

## Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

### Legenda

* - Mancha branca ativa	CA - Lesão cavitada ativa	Mancha	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	CI - Lesão cavitada inativa	R2 - Restauração estética	
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório	
AE - Abrasão/erosão	H - Hígido	I - Implante	
R1 - Amálgama	R4 - Restauração metálica	EI - Extração indicada	

Presença de gengivite/periodontite Não  Sim  Data / /

### Plano de tratamento (por consulta)

### Tratamento realizado (preenchimento pelo cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

### Necessidade de encaminhamento para referência (preenchimento pelo cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)

# CARTÃO DA GESTANTE



Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Estado Civil (opcional): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da Operadora: **Associação Petrobras de Saúde - APS** Registro ANS: **42263-1**

Central de atendimento: **0800 728 3372** Estado Civil (opcional): \_\_\_\_\_

### Agendamento de consultas de pré-natal

Data	Hora	Nome do profissional
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

# Carta de informação à gestante

O parto é um momento muito especial, que marca uma transição na vida da família e representa o sonhado primeiro encontro com o bebê. Por isso é tão importante que a mulher vivencie este acontecimento plenamente.

Pense em tudo que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você deseja ter ao seu lado e como gostaria de aliviar a dor.

Quando for escolher o médico para realizar o seu pré-natal, você poderá solicitar informações importantes como, por exemplo, o percentual de cesarianas e de partos normais realizados pelo médico e/ou pela maternidade. Para abrir a solicitação, acesse nosso Fale Conosco, selecione a opção "Dúvida/Consulta" no campo "Motivo". Em "Categoria", escolha "Rede Credenciada" e depois "Indicação de credenciado", em "Subcategoria".

Ao enviar o pedido de informação, você receberá um número de protocolo. Iremos responder sua solicitação em até dez dias úteis, por e-mail. Além disso, não deixe de esclarecer todas as dúvidas com seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação, entre a 37ª e a 42ª semana, é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo com problemas respiratórios devido a cesáreas agendadas e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Além dos problemas respiratórios agudos, podem ocorrer complicações com potencial risco de internação em uma UTI neonatal. Essa situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

A cesárea é um procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas e não apenas o desejo da parturiente de não sentir dor. Você poderá, durante as consultas de pré-natal, conversar com o seu médico a respeito de métodos que proporcionarão uma assistência tranquila ao trabalho de parto, bem como o alívio da dor no parto vaginal.

Todas as mulheres têm direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Garantimos a cobertura das despesas com acomodação e alimentação do acompanhante, além da paramentação necessária para sua entrada no centro obstétrico.

E você sabia que a higiene bucal durante a gestação é muito importante? É recomendado o uso diário do fio dental, uma alimentação equilibrada e visitas periódicas ao dentista, pois essas medidas ajudam a reduzir os problemas que podem surgir na gravidez.

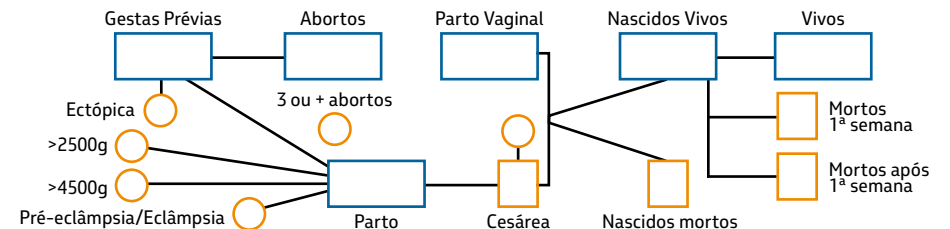
Este Cartão da Gestante tem a função de registrar as principais informações a respeito da sua gestação, além de ser importante para facilitar o atendimento no caso de alguma urgência ou parto antecipado. É aconselhável mantê-lo sempre por perto, apresentando em todas as consultas durante sua gestação.



## Gestação Atual

DUM	/	/	<b>TIPO DE GRAVIDEZ</b>								
DUM	/	/	Única	<input type="radio"/>	Risco habitual	<input type="radio"/>					
DPP (USGV)	/	/	Gemelar	<input type="radio"/>	Gravidez de alto risco	<input type="radio"/>					
			Tripla ou mais	<input type="radio"/>	Gravidez planejada	não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/>					
			Ignorada	<input type="radio"/>							
	Não	Sim		Não	Sim	Não	Sim				
Fumo (nº de cigarros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Incompet. Istmo cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça parto prematuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/ Polidrâmio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de insulina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rut. prem. membrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Vacina antitetânica</b>				<b>Hepatite B</b>							
Sem informação de imunização <input type="radio"/>				Imunizada <input type="radio"/>							
Imunizada há <b>menos</b> de 5 anos <input type="radio"/>				1ª dose / /							
Imunizada há <b>mais</b> de 5 anos <input type="radio"/>				1ª dose / /							
1ª dose / / 3ª dose / /				1ª dose / /							
2ª dose / / Reforço / /				<b>Influenza</b> / /							
<b>Coqueluche (dTpa)</b> / /				<b>Difteria</b> / /							
<b>Antecedentes clínicos</b>				<b>Tétano</b> / /							
Diabetes		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cir. pelv. uterina		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção urinária		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilidade		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



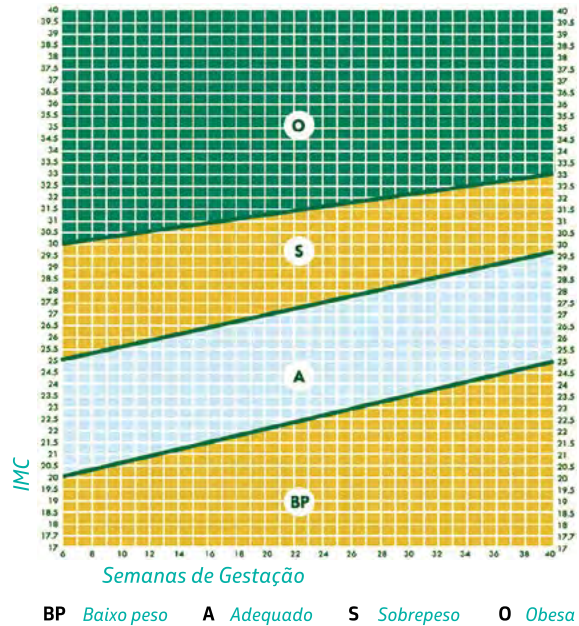
Amamentação: Não  Sim  Data do término da última gestação: / /

Por quanto tempo?

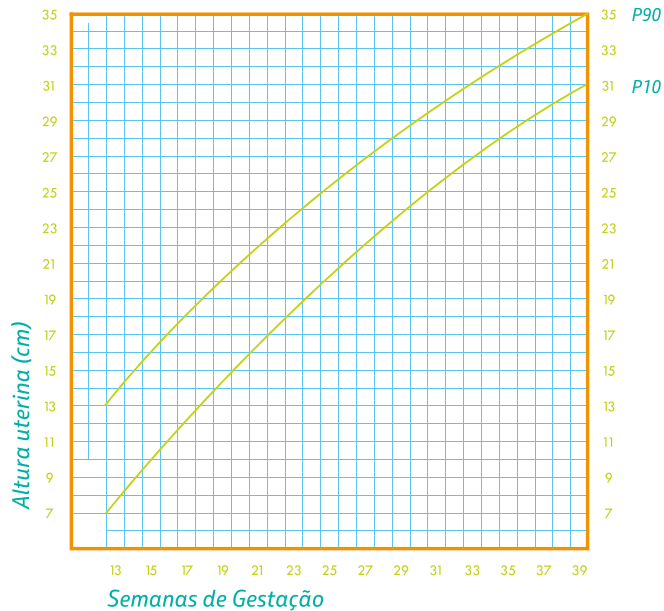
# Acompanhamento de Consultas de Pré-Natal

Consultas	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
Data												
Queixa												
Exame das mamas												
IG semanas												
Peso(kg)/IMC												
Edema												
Pressão arterial (mmHG)												
Altura uterina (cm)												
Apresentação fetal												
BCF/Mov. Fetal												
Toque, se indicado												
Papanicolau												
Consulta pré-natal com pediatra no 3º trimestre												
<b>Participou de atividades educativas</b> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data / / Data / / Data / /	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta	Obs: diagnóstico e conduta
<b>Realizou visita à maternidade</b> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Data / /												
Assinatura do médico												
Nome da maternidade												
Endereço												
Telefones												

# Gráfico de acompanhamento nutricional



# Curva de altura uterina / idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Toxoplasmose				
HBsAg (1º e 3º trim.)				
Glicemia de Jejum				
TOTG (2h/75g)				
Anti-HIV				
HB/Ht				
VDRL				
Urina-EAS				
Urina Cultura				
Coombs Indireto				

**Outros**

Peso Anterior:	Altura (cm):	Eletroforese de Hemoglobina:	Malária (somente para Região Amazônica):
Antecedentes familiares:	Não    Sim	Padrão <input type="radio"/> AA	
Gemelares	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Heterozigose <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> AC	
Diabetes	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Homozigose <input type="radio"/> SS <input type="radio"/> AC	
Hipert. Arter.	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Mã formação	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Outros	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		

Teste rápido	Data	Resultado	Data	Resultado
Sífilis				
HIV				
Hepatite B e C				

Suplementação - **Sulfato ferroso**

Meses  Sim     1º     2º     3º     4º     5º     6º     7º     8º     9º     Não

Suplementação - **Ácido Fólico**

Meses  Sim     1º     2º     3º     4º     5º     6º     7º     8º     9º     Não

## Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Sexo	Outros