

**COMPLEXO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Harry Mauritz Lewin, 925 - Vila Maria

CEP: 12460-000 Campos do Jordão - SP

BERÇÁRIO

DATA: ____/____/____

Mãe: Nome da mãe: _____ Idade: _____

SUS: _____ Cor: _____ Ocupação da mãe: _____ Nº _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Data nascimento da mãe: ____/____/____ Naturalidade da mãe: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Completo: _____ Prontuário nº _____ Quarto/leito: _____

Nome do pai: _____ Idade do pai: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS : RH da mãe: _____ GS da mãe: _____ Nº de Gestações anteriores: _____

nº de cesárias anteriores: _____ Nº de partos vaginais _____ Nº nascidos vivos anteriores: _____

Nº de perdas fetais/abortos: _____

DOENÇAS

Lues () Sim () Não TBC () Sim () Não

Diabetes () Sim () Não Infecções () Sim () Não

Outras: _____

HISTÓRIA DA OBSTÉTRICA ATUAL DUM: ____/____/____ Nº SEMANAS GESTAÇÃO (SE DUM IGNORADA): _____

MÉTODO UTILIZADO PARA ESTIMAR: US () EXAME FÍSICO () Nº CONSULTA PRÉ NATAL: _____

MÊS EM QUE INICIOU PRÉ NATAL: _____ TIPO DE GRAVIDEZ: () ÚNICA () DUPLA () 3 OU MAIS

PARTO: DATA DO PARTO: ____/____/____ **ÁS** _____:

Rotura da Bolsa: () Espontânea Dia: ____/____/____ _____: _____ Hs.

() Artificial

Tipo de Parto: () NORMAL () CESÁREA CESÁRIA OCORREU ANTES DO TRABALHO DE PARTO INICIAR: SIM () NÃO ()

TRABALHO DE PARTO INDUZIDO POR OCITOCINA: SIM () NÃO () TIPO DE PARTO: () VAGINAL () CESÁREA

Assistido por: _____

Se Operatório Indicação: _____

Anestesia: _____ Medicação Materna: _____

Cordão: () Circular () Nós () Proc. Período Expulsivo: _____: _____ Hs

Sofrimento Fetal: () Sim () Não Líq. Amniótico: Normal _____

Mecônio: _____ () Infectado Placenta: () Normal* () Anormal

Anormalidade: _____

RECÉM-NASCIDO**SEXO:** () Masculino () Feminino

Reanimação: () Sim () Não Método _____

Apgar: () 1º Minuto () 5º Minuto Cordão Umbilical: _____

Nº de Artérias _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm () PC () PT Exame feito às ____: ____ hs de vida

EXAME CLÍNICO**O AUSENTE****X PATOLOGIA****V NORMAL**

() Pele

() Reflexos

() Olhos

() Tórax

() Coração

() Genitais

() Extremidades

() Ânus

() Cabeça-Pescoço

() Pulmões

() Ouvido-Nariz-Garganta

() Abdômem

() Tronco-Coluna

() Icterícia

Data: ____/____/____ Diagnóstico: _____ () Recém-Nascido Normal

() Recém-Nascido Patológico

Médico: _____ Alta: _____

Condições: _____

