provável do parto	Dia da consulta pré-natal													☐ 40 anos ou mais ☐ Menos de 15 anos ☐ 6 ou mais gestações ☐ Diabetes ☐ Tentativa de aborto nesta gestação ☐ Parto prematuro/ Aborto ☐ Pressão alta		1 2	
Endereço		Vacinas em dia													RESULTADO DA GESTAÇÃO ATUAL ☐ Nascido vivo ☐ Nascido morto ☐ Aborto Peso(g)		DATAS DAS VACINAS	
Observações		Pressão alta												1ª Dose 2ª Dose				
		Sangramento/ perdas vaginais												3ª Dose Reforço				
		Dor/ Contração																
		Estado nutricional															SOROLOGIA	
		Faz tratamento odontológico															HIV Início Tratamento	
		Apoio familiar															Sífilis Início Tratamento Parceiro Tratado	
		Pai envolvido															Toxoplasmose Início Tratamento	

Nome da Gestante		MESES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO			
CPF * / DNV **	Família	Dia da visita													FATORES DE RISCO		DATA CONSULTA PUERPÉRIO	
Data da última regra	Data provável do parto	Dia da consulta pré-natal													☐ 40 anos ou mais ☐ Menos de 15 anos ☐ 6 ou mais gestações ☐ Diabetes ☐ Tentativa de aborto nesta gestação ☐ Parto prematuro/ Aborto ☐ Pressão alta		1 2	
Endereço		Vacinas em dia													RESULTADO DA GESTAÇÃO ATUAL ☐ Nascido vivo ☐ Nascido morto ☐ Aborto Peso(g)		DATAS DAS VACINAS	
Observações		Pressão alta												1ª Dose 2ª Dose				
		Sangramento/ perdas vaginais												3ª Dose Reforço				
		Dor/ Contração																
		Estado nutricional															SOROLOGIA	
		Faz tratamento odontológico															HIV Início Tratamento	
		Apoio familiar															Sífilis Início Tratamento Parceiro Tratado	
		Pai envolvido															Toxoplasmose Início Tratamento	

LEGENDA	Estado Nutricional	Apoio Familiar	Pai Envolvido	Vacinas em Dia	SISPrenatal	HIV - Toxoplasmose - Sífilis	Parceiro Tratado	Peso(g)
	N - Nutrida D - Desnutrida O - Obesidade	S - Sim N - Não	S - Sim N - Não	S - Sim N - Não	Código da gestante no SISPrenatal, caso ela esteja cadastrada no programa	1 - Não fez 3 - Negativo 2 - Positivo 4 - Positivo em tratamento	S - Sim N - Não	Informar o peso do Recém Nato ou Feto em gramas

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Nome da Gestante		MESES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO	
CPF * / DNV **	Família	Dia da visita													FATORES DE RISCO ☐ 40 anos ou mais ☐ Menos de 15 anos ☐ 6 ou mais gestações ☐ Diabetes ☐ Tentativa de aborto nesta gestação ☐ Parto prematuro/ Aborto ☐ Pressão alta	
Data da última regra	Data provável do parto	Dia da consulta pré-natal													DATA CONSULTA PUERPÉRIO 1 2	
Endereço		Vacinas em dia													DATAS DAS VACINAS 1ª Dose 2ª Dose 3ª Dose Reforço	
Observações		Pressão alta													SOROLOGIA HIV Início Tratamento Sífilis Início Tratamento Parceiro Tratado Toxoplasmose Início Tratamento	
		Sangramento/ perdas vaginais														
		Dor/ Contração														
		Estado nutricional														
		Faz tratamento odontológico														
		Apoio familiar														
		Pai envolvido														
															RESULTADO DA GESTAÇÃO ATUAL ☐ Nascido vivo ☐ Nascido morto ☐ Aborto Peso(g)	
															Peso(g)	

Nome da Gestante		MESES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO	
CPF * / DNV **	Família	Dia da visita													FATORES DE RISCO ☐ 40 anos ou mais ☐ Menos de 15 anos ☐ 6 ou mais gestações ☐ Diabetes ☐ Tentativa de aborto nesta gestação ☐ Parto prematuro/ Aborto ☐ Pressão alta	
Data da última regra	Data provável do parto	Dia da consulta pré-natal													DATA CONSULTA PUERPÉRIO 1 2	
Endereço		Vacinas em dia													DATAS DAS VACINAS 1ª Dose 2ª Dose 3ª Dose Reforço	
Observações		Pressão alta													SOROLOGIA HIV Início Tratamento Sífilis Início Tratamento Parceiro Tratado Toxoplasmose Início Tratamento	
		Sangramento/ perdas vaginais														
		Dor/ Contração														
		Estado nutricional														
		Faz tratamento odontológico														
		Apoio familiar														
		Pai envolvido														
															RESULTADO DA GESTAÇÃO ATUAL ☐ Nascido vivo ☐ Nascido morto ☐ Aborto Peso(g)	
															Peso(g)	

Outra Observações

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos
 ** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido