**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: | | | | | |