

REFERÊNCIA DE GESTANTE

Para: PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____ **FONE:** _____

Rua: _____ **nº** _____ **Bairro:** _____

Unidade Básica de saúde: _____ **Nº do CNS:** _____

Motivo:

G: ____ **P:** ____ **C:** ____ **A:** ____

IG: _____

Características individuais e condições socioeconômicas:

- () Dependência de drogas ilícitas;
- () Obesidade mórbida (IMC ≥ 40).

Condições Clínicas prévias à gestação:

- () Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento;
- () Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades;
- () Cirurgia uterina prévia fora da gestação;
- () Colelitíase com repercussão na atual gestação;
- () Diabetes mellitus tipo I e tipo II;
- () Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);
- () Doenças hematológicas;
- () Doença falciforme (exceto traço falciforme); outras hemopatias;
- () Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras);
- () Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥ 4;
- () Hipertensão arterial crônica;
- () Hipertireoidismo;
- () Histórico de tromboembolismo;
- () Má formação útero-vaginal;
- () Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação);
- () Neoplasias;
- () Pneumopatias descompensadas ou graves;
- () Psicose ou depressão grave¹.

História reprodutiva anterior:

- () Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);
- () Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores.

DIAGNÓSTICO BASEADO EM:

- () História clínica
- () Exame físico
- () Exames complementares

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:

- () Anemia grave (Hemoglobina < 8);
- () Diabetes gestacional insulino dependente;
- () Doenças infectocontagiosas:
- () HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;
- () Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
- () Doença hemolítica perinatal;
- () Gestação gemelar;
- () Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio);
- () Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo);
- () Incompetência Istmo-cervical;
- () Má formação fetal confirmada;
- () Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)²;
- () Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- () Placenta acreta/acretismo placentário;
- () Placenta prévia (após 22 semanas);
- () Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)²;
- () Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;
- () Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);
- () Tromboembolismo na gestação;
- () Trombofilias na gestação;
- () Senescência placentária com comprometimento fetal.

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada. 2. Utilizar Tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).

Fazenda Rio Grande, ____ de ____ de 202__.

Nome do profissional e carimbo

CONTRA-REFERÊNCIA

TERAPÊUTICA PRESCRITA COM POSOLOGIA: _____

RETORNO EM : ☐ DIAS
☐ MESES
☐ ANOS
☐ DESNECESSÁRIO RETORNO

EM QUAL LOCAL: ☐ unidade básica de saúde de referência
☐ ambulatório de risco intermediário _____
☐ ambulatório de alto risco _____
☐ a Maternidade Nossa Senhora Aparecida

LOCAL E DATA : _____

NOME DO PROFISSIONAL E CARIMBO