



Exames

	Data	Resultado
ABO-RH		
Coombs Indireto		
Glicemia de jejum		
Citomegalovírus		
FTA-abs		
GTT Oral		
Hemograma		
Hepatite C		
Hepatite		
B-HBsAg (1º e 3º Trim.)		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Toxoplasmose		
TOTG(2h/75g)		
HB/Ht		
VDRL		
Urina-EAS		
Urina cultura		
Outros		

Caderneta Gestante



Nome:

Endereço: N°

Bairro Município UF

Tel.: Cartão SUS n°

Peso Altura IMC Idade

Histórico Familiar

	Sim	Não
Diabetes	☐	☐
Hipertensão arterial	☐	☐
Gemelar	☐	☐
Outros	☐	☐

Fator Rh

Pressão Arterial

Gravidez de Risco

☐ Sim ☐ Não

Gestação atual

	SIM	NÃO
Fumante	☐	☐
Álcool	☐	☐
Outras drogas	☐	☐
Violência doméstica	☐	☐
HIV/AIDS	☐	☐
Sífilis	☐	☐
Toxoplasmose	☐	☐
Infecção Urinária	☐	☐
Anemia	☐	☐
Inc. istmocervical	☐	☐
Ameaça parto premat.	☐	☐
Isoimunização Rh	☐	☐
Oligo/polidrâmnio	☐	☐
Rut. prem. membrana	☐	☐
CIUR	☐	☐
Pós-datismo	☐	☐
Hipertensão arterial	☐	☐
Pré-eclâmpsia/eclâmp.	☐	☐
Cardiopatia	☐	☐
Diabetes gestacional	☐	☐
Uso de insulina	☐	☐
Hemorragia 1º trim.	☐	☐
Hemorragia 2º trim.	☐	☐
Hemorragia 3º trim.	☐	☐

Antitetânica

Vacinas

- ☐ Sem informação de vacinação ☐ Imunizado há menos de 10 anos
☐ Imunizado há mais de 20 anos

Hepatite

Febre amarela

Covid



Agendamentos

Consultas do pré-natal

1ª Consulta

__/__/__

2ª Consulta

__/__/__

3ª Consulta

__/__/__

4ª Consulta

__/__/__

5ª Consulta

__/__/__

6ª Consulta

__/__/__

7ª Consulta

__/__/__

8ª Consulta

__/__/__

9ª Consulta

__/__/__

10ª Consulta

__/__/__

11ª Consulta

__/__/__

12ª Consulta

__/__/__

Ultrassonografia

Data

☐ Ig Dum

__/__/__

☐ Ig Usq

__/__/__

☐ Peso Fetal

__/__/__

Data

Placenta

__/__/__

Líquido

__/__/__

Outros

__/__/__

Obs.:

Tipo de Gravidez

☐ Única ☐ Gemelar ☐ Tripla ou mais

☐ Ignorada ☐ Risco habitual ☐ Alto risco

Suplementação

Sulfato ferroso

1º Mês ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não

Ácido Fólico

1º Mês ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não ☐ Não

Acompanhamento gestacional

Data	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês
Reclamações									
IG Semanas									
Peso (KG) /IMC									
Edema									
Pressão Arterial (mmHG)									
Altura Uterina (cm)									
Apresentação Fetal									
BCF/Mov. Fetal									
Toque se indicado									

