

Programa
Gestação Segura



Cartão da **Gestante**

 **Hapvida**
NotreDame

Cartão da Gestante

Nome:

Telefone:

Data de Nascimento:

Número do Sinam:

Agendamento:

Data	Hora	Local

Tipo de Pré-Natal:

Alto Risco

Baixo Risco

Alergias:

Sim

Não

Qual? _____

CARTA DE INFORMAÇÃO À GESTANTE

Elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS

O parto é um momento muito especial que marca uma transição na vida da mulher e da família. Representa o primeiro encontro com o bebê, por isso é importante a mulher vivenciar esse momento plenamente.

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

Quando for escolher o médico para realizar o seu pré-natal, você pode buscar informações importantes junto a sua operadora, pelos canais de comunicação disponíveis, como o percentual de cesarianas e de partos normais realizados pelo médico e pela maternidade. A operadora deverá lhe fornecer um número de protocolo e responder à sua solicitação em 15 dias úteis de forma presencial, por carta ou por e-mail.

Além disso, esclareça as dúvidas com o seu médico. Assim, você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O fim da gestação entre a 37ª e a 42ª semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior, física e mentalmente com mais facilidade e tranquilidade. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de 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. Isso pode aumentar algumas complicações, tais como: problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparadas àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI Neonatal. Essa situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à sua vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é o procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Todas as mulheres têm o direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Planos hospitalares com obstetrícia com acomodação enfermaria, quarto semipreparativo, quarto privativo, ou qualquer outra acomodação, devem cobrir as despesas da paramentação (roupas higienizadas necessárias para entrar no centro cirúrgico), alimentação e acomodação do acompanhante.

Dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato com o Disque ANS: 0800 701 9656.

Você conhece o Programa Gestação Segura?

O Gestação Segura é um programa destinado a você, gestante, garantindo a qualidade, humanização e acolhimento no seu acompanhamento pré-natal, trazendo mais segurança, incentivando o parto adequado e diminuindo os riscos de intercorrências durante sua gestação, parto e pós-parto.

O programa dispõe de uma equipe multidisciplinar para o seu acompanhamento e um monitoramento remoto através dos principais canais de comunicação, além de momentos educativos virtuais e presenciais, visitas à maternidade, grupos e muito mais.

Queremos estar perto de você durante todo o tempo!

Ao longo da gestação, você vai receber orientações sobre:



**Gravidez
saudável**



**Nutrição
na gravidez**



**Orientações
para o parto**



**Dicas de
amamentação**



**E muito
mais!**

Quando precisar, entre em contato através do nosso chatbot:

(11) 97195-0013

Aponte a câmera do celular para os QR Codes e acesse os cursos online.



Grupos de Gestante

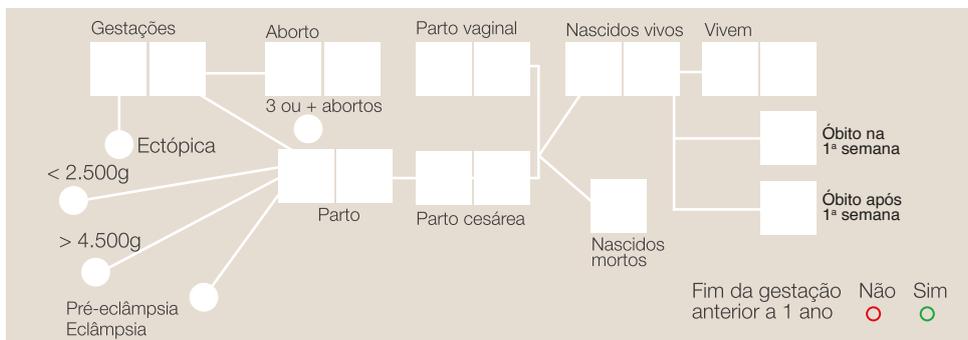


Curso de Planejamento Familiar

*Verificar unidades disponíveis que possuem o Programa.

Idade:	Estado civil:
Peso anterior:	Altura(cm):
Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Outros	

DUM	/ /	Gestação	Tipo de gravidez	
DPP DUM	/ /	<input checked="" type="radio"/> Única	Alto risco	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
USG	/ / IG__	<input type="radio"/> Gemelar	Planejada	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>
DPP USG	/ /	<input type="radio"/> Tripla ou mais		



Antecedentes clínicos	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cir. pélv. uterina	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção urinária	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilidade	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Gestação atual	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
Fumo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inc. istmocervical	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eclâmpsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça parto premat.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras drogas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização RH	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes gestacional	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/Aids	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	RPMO/RAMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso de insulina	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sífilis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipotireoidismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertireoidismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º trim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção urinária	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligoâmnio	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polidrâmio	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Vacina antitetânica</p> <p><input type="radio"/> Imunizada</p> <p><input type="radio"/> Não Imunizada</p> <p><input type="radio"/> Sem informação de imunização</p> <p>1ª dose ___/___/___</p> <p>2ª dose ___/___/___</p> <p>3ª dose ___/___/___</p> <p>Reforço ___/___/___</p>	<p>Hepatite B</p> <p><input type="radio"/> Imunizada</p> <p><input type="radio"/> Não Imunizada</p> <p>1ª dose ___/___/___</p> <p>2ª dose ___/___/___</p> <p>3ª dose ___/___/___</p> <p>Reforço ___/___/___</p>	<p>Covid-19</p> <p><input type="radio"/> Imunizada</p> <p><input type="radio"/> Não Imunizada</p> <p>1ª dose ___/___/___</p> <p>2ª dose ___/___/___</p> <p>3ª dose ___/___/___</p> <p>Reforço ___/___/___</p>	<p><input type="radio"/> Imunizada</p> <p><input type="radio"/> Não Imunizada</p> <p>DTPA</p> <p>___/___/___</p> <hr/> <p>Influenza</p> <p>___/___/___</p>
---	--	--	--

Pré-eclâmpsia

Risco Alto

- Pré-eclâmpsia em gestação anterior
- Gestação Gemelar
- Obesidade (IMC > 30)
- Hipertensão arterial crônica
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2
- Doença renal prévia
- Doenças autoimunes: LES/SAAF
- Gestação decorrente de reprodução assistida

Risco Moderado

- Nuliparidade
- História familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã)
- Idade materna ≥ 35 anos
- Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)
- Intervalo > 10 anos desde a última gestação

Obs: Na presença de 1 fator de alto risco ou 2 fatores de moderado risco, iniciar AAS 100 mg/dia e CaCO₃ 500 mg 2x ao dia a partir de 12 semanas.

Registro de Tratamento do VDRL com Penicilina Benzatina

Gestante	Assinatura	Carimbo
1ª Aplicação ___/___/___	_____	_____
2ª Aplicação ___/___/___	_____	_____
3ª Aplicação ___/___/___	_____	_____

Parceiro Ativo: realizou tratamento?

- Sim
- Não

Data de Aplicação ___/___/___

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Data					
Queixa					
IG DUM					
IG USG					
Peso (Kg) / IMC					
Pressão Arterial (mmHG)					
Edema					
Altura Uterina (cm)					
Apresentação fetal					
BCF/mov. fetal					
Toque					
Retorno					
Desejo de parto					
Diagnóstico e Conduta					
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a
Data					
Queixa					
IG DUM					
IG USG					
Peso (Kg) / IMC					
Pressão Arterial (mmHG)					
Edema					
Altura Uterina (cm)					
Apresentação fetal					
BCF/mov. fetal					
Toque					
Retorno					
Desejo de parto					
Diagnóstico e Conduta					
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a
Data					
Queixa					
IG DUM					
IG USG					
Peso (Kg) / IMC					
Pressão Arterial (mmHG)					
Edema					
Altura Uterina (cm)					
Apresentação fetal					
BCF/mov. fetal					
Toque					
Retorno					
Desejo de parto					
Diagnóstico e Conduta					
	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Data			
ABO Rh			
Coombs indireto			
Hemograma			
Plaquetas			
Glicemia de jejum			
Curva glicêmica			
HIV			
Sífilis			
Toxoplasmose			
Rubéola			
Hepatite B			
Anti-HBs			
Hepatite C			
Urina tipo 1			
Urocultura			
TSH/T4L			
TGO/TGP			
Creatinina			
Proteinúria			
Strepto B			
Colpocitologia			
Vitamina D			
Outros			

Atividades Educativas

Curso de gestante

___/___/___

Curso de diabetes

Sim Não

Realizou visita à maternidade?

Sim Não

Qual _____

___/___/___

Qual _____

___/___/___

Ultrassonografia

	Data	Id. Gestac.	Apresentação	Peso fetal	Placenta	Líquido	Doppler	Outras Alt.
Obstétrico inicial								
Morfológico 1º tri								
Morfológico 2º tri								
Obstétrico								
Obstétrico								
Obstétrico								
Ecofetal								
Outros								
Outros								
Outros								

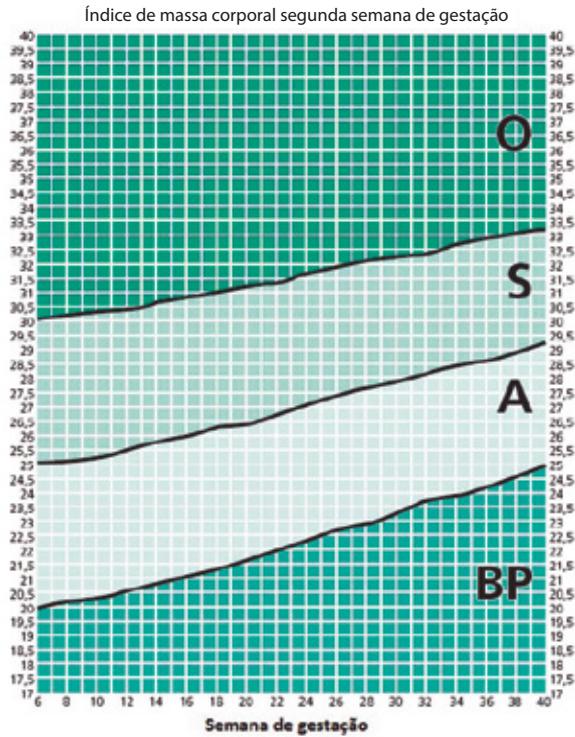
Internação na gravidez?

Sim Não

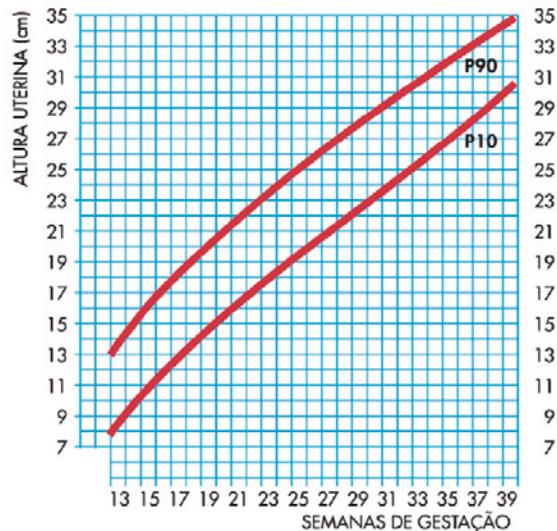
Data: ___/___/___

Motivo: _____

Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina/idade gestacional



Dados do Parto

Data:
Local:
Tipo:
Indicação:
Intercorrências no puerpério:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Quais:

Recém-nascido

Sexo	Peso(g):	APGAR		Evolução
		1°	5°	

UTI Neonatal

<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Motivo:

Aleitamento Materno

<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Consulta Odontológica

8	7	8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28
18	17	18	17	16	15	14	13	12	11	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
0 - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite Sim Não Data ____/____/____

Plano de tratamento (por consulta)

Tratamento realizado (para o cirurgião-dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião-dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado

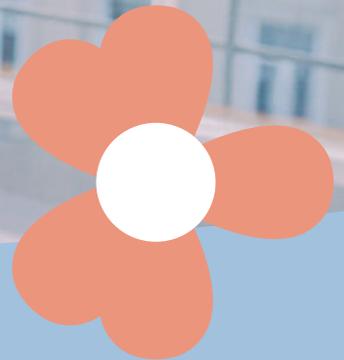
Anotações

Anotações



ANS nº 359017

Responsável Técnico: Dr. Rodolfo Pires de Albuquerque - CRM 40137



Plano de Parto

Nome: _____

Nome do bebê: _____

Nome do acompanhante: _____

Outros: _____

Recebido por: _____

Médico(a) Obstetra

Enfermeiro(a) Obstetra

Plano de Parto

Olá, está chegando um dos momentos mais especiais da sua vida. Para que tudo saia como você planejou, é indispensável deixar escrito aqui os seus desejos e as suas expectativas.

O trabalho de parto será acompanhado dentro do hospital a partir do momento em que as contrações estiverem regulares e o colo do útero estiver fino e dilatado. Se você perceber que está perdendo líquido ou sangue, mesmo que ainda não esteja com contrações, procure o hospital para ser avaliada.

Procedimentos que não realizamos:

- Manobra de Kristeller - Tricotomia (raspagem dos pelos) - Lavagem intestinal

Liste abaixo as suas preferências

- 1) Quem você quer ao seu lado na hora do parto? É seu direito escolher um acompanhante e uma doula (previamente cadastrada).
 - Marido/parceiro(a)/pai do bebê
 - Dispensar acompanhante
 - Outros

- 2) Existem várias formas naturais de alívio de dor. Você gostaria que fossem oferecidas a você?
 - Sim
 - Não

- 3) É possível realizar analgesia com medicação durante o trabalho de parto. Você gostaria que fosse oferecida a você?
 - Sim
 - Não

- 4) Outros desejos para o trabalho de parto:
 - Não quero receber ocitocina, caso as contrações estejam eficazes.
 - Se possível, gostaria de comer e tomar líquidos enquanto for tolerado.
 - Se possível, quero ter liberdade para caminhar e escolher a posição mais confortável.
 - Não quero que a bolsa seja rompida artificialmente sem indicação médica.
 - Não quero que nada seja feito sem meu consentimento prévio.
 - Se possível, gostaria de um ambiente com pouco ruído.
 - Se possível, gostaria que o ambiente fosse mantido com baixa luminosidade.

5) A posição do parto é escolhida pela mulher. Em alguns casos, a equipe vai ajudar na escolha. Em que posição você gostaria de ter o parto?

- Deitada.
- De cócoras.
- Deitada com a cabeça elevada.
- De lado.
- Em quatro apoios.
- Prefiro decidir na hora.
- Sem preferência.

6) A episiotomia é um corte feito na vagina para auxiliar a passagem do bebê. Esse procedimento não deve ser feito em todas as mulheres e, se for necessário, a equipe deve avisar e pedir a sua autorização.

- Não quero que seja feita episiotomia.
- Concordo que a episiotomia seja realizada após o meu consentimento.

7) O bebê que nasce bem é colocado imediatamente sobre o colo da mãe e o cordão permanece ligado até parar de pulsar. Após o parto normal, se for possível, você gostaria de:

- Amamentar desde a primeira hora.
- Aguardar a expulsão espontânea da placenta.
- Ter o seu bebê sempre com você na sala de parto.
- Receber liberação para alojamento conjunto o quanto antes.
- Outros.

8) Cuidados com o bebê:

- Se possível, quero amamentar sob livre demanda.
- Não oferecer água glicosada, bicos ou complemento ao bebê sem falar comigo.
- Se possível, gostaria de dar o primeiro banho e trocar as roupas do meu bebê.
- Gostaria que o primeiro banho fosse realizado apenas depois de 24 horas.

9) Caso a cesárea seja necessária:

- Quero estar acompanhada na sala de parto.
- Se possível, não quero ser sedada durante a cirurgia.
- Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa ver o nascimento.
- Se possível, gostaria de um ambiente silencioso, com baixa luminosidade e sem ar-condicionado.
- Se possível, após o nascimento, gostaria que o bebê fosse colocado sobre meu peito para que eu possa segurá-lo e amamentá-lo.
- Sempre que possível, gostaria de permanecer em contato pele a pele com meu filho enquanto estiver na sala de parto.
- Gostaria de receber liberação para alojamento conjunto o quanto antes.

Programa
Gestação Segura

Caso possua outros desejos ou expectativas, escreva abaixo.



**Desejamos que esse momento seja maravilhoso,
a Hapvida estará ao seu lado para o que precisar!**

