

## Cartão da Gestante



Operadora	Registro ANS
<b>REAL GRANDEZA - Fundação de Previdência e Assistência Social</b>	<b>33131-7</b>

### Agendamento

Data	Hora	Profissional	Sala

**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 gostaria 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 seu 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 à sua solicitação em 15 (quinze) 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 seu parto.

O final da gestação, entre a 37ª (trigésima sétima) e a 42ª (quadragésima segunda) 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 (trinta e nove) 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 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 enfermagem, 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.

**1. Identificação**

Nome	Matrícula/DV
	-
Endereço	Telefone
	(     )

**2. Informações Importantes**

Antecedentes familiares	Peso anterior	Altura	Estado civil	Idade
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gemelar				

**3. Tabelas de Exames**

Exames	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> ABO-RH	_____	_____
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	_____	_____
<input type="checkbox"/> HBsAg (1º e 3º trimestre)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Glicemia de jejum	_____	_____
<input type="checkbox"/> TOTG (2h/75g)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anti-HIV	_____	_____
<input type="checkbox"/> HB/Ht	_____	_____
<input type="checkbox"/> VDRL	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urina-EAS	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urina Cultura	_____	_____
<input type="checkbox"/> Coombs indireto	_____	_____
<input type="checkbox"/> Outros	_____	_____
Teste Rápido		<b>Eletrforese de Hemoglobina</b>
<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatite B e C		Padrão   Heterzigose   Hemorzigose   Malária (*)
		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>

(\*) Somente para a região amazônica

**3. Tabelas de Exames (continuação)**

**3.1. Suplementação (sulfato ferroso)**

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 1º mês	<input type="checkbox"/> 2º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 4º mês	<input type="checkbox"/> 5º mês	<input type="checkbox"/> 6º mês	<input type="checkbox"/> 7º mês	<input type="checkbox"/> 8º mês	<input type="checkbox"/> 9º mês
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 4º mês	<input type="checkbox"/> 5º mês	<input type="checkbox"/> 6º mês	<input type="checkbox"/> 7º mês	<input type="checkbox"/> 8º mês	<input type="checkbox"/> 9º mês

**3.2. Suplementação (ácido fólico)**

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 1º mês	<input type="checkbox"/> 2º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 4º mês	<input type="checkbox"/> 5º mês	<input type="checkbox"/> 6º mês	<input type="checkbox"/> 7º mês	<input type="checkbox"/> 8º mês	<input type="checkbox"/> 9º mês
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 3º mês	<input type="checkbox"/> 4º mês	<input type="checkbox"/> 5º mês	<input type="checkbox"/> 6º mês	<input type="checkbox"/> 7º mês	<input type="checkbox"/> 8º mês	<input type="checkbox"/> 9º mês

**3.3. Ultrassonografia**

Data (preencher nos campos ao lado)	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros (especificar abaixo)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**3.4. Outros**

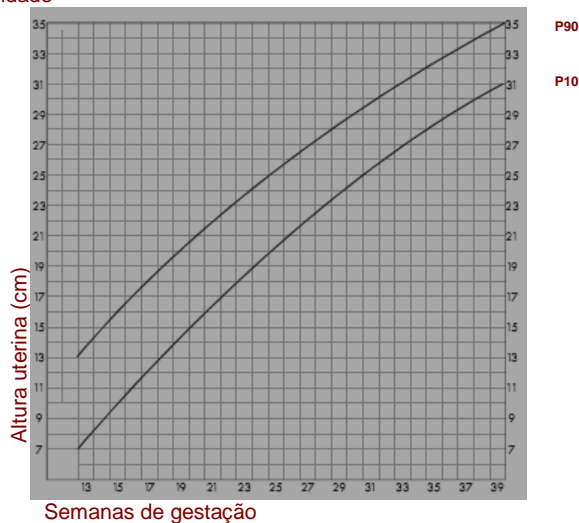
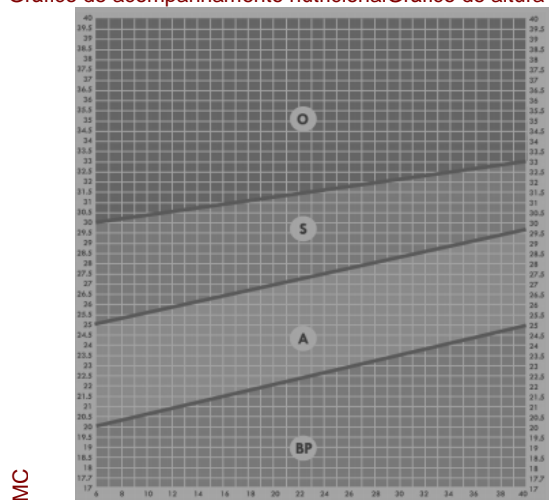
Data (preencher nos campos ao lado)	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Queixa												
IG Semanas												
Peso/IMC												
Edema												
Pressão arterial (mmHG)												
Altura uterina (cm)												
Apresentação fetal												
BCF/Mov. Fetal												
Toque, se indicado												

Participou de atividades educativas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data _____ Data _____ Data _____ Realizou visita à maternidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data _____	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta
	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.	Ass.

**3. Tabelas de Exames (continuação)**

**3.4. Outros (continuação)**

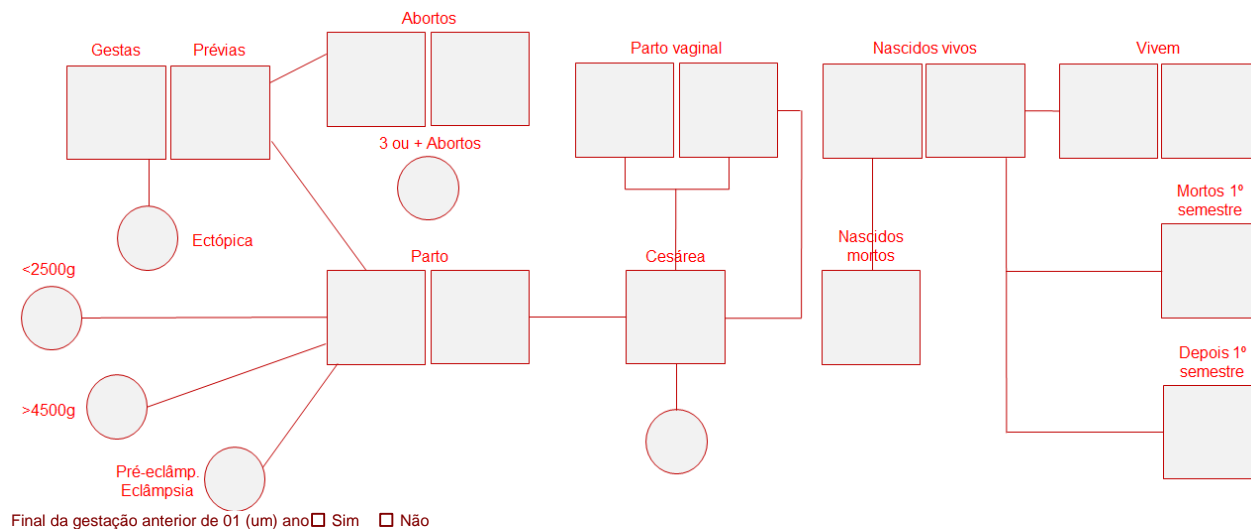
Gráfico de acompanhamento nutricional Gráfico de altura uterina/idade



Semanas de gestação

BP= Baixo peso A= Adequado S= Sobrepeso O= Obesa

Exame	Data	Tipo de Gravidez	Risco
DUM		<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Risco habitual
DPP		<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Gravidez alto risco
DPP (USG)		<input type="checkbox"/> Tripla ou mais <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Gravidez planejada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



**3. Tabelas de Exames (continuação)**

3.4. Outros (continuação)

Exame	Realização	Antecedentes Clínicos	Ocorrência
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cir. Pelv. uterina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infertilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tromboembolismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>Gestação Atual</b>			
Exame	Realização	Vacinação	Data de Vacinação
Fumo (nº de cigarros) _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vacina antitetânica	(1ª, 2ª, 3ª doses; reforço)
Álcool	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sem informação de imunização	
Outras drogas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Imunizada há < de 05 (cinco) anos	
Violência doméstica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Imunizada há > de 05 (cinco) anos	
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coqueluche (dTpa)	
Sífilis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatite B	
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Influenza	
Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Difteria	
Anemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tétano	
Inc. Istmocervical	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Em caso de não-imunização em algum dos itens do campo "Vacinação", especifique:</b>	<b>Observações</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Ameaça parto prematuro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Isoimunização Rh	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Oligo/polidrâmio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Rut. Prem. membrana	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CIUR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Pós-datismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Uso de insulina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hemorragia (1º trimestre)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hemorragia (2º trimestre)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hemorragia (3º trimestre)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

**4. 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

Sigla	Descrição	Observações
(*)	Mancha branca ativa	Presença de gengivite/periodontite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
0	Mancha branca inativa	
A	Ausente	Data _____
Ae	Abrasão/erosão	Plano de tratamento (por consulta) _____
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	_____

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.)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**DIRETORIA DE SEGURIDADE  
GERÊNCIA DE BENEFÍCIOS SOCIAIS - GBS**