

SIS Pré-Natal: _____



Ficha Clínica de Pré-Natal

Nome: _____ Prontuário: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____

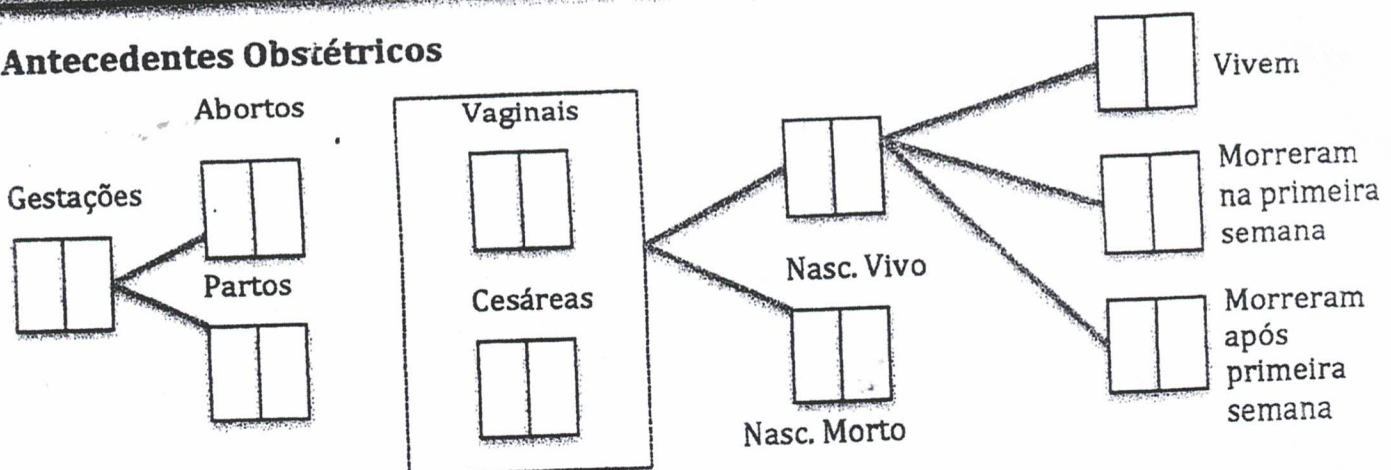
Escolaridade: _____ Naturalidade: _____

Antecedentes

AF: () HAS () Diabetes () Gemelidade () Malformação
Outros: _____

AP: () HAS () Diabetes () Cir. Pélvica () Cardiopatia () Inf. Urinária
Outros: _____

Antecedentes Obstétricos



Data Término da última gestação: ____/____/____ Algum RN com menos de 2500g: _____

Nascimento com maior peso: _____

Gestação Atual

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ Grupo sanguíneo: _____

Vacina dT 1 ____/____/____ Vacina Hep B 1 ____/____/____ Influenza 1 ____/____/____
2 ____/____/____ 2 ____/____/____
3 ____/____/____ 3 ____/____/____

Fumo: _____ Álcool: _____

Obs: _____

Nome: _____ Prontuário: _____

Evolução da gravidez

[illegible]

Exames laboratoriais

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipo sanguíneo						
Hb/Ht						
Glicemia						
Jejum						
TOTG 75g						
VDRL						
HbsAg						
HIV						
Toxo						
EAS						
Urinocultura						
Papanicolau						
Outros						

USG

Data	Ig DUM	Ig USG	Peso fetal	Placenta	Liquido	Outros

[illegible]