

## INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Data da Consulta: ____/____/____
DN: ____/____/____ Idade: _____	CNS: _____ Cor: _____
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____
Endereço atual: _____	ACS: _____
Unidade de Referência: _____	Maternidade de Vinculação: _____
Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) Ensino Primário ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( ) Pós-Graduação	
Estado Civil: ( ) União estável ( ) Casada ( ) Solteira Parceria: _____	
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/SUBJETIVO	
GESTAÇÃO ATUAL	
DUM: ____/____/____ DPP: _____	IG(DUM): _____ IG(USG): _____
( ) HAS ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) Doença Renal Crônica ( ) Anemias e Deficiências alimentares ( ) Desvios Nutri.	
( ) Epilepsia ( ) Endocrinopatias _____ ( ) Alergias _____	
( ) Doenças neurológicas e Psiquiátricas _____ Cirurgias: _____	
Outras doenças: _____	
Faz uso de medicação de uso contínuo? Qual medicamento e posologia? _____	
Tem alguma alergia? ( ) não ( ) sim. Especifique: _____	
Histórico Vacinal: _____	
Hábitos Alimentares: _____	
Hábitos de Vida: ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Outras Drogas ( ) Sedentarismo	
Ocupação habitual: _____	
( ) Esforço físico intenso ( ) Exposição a agentes químicos e físicos ( ) Estresse ( ) Outros _____	
Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não Gravidez desejada? ( ) Sim ( ) Não	
Padrão do sono: ( ) normal ( ) diminuído ( ) aumentado Tem dificuldade para dormir? ( ) não ( ) sim. Especifique: _____	
Reações/comportamentos: ( ) medo ( ) agressividade ( ) ansiedade ( ) frustração ( ) aflita/chorosa ( ) agitada ( ) incapacidade ( ) tranquila ( ) Outros: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
Nº gestações (inclusive esta): _____ Nº nascidos vivos: _____ Nº abortos: _____ Nº óbitos fetais: _____	
Nº de filhos vivos: _____ Idade da primeira gestação: _____ Intervalo entre as gestações: _____	
Tipagem sanguínea: _____ Tipagem sanguínea do pai do embrião/feto: _____	
Isoimunização Rh: ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconhece	
Nº de RN pré-termo (<37 semanas): _____ Nº de RN pós-termo (>42 semanas): _____ Nº RN > 4000g: _____	
Nº mortes neonatais precoces (<7 dias de vida): _____ Nº mortes neonatais tardias (>7 e <28 dias de vida): _____	
Motivo: _____	
Nº de Natimorto: _____ Idade gestacional em que ocorreu: _____	
RN com ( ) Icterícia ( ) Transfusão ( ) Hipoglicemia ( ) Exsanguíneo-transfusões	
Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar): _____	
Intercorrências ou complicações no puerpério (especificar): _____	
História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame): _____	
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	
Ciclos Menstruais	
Duração: _____	Intervalo: _____ Regularidade: _____
Métodos contraceptivos utilizados e motivo do abandono _____	
Desejo de inserção de DIU no pós-parto: _____	
Tratamento de infertilidade ou esterilidade? ( ) Sim ( ) Não	
Infecções Sexualmente Transmissíveis: _____	
Cirurgias Ginecológicas (idade e motivo): _____	
Alteração de mamas e/ou cirurgias: _____	
Data última citologia oncótica: ____/____/____. Resultado: _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES	
( ) HAS ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) Doença Renal Crônica ( ) Doenças congênicas ( ) Gemelaridade ( ) Câncer de mama ou de colo ( ) Hanseníase ( ) Contato de paciente com Tuberculose	
SEXUALIDADE	

Coitarca: \_\_\_\_\_ Dispareunia atual? ( ) Sim ( ) Não

Medo de prática sexual durante gestação? ( ) Sim ( ) Não

Nº de parceiros sexuais recentes (último ano): \_\_\_\_\_

Uso habitual de preservativo? ( ) Sim ( ) Não Sabe como usar corretamente? ( ) Sim ( ) Não

**EXAME FÍSICO DA GESTANTE/OBJETIVO**

Peso Atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Inspeção de pele e mucosas: Alteração? ( ) Sim ( ) Não

Palpação de pescoço, região cervical e axilar. Alteração? ( ) Sim ( ) Não

Ausculta cardiopulmonar: \_\_\_\_\_

Mamas: Tipo de mamilo ( ) hipertrófico ( ) protuso ( ) semi-protuso ( ) plano ( ) invertido

Abdome: ( ) inalterado ( ) distendido Ausculta: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_ AU: \_\_\_\_\_

Palpação Obstétrica: \_\_\_\_\_

Exame especular (se necessário): \_\_\_\_\_

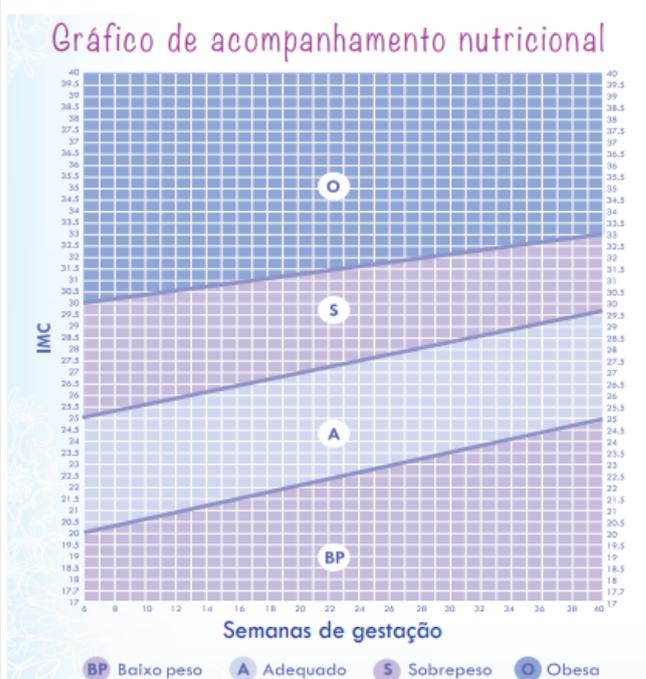
Urina: ( ) normal ( ) alterado ( ) não sabe informar. Eliminação Intestinal: ( ) Diária ( ) Irregular \_\_\_\_\_ dias sem evacuar

Higiene corporal: ( ) boa ( ) precária ( ) péssima

Edema: ( ) presentes ( ) ausentes Especificar: \_\_\_\_\_

Varicosas: ( ) presentes ( ) ausentes Especificar: \_\_\_\_\_

**GRÁFICOS**



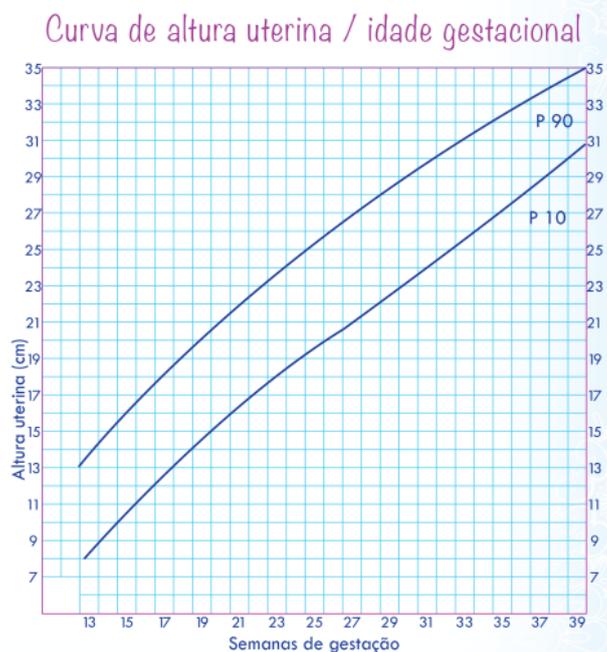
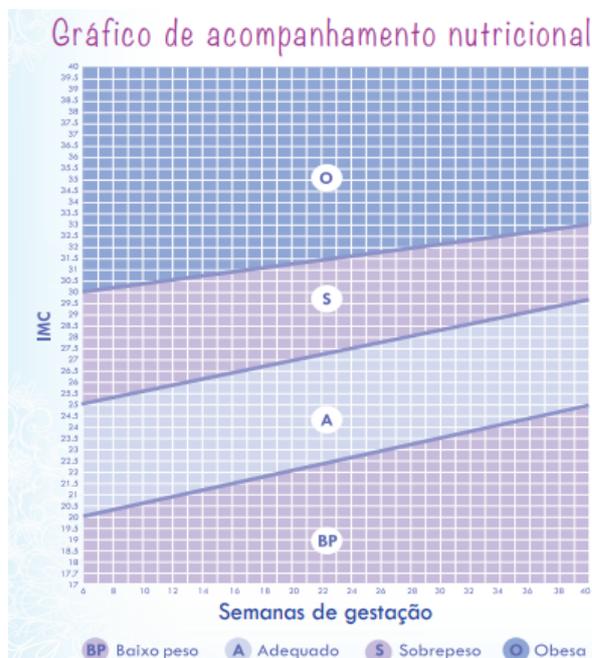
Queixas atuais: \_\_\_\_\_

Resultados de exames:

**OBSERVAÇÕES**

## INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM - CONSULTAS SUBSEQUENTES

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Data da Consulta: ____/____/____
DN: ____/____/____ Idade: _____	CNS: _____
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/SUBJETIVO	
GESTAÇÃO ATUAL	
DUM: ____/____/____	DPP: _____ IG (DUM): _____ IG (USG): _____
Resultados de Exames – Data da Realização: ____/____/____	
ABO – Rh: _____	Glicemia em Jejum: _____ Urina EAS: _____ Urocultura: _____
Hemograma: _____	
Testes Rápidos: Sífilis _____	HIV: _____ Hepatites: _____
EXAME FÍSICO DA GESTANTE/OBJETIVO	
Peso Atual: _____	IMC: _____ P.A.: _____ FC: _____ FR: _____ Sat O <sub>2</sub> : _____
Queixas atuais: _____	Estado vacinal: _____
Inspeção de pele e mucosas: Alteração? ( ) Sim ( ) Não	
Palpação de pescoço, região cervical e axilar. Alteração? ( ) Sim ( ) Não	
Ausculta cardiopulmonar: _____	
Mamas: _____	
Abdome: ( ) inalterado ( ) distendido	Ausculta: _____ BCF: _____ AU: _____
Palpação Obstétrica: _____	
Exame especular (se necessário): _____	
Urina: ( ) normal ( ) alterado ( ) não sabe informar. Eliminação Intestinal: ( ) Diária ( ) Irregular ____ dias sem evacuar	
Higiene corporal: ( ) boa ( ) precária ( ) péssima Edema: ( ) presentes ( ) ausentes Especificar: _____	
Varicosas: ( ) presentes ( ) ausentes Especificar: _____	



### OBSERVAÇÕES

Passou por atendimento odontológico? ( ) Sim ( ) Não

Participou de atividade educativa? ( ) Sim ( ) Não

Realizou a visita antecipada à maternidade? ( ) Sim ( ) Não

Tem interesse no plano de parto? ( ) Sim ( ) Não

Tem interesse na inserção do DIU pós-parto? ( ) Sim ( ) Não

- Realizar novas testagens rápidas, bem como outros exames da triagem pré-natal a partir de 28ª semanas;
- As ações e práticas educativas devem ser realizadas nas consultas individuais e em grupo;
- Os registros devem estar presentes no cartão da gestante e prontuário;
- Orientar o agendamento das consultas subsequentes;
- Ofertar a oportunidade da realização do pré-natal da parceria e incentivar a presença do acompanhante nas consultas, seguir Protocolo de Saúde do Homem (Pré-natal do parceiro).