

REFERÊNCIA DE GESTANTE

Para: **PRÉ NATAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO**

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: _____

Gestantes que apresentam:

- () Características individuais e condições socioeconômicas e familiares;
- () Idade < 15 anos ou > 40 anos;
- () Baixa escolaridade (<3 anos de estudo);
- () Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
- () Gestante negra (preta ou parda);
- () Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)¹;
- () Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)²;

História reprodutiva anterior:

- () Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior³;
- () Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos);
- () Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;
- () Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades.

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:

- () Diabetes gestacional não-insulinodependente;
- () Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

1. Teste de Fagerström: Anexo II; 2. Teste de T-ACE: Anexo III; 3. Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

DIAGNÓSTICO BASEADO EM:

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

Nome do profissional e carimbo

Fazenda Rio Grande, ____ de ____ de 202__.



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