Perinatal

PROJETO NASCER – TRIAGEM DE RISCO MATERNO-FETAL

(Preenchimento obrigatório pelo obstetra responsável)

Dados da paciente

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Gesta: _____ Para: _____ Ab: _____ Idade gestacional no encaminhamento: _____ sem + _____ dias

1. Histórico materno prévio:

□ Sem comorbidades □ Hipertensão □ Diabetes pré-gestacional □ Cardiopatia

□ Nefropatia □ Epilepsia □ Doença autoimune □ Trombofilia

□ Asma grave □

Alergia: Qual: _____

□ Cirurgia uterina prévia. Qual? _____

História obstétrica: □ Prematuro □ CIUR □ Eclâmpsia □ DPP □ Óbito fetal □ Outro: _____

2. Condições atuais da gestação

□ Gestação multipla □ Placenta prévia/acretismo □ Malformação fetal

□ Doppler alterado □ Uso de anti coagulantes □ SPE/Hipertensão gestacional

□ Diabetes gestacional -> □ *Controlada com dieta* □ *Em uso de insulina*

□ CIUR □ Isoimunização Rh/ aloimunização

□ Uso de alguma medicação durante o pré natal: Qual? _____

3. Exames de Rastreio e Pré-Natal	SIM	NÃO	Detalhar resultado
Rastreio biofisico 1º trimestre realizado / NIPT:	□	□	
Sorologias atualizadas e sem alterações:	□	□	
Morfológico 1º trimestre sem alterações:	□	□	
Morfológico 2º trimestre sem alterações:	□	□	
Colo uterino no morfológico 2º trimestre ≥ 25 mm:	□	□	
Rotina laboratorial de 2º trimestre identificou algum risco até o momento:	□	□	

4. Declaração do obstetra

Declaro que revisei as informações acima e, no momento desta avaliação, não identifico fatores que elevem o risco materno ou fetal que justifiquem necessidade de UTI obstétrica ou neonatal no parto.

Local e data: ____/____/_____

Assinatura e carimbo do Médico: _____

Assinatura da Paciente: _____

Conclusão do risco:

(Para preenchimento exclusivo da Perinatal)

□ Paciente ELEGÍVEL – Baixo risco materno-fetal

□ Paciente NÃO ELEGÍVEL – Motivo:_____

Assinatura e carimbo do médico responsável pela avaliação: _____

Perinatal

Dados Cadastrais

1- Contratante: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil:_____

Nacionalidade: _____ Profissão:_____

Celular: _____ Telefone residencial: _____

Endereço: _____nº_____

Complemento:_____ Bairro: _____

E-mail: _____

2- Gestante:_____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil:_____

Nacionalidade: _____ Profissão:_____

Celular: _____ Telefone residencial: _____

Endereço: _____nº_____

Complemento:_____ Bairro: _____

E-mail: _____

3- Outras informações:

A gestante encontra-se com aproximadamente ( ) semanas de gestação.

A gestante manifesta ser da sua vontade, realizar se possível, o parto

por via ( ) normal/vaginal ( ) cesárea

A gestante declara que o parto está previsto para o período compreendido entre

___/___/_____ a ___/___/_____

4- Documentos Entregues:

( ) Cópia da Identidade da gestante e do contratante.

( ) Cópia do CPF da gestante e do contratante.

( ) Cópia do último exame de ultrassom obstétrico para definição do percentual de desconto em relação a tabela de custos hospitalares

Estou ciente que o início da vigência do contrato do Projeto Nascer será a partir da assinatura do contrato no Setor de Fechamento de Contas da unidade Perinatal desejada.

Rio,_____/_____/_____.

_____ _____

Nome da Gestante: CPF: