

Cartão da Gestante



Operadora	Registro ANS
REAL GRANDEZA - Fundação de Previdência e Assistência Social	33131-7

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		Eletrforese de Hemoglobina
<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

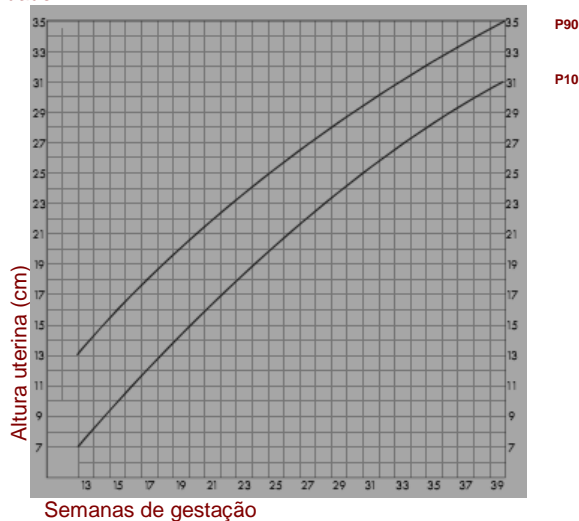
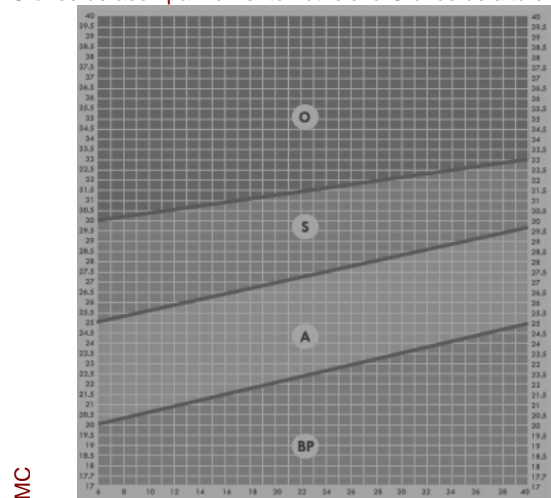
Data (preencher nos campos ao lado)	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Queixa												
IG Semanas												
Peso/IMC												
Edema												
Pressão arterial (mmHG)												
Altura uterina (cm)												
Apresentação fetal												
BCF/Mov. Fetal												
Toque, se indicado												

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)

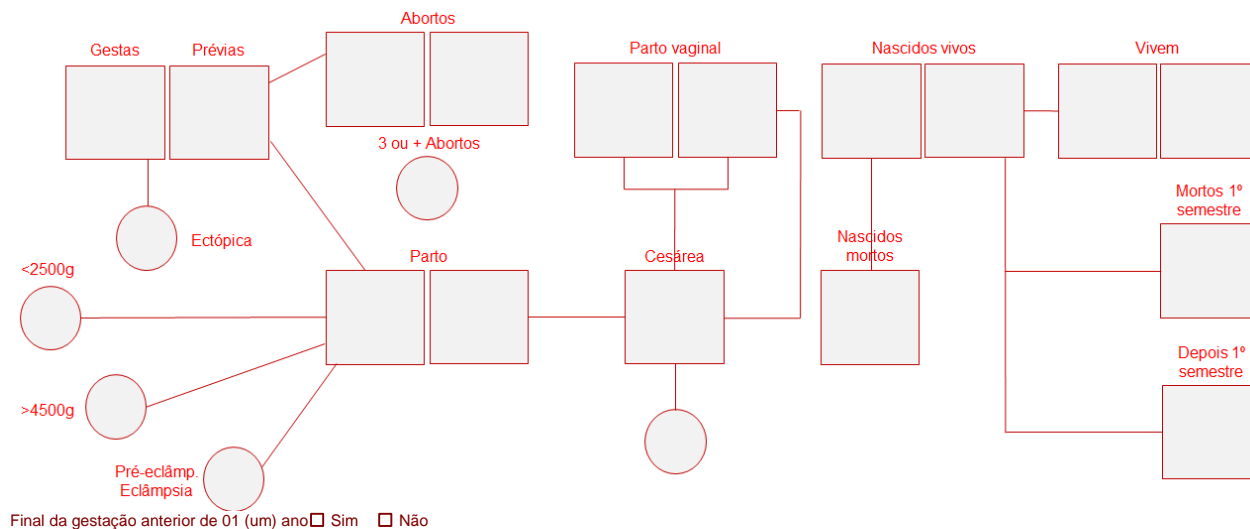
Gráfico de acompanhamento nutricional Gráfico de altura uterina/idade



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

Gestação Atual			
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	Em caso de não-imunização em algum dos itens do campo "Vacinação", especifique:	Observações _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
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
0	Mancha branca inativa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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**