

TABELA DE ACOMPANHAMENTO – PRÉ-NATAL



NOME: _____ **FAMÍLIA:** _____ **TELEFONE:** _____

G_P_N () C () A **DUM:** __/__/__ **1º USG**(__/__/__): **IG:** _____

PRIMEIRA CONSULTA: (__/__/__) - **IMC na 1ª Consulta:** _____ **INICIAR ÁC. FÓLICO 5MG/DIA**

Vacinação: Hepatite B: 1ª Dose (__/__/__) **2ª Dose** (__/__/__) **3ª Dose** (__/__/__)

DTpa (depois de 20 semanas): (__/__/__) **Influenza:** (__/__/__)

EXAMES DO 1º TRIM: (__/__/__)

| HB/HT | TS | GJ | PARASITO. | URINA | UROCUL. | HIV | HBSAG | VDRL/TP | TOXO | TSH* |
|-------|----|----|-----------|-------|---------|-----|-------|---------|------|------|
| | | | | | | | | | | |

Obs: GJ > 92 = DM gestacional.

EXAMES DO 2º TRIM: (__/__/__) **SULFATO FERROSO A PARTIR 17 SEM**

| URINA | UROCULTURA | HIV | HBSAG | VDRL/TP | TOXO, SE SUSCETÍVEL | Hb/HT |
|-------|------------|-----|-------|---------|---------------------|-------|
| | | | | | | |

SE RH NEGATIVO COOMBS: _____

GTT (COM 24-28SEM) (__/__/__) - **VR: 92/180/153 mg/dl**

EXAMES DO 3º TRIM: (__/__/__)

| HIV | HBSAG | VDRL/TP | TOXO SE SUSCETÍVEL | HB/HT | Urina | Urocultura |
|-----|-------|---------|--------------------|-------|-------|------------|
| | | | | | | |

SE RH - COOMBS: _____

| | Data | IG | Laudo |
|---------------|------|----|-------|
| 1º USG | | | |
| 2º USG | | | |
| 3º USG | | | |
| | | | |

#AGENDAR PROJETO NASCER COM 33 SEMANAS

Encaminhada ao Projeto Nascer (__/__/__) **Encaminhada ao PN de alto risco** (__/__/__)