

PRÉ-NATAL

Nome Completo da Gestante: _____.

Data de Nascimento: ___/___/____.

E-mail: _____.

Telefone: (____) _____.

Gestação: Única Gemelar

Gravidez: Natural FIV

_____ G _____ P _____ A. Idade Gestacional: _____. Peso: _____. Altura _____.

DUM: ___/___/____ DPP : ___/___/____

Partos cesáreas anteriores? Sim Não Se sim, quantas: _____.

Partos Prematuros: Sim Não

Medicamento em uso:

Não faz uso de medicamentos

Insulina / Hipoglicemiante Anticoagulante

Hipotensor Inibidor TPP

Outros: _____
_____.

Alguma intercorrência ou comorbidade durante a gestação?

Não possui comorbidades

Anomalia Placentária Macrossomia Mioma

Diabetes ITU IIC / Colo Curto (Pessário / Cerclagem)

HAS / Pré-eclâmpsia Trombofilia Ruptura pré-matura de membranas ovulares

Outros: _____
_____.

Realizou Ultrassonografia Fetal? Sim Não

Alteração no feto detectado no ultrassom? Sim Não

Se sim, qual?

_____.

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):

CRM: _____

Data: ___/___/____