

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Caderneta da Gestante



Extraído parcialmente: 4ª edição
Brasília – DF
2018

SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
BOITUVA
boituva.sp.gov.br

Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a **Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS** que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotarà nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registrará as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, coisas que queira dizer para seu bebê, e colar fotografias.

Um pré-natal bem acompanhado resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e carregue-a sempre com você. Ela será uma grande amiga e conselheira.

Unidade de Saúde do pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Identificação

Número do cartão SUS

Número do NIS

cole aqui
a sua foto

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) – opcional: _____

Data de nascimento: / / Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

Companheiro(a) Familiar Amiga(o) Outros

*Caso eu perca esta caderneta e você a encontrar,
por favor me telefone. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.*

Nome:

Como gosta de ser chamada:

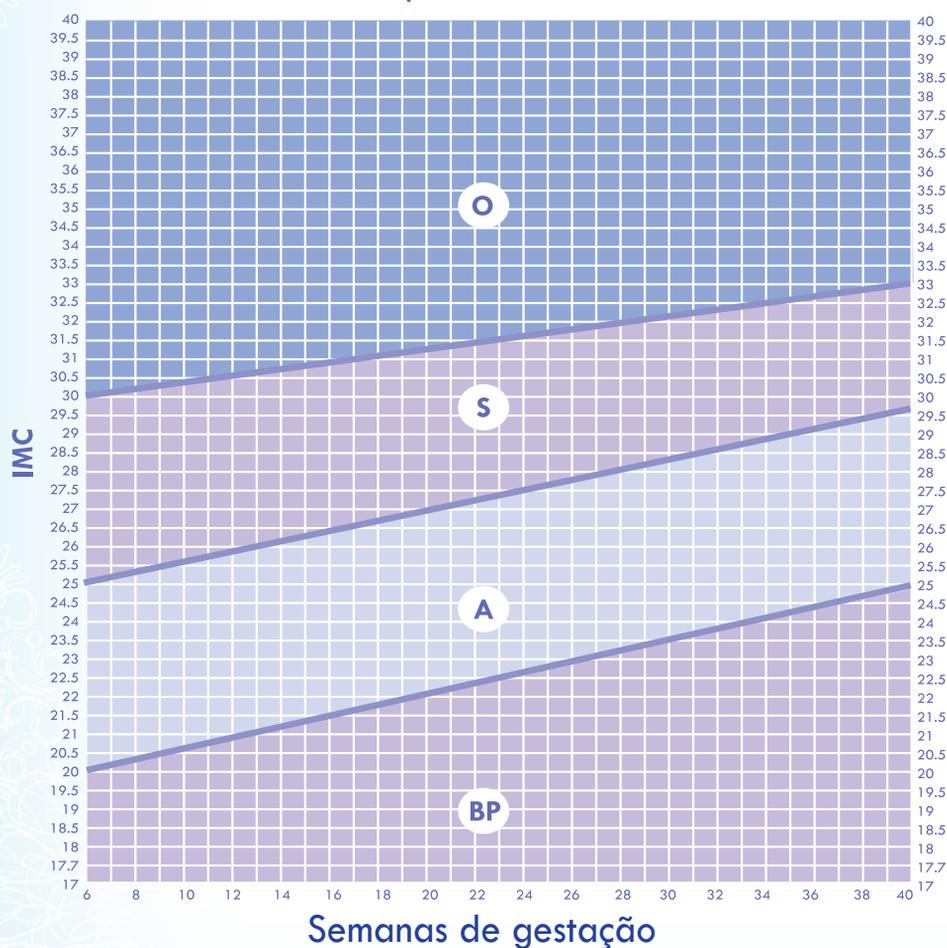
Idade: anos
 <15 anos >35 anos

Instrução: Nenhuma Fundamental Médio Superior

Peso anterior: Altura cm:

Estado civil/união: Casada Solteira Estável Outro

Gráfico de acompanhamento nutricional



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

DUM / /

DPP / /

DPP
eco / /

Tipo de gravidez

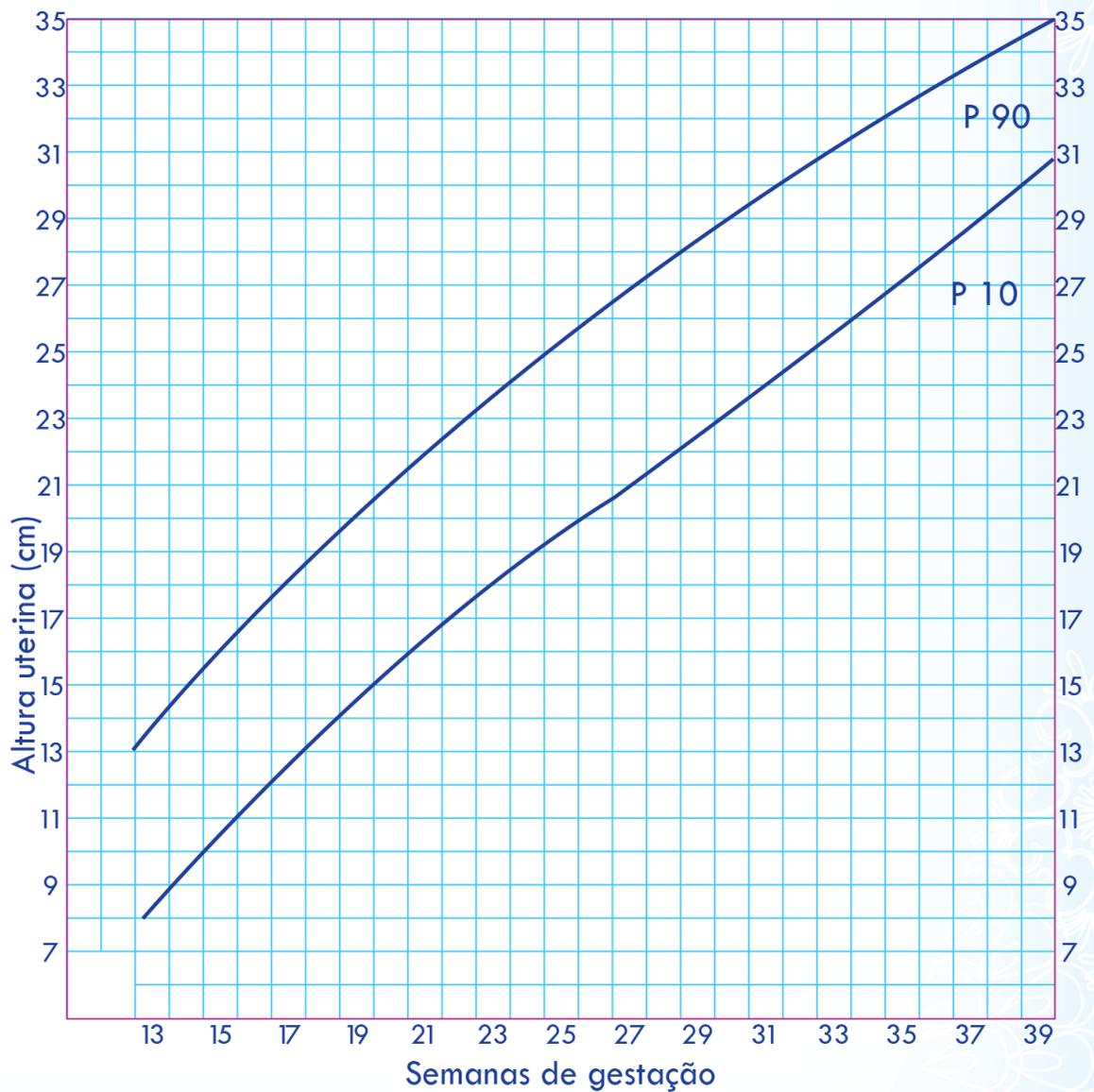
- Única
- Gemelar
- Tripla ou mais
- Ignorada

Risco habitual

Gravidez Alto risco

Gravidez planejada NÃO SIM

Curva de altura uterina / idade gestacional



Exames

| | Data | Resultado | | Data | Resultado |
|------------------------------------|------|-----------|--|------|-----------|
| ABO-RH | / / | | | / / | |
| Glicemia de Jejum | / / | | | / / | |
| Teste Oral de Tolerância a Glicose | / / | | | / / | |
| Sífilis (teste rápido) | / / | | | / / | |
| VDRL | / / | | | / / | |
| HIV/Anti HIV (teste rápido) | / / | | | / / | |
| Hepatite B - HBsAg | / / | | | / / | |
| Toxoplasmose | / / | | | / / | |
| Hemoglobina Hematócrito | / / | | | / / | |
| Urina-EAS | / / | | | / / | |
| Urina-Cultura | / / | | | / / | |
| Coombs Indireto | / / | | | / / | |
| Outro | / / | | | / / | |
| Outro | / / | | | / / | |
| Outro | / / | | | / / | |

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC
Outros

Homozigose SS SC
Outros

Tratamento para Sífilis

1ª dose / / | 2ª dose / / | 3ª dose / /

Malária

Somente para gestantes da Região Amazônica.

Neg. / / / / / / / / / /

Suplementação Sulfato ferroso

SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Suplementação Ácido fólico

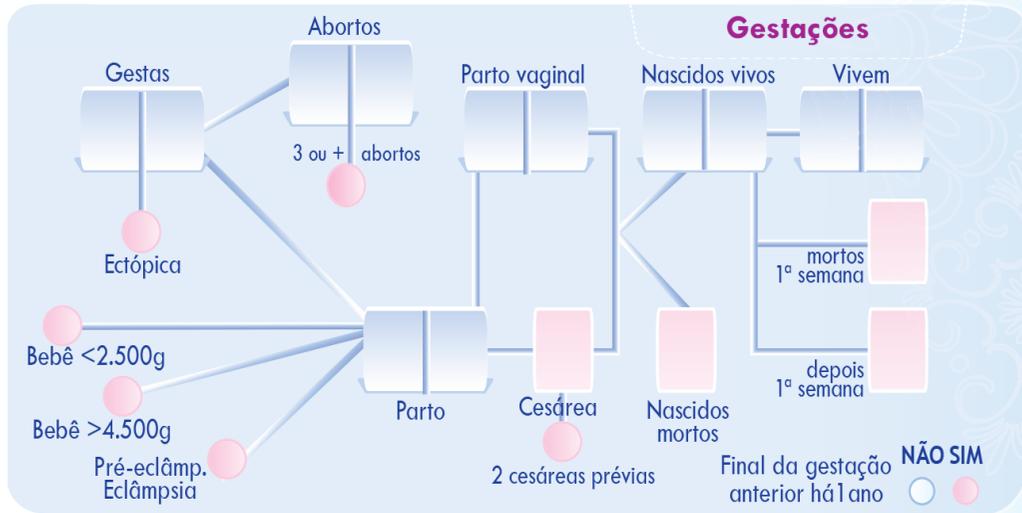
SIM NÃO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ultrassonografia

| Data | IG DUM | IG USG | Peso fetal | Placenta | Líquido | Outros |
|------|--------|--------|------------|----------|---------|--------|
| / / | | | | | | |
| / / | | | | | | |
| / / | | | | | | |

Antecedentes familiares

Diabetes NÃO SIM SIM Hipertensão arterial NÃO SIM SIM Gemelar NÃO SIM SIM Outros NÃO SIM SIM



Antecedentes clínicos obstétricos

Diabetes NÃO SIM SIM Cardiopatia NÃO SIM SIM Cir. pélv. uterina NÃO SIM SIM

Infecção urinária NÃO SIM SIM Tromboembolismo NÃO SIM SIM Cirurgia NÃO SIM SIM

Infertilidade NÃO SIM SIM Hipertensão arterial NÃO SIM SIM Outros NÃO SIM SIM

Dific. amamentação NÃO SIM SIM Outros NÃO SIM SIM

Gestação atual

Fumo (nº de cigarros) NÃO SIM Anemia NÃO SIM SIM Hipertensão arterial NÃO SIM SIM

Álcool NÃO SIM SIM Inc. istmocervical NÃO SIM SIM Pré-eclâmpsia/eclâmp. NÃO SIM SIM

Outras drogas NÃO SIM SIM Ameaça de parto premat. NÃO SIM SIM Cardiopatia NÃO SIM SIM

Violência doméstica NÃO SIM SIM Isoimunização Rh NÃO SIM SIM Diabetes gestacional NÃO SIM SIM

HIV/Aids NÃO SIM SIM Oligo/polidrâmnio NÃO SIM SIM Uso de insulina NÃO SIM SIM

Sífilis NÃO SIM SIM Rut. prem. membrana NÃO SIM SIM Hemorragia 1º trim. NÃO SIM SIM

Toxoplasmose NÃO SIM SIM CIUR NÃO SIM SIM Hemorragia 2º trim. NÃO SIM SIM

Infecção urinária NÃO SIM SIM Pós-datismo NÃO SIM SIM Hemorragia 3º trim. NÃO SIM SIM

Outros NÃO SIM SIM Febre NÃO SIM SIM Exantema/rash cutâneo NÃO SIM SIM

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizada há **menos** de 5 anos

Imunizada há **mais** de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

vacina dTpa / /

Hepatite B

Imunizada

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Influenza

data / /

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

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| * – Mancha branca ativa | Ca – Lesão cavitada ativa | PF – Prótese fixa |
| O – Mancha branca inativa | Ci – Lesão cavitada inativa | RE – Restauração estética |
| A – Ausente | E – Extraído | SP – Selamento provisório |
| Ae – Abrasão/erosão | H – Hígido | T – Traumatismo |
| Am – Amálgama | M – Restauração metálica | X – Extração indicada |

Presença de gengivite/periodontite NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

RX odontológico: pode ser realizado no segundo trimestre, desde que a gestante utilize avental de chumbo.

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

| Data | Dente | Procedimentos realizados | Ass. CD |
|------|-------|--------------------------|---------|
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

| Especialidade | Tratamento necessário | Encaminhamento | Retorno | Plano cuidado (contra-refer.) |
|---------------|-----------------------|----------------|---------|-------------------------------|
| | | / / | / / | |
| | | / / | / / | |
| | | / / | / / | |
| | | / / | / / | |

Nome:

Como gosta de ser chamado:

Instrução: Nenhuma Fundam. Médio Superior

Idade: anos
 <15 anos >45 anos

Pressão arterial:

Peso:

Altura: cm

IMC:

Índice de Massa Corporal

Antecedentes familiares

NÃO SIM

Diabetes

Hipertensão arterial

Gemelar

Outros

O Pré-Natal do Parceiro tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse com sua parceira, falem sobre suas emoções, o que esperam desta nova vida.

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

| Exames | Data | Resultado |
|-----------------------------|------|-----------|
| ABO-RH | | |
| Glicemia | | |
| Sífilis (teste rápido) | | |
| VDRL | | |
| HIV/Anti-HIV (teste rápido) | | |
| Hepatite C | | |
| Hepatite B-HBsAg | | |
| Hemograma | | |
| Lipidograma | | |
| Dosagem de Colesterol HDL | | |
| Dosagem de Colesterol LDL | | |
| Dosagem de Colesterol total | | |

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA Heterozigose AS AC Outros Homozigose SS SC Outros

Consulta odontológica

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <input type="checkbox"/> |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| <input type="checkbox"/> |

Legenda

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| * – Mancha branca ativa | Ca – Lesão cavitada ativa | PF – Prótese fixa |
| O – Mancha branca inativa | Ci – Lesão cavitada inativa | RE – Restauração estética |
| A – Ausente | E – Extraído | SP – Selamento provisório |
| Ae – Abrasão/erosão | H – Hígido | T – Traumatismo |
| Am – Amálgama | M – Restauração metálica | X – Extração indicada |

Tratamento para sífilis

1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizado há **menos** de 10 anos

Imunizado há **mais** de 10 anos

Informe

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço (a cada 10 anos) / /

Hepatite B

Imunizado

Informe

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Febre amarela

Informe

data / /

Agendamento das consultas do pré-natal

Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

| | | |
|--------------------------|-------------|--|
| 1ª consulta | / / Data | |
| 2ª consulta | / / Data | |
| 3ª consulta | / / Data | |
| 4ª consulta | / / Data | |
| 5ª consulta | / / Data | |
| 6ª consulta | / / Data | |
| 7ª consulta | / / Data | |
| 8ª consulta | / / Data | |
| 9ª consulta | / / Data | |
| 10ª consulta | / / Data | |
| 11ª consulta | / / Data | |
| 12ª consulta | / / Data | |
| 13ª consulta | / / Data | |
| 14ª consulta | / / Data | |
| Consulta Odontológica | / / Data | |
| Consulta Odontológica | / / Data | |

Telefones e endereços úteis

- Samu: **192** • Ouvidoria Geral do SUS: **136** • Polícia Militar: **190**
- Central de Atendimento à Mulher: **180** • Corpo de Bombeiros: **193**
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: **100**
- Disque Parar de Fumar: **0800 61 1997**

Sites úteis:

- www.saude.gov.br/mulher
- www.saude.gov.br/redecegonha
- www.saude.gov.br/bvs
- www.presidencia.gov.br/spmulheres
- www.saude.gov.br/ouvidoria
- <http://www.redehumanizasus.net/>



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

 PREFEITURA DE
BOITUVA
boituva.sp.gov.br