**CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE**

**Legenda:** \*=Campo de informação obrigatória | O = Campo de seleção única | **□** = Campo de múltipla seleção

| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR** |  Família/Gestante: / |
| --- | --- |
| **CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE** |  Município: |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** |  Data: |
|  1. Nome completo da gestante\*:  |
|  2. Dia do atendimento\*: O Segunda O Terça O Quarta O Quinta O Sexta O Sábado  |  3. Hora do atendimento\*: |
|  4. Nome completo do pai da gestante: |  5. Nome completo da mãe da gestante\*: |
|  6. Data de nascimento\* \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  Idade\*: |
|  7. Raça/cor\*: O Branca O Preta O Parda O Amarela O Indígena |
|  8. Estado civil\*: O Casada O Solteira O Viúva O Divorciada O Separada |
|  9. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro?\* O Sim O Não |
|  10. Nome completo do cônjuge ou companheiro: |
|  11. Grau de instrução da gestante: O Nenhum O Alfabetizada O Ensino fundamental incompleto O Ensino fundamental completo O Ensino médio incompleto O Ensino médio completo O Ensino superior incompleto O Ensino superior completo O Outros/Especifique: |
|  12. Profissão\*: |  13. Ocupação\*: |
|  14. Trabalha atualmente?\* O Sim/Onde? O Não |
|  15. A gestante fala\*: **□** Língua Portuguesa  **□** Outras Línguas/Quais? |
| **DADOS DO PRÉ-NATAL** (assinalar conforme Caderneta da Gestante) |
|  16. Período gestacional\*: O Menos de 22 semanas O 22 a 27 semanas O 28 a 31 semanas  O 32 a 36 semanas O 37 a 41 semanas O 42 semanas ou mais |
|  17. Número de gestações anteriores\*: ( ) NV-Nativivos ( ) NM-Natimortos ( ) AB-Abortos  |
|  18. A gestante já iniciou o pré-natal?\* O Sim O Não |
|  19. A gestante foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?\* O Sim O Não |
|  20. A gestante está com a vacina contra tétano em dia?\* O Sim O Não |
|  21. A gestante está desnutrida neste mês?\* O Sim O Não |
|  22. A gestante apresenta algum fator de risco?\* O Não  **□** Anemia Falciforme **□** Drogas **□** Pré-eclâmpsia em gestações anteriores **□** Bacteriúria assintomática **□** HAS **□** Sangramento do 3º trimestre  **□** Cardiopatia **□** HIV + **□** Sífilis  **□** Diabetes Tipo 1 **□** Natimortos/Neomortos **□** Tabagismo **□** Diabetes méllitus gestacional **□** Pielonefrite aguda **□** Trabalho de parto prematuro **□** Outros/Especifique: |
|  23. Outras observações sobre a gestante: |
| **PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO** |
|  24. Data:  |  25. Resultado da gestação: O NV-Nativivo O NM-Natimorto O AB-Aborto |
|  26. Parto prematuro? O Sim/Nº semanas: O Não |
|  27. Data marcada para a primeira consulta de puerpério:  |
|  28. Data marcada para a segunda consulta de puerpério:  |
| **INATIVAÇÃO DA GESTANTE** |
|  Data:  |  Motivo: O Final de gestação O Falecimento O Saída do Programa Justificativa: |