

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Legenda: * = Campo de informação obrigatória | 0 = 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*: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> 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*: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena			
8. Estado civil*: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada			
9. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
10. Nome completo do cônjuge ou companheiro:			
11. Grau de instrução da gestante: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Alfabetizada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:			
12. Profissão*:		13. Ocupação*:	
14. Trabalha atualmente?* <input type="checkbox"/> Sim/Onde? <input type="checkbox"/> Não			
15. A gestante fala*: <input type="checkbox"/> Língua Portuguesa <input type="checkbox"/> Outras Línguas/Quais?			
DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)			
16. Período gestacional*: <input type="checkbox"/> Menos de 22 semanas <input type="checkbox"/> 22 a 27 semanas <input type="checkbox"/> 28 a 31 semanas <input type="checkbox"/> 32 a 36 semanas <input type="checkbox"/> 37 a 41 semanas <input type="checkbox"/> 42 semanas ou mais			
17. Número de gestações anteriores*: () NV-Nativivos () NM-Natimortos () AB-Abortos			
18. A gestante já iniciou o pré-natal?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
19. A gestante foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
20. A gestante está com a vacina contra tétano em dia?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
21. A gestante está desnutrida neste mês?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

<p>22. A gestante apresenta algum fator de risco?* <input type="checkbox"/> Não</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia Falciforme</td> <td><input type="checkbox"/> Drogas</td> <td><input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia em gestações anteriores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bacteriúria assintomática</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td><input type="checkbox"/> Sangramento do 3º trimestre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> HIV +</td> <td><input type="checkbox"/> Sífilis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1</td> <td><input type="checkbox"/> Natimortos/Neomortos</td> <td><input type="checkbox"/> Tabagismo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes méllitus gestacional</td> <td><input type="checkbox"/> Pielonefrite aguda</td> <td><input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Outros/Especifique:</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia em gestações anteriores	<input type="checkbox"/> Bacteriúria assintomática	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Sangramento do 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> HIV +	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Natimortos/Neomortos	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Diabetes méllitus gestacional	<input type="checkbox"/> Pielonefrite aguda	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:		
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia em gestações anteriores																	
<input type="checkbox"/> Bacteriúria assintomática	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Sangramento do 3º trimestre																	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> HIV +	<input type="checkbox"/> Sífilis																	
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Natimortos/Neomortos	<input type="checkbox"/> Tabagismo																	
<input type="checkbox"/> Diabetes méllitus gestacional	<input type="checkbox"/> Pielonefrite aguda	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro																	
<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:																			
<p>23. Outras observações sobre a gestante:</p>																			
<p>PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO</p>																			
<p>24. Data:</p>	<p>25. Resultado da gestação: <input type="checkbox"/> NV-Nativo <input type="checkbox"/> NM-Natimorto <input type="checkbox"/> AB-Aborto</p>																		
<p>26. Parto prematuro? <input type="checkbox"/> Sim/Nº semanas: _____ <input type="checkbox"/> Não</p>																			
<p>27. Data marcada para a primeira consulta de puerpério:</p>																			
<p>28. Data marcada para a segunda consulta de puerpério:</p>																			
<p>INATIVAÇÃO DA GESTANTE</p>																			
<p>Data:</p>	<p>Motivo: <input type="checkbox"/> Final de gestação <input type="checkbox"/> Falecimento <input type="checkbox"/> Saída do Programa</p> <p>Justificativa:</p>																		