



# CARTÃO DA GESTANTE

Nome:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

Município:

Nome da Operadora: NotreDame Intermédica Saúde S.A.

Registro ANS: 359017

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala



NotreDame  
Intermédica

## 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 este momento plenamente.

Pense em tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você gostaria de ter ao seu lado, 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 parto normais realizados pelo médico e a 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 seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação entre 37ª e 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. Isto pode aumentar algumas complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI Neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à sua vida extrauterina, ocasionados pela internação.

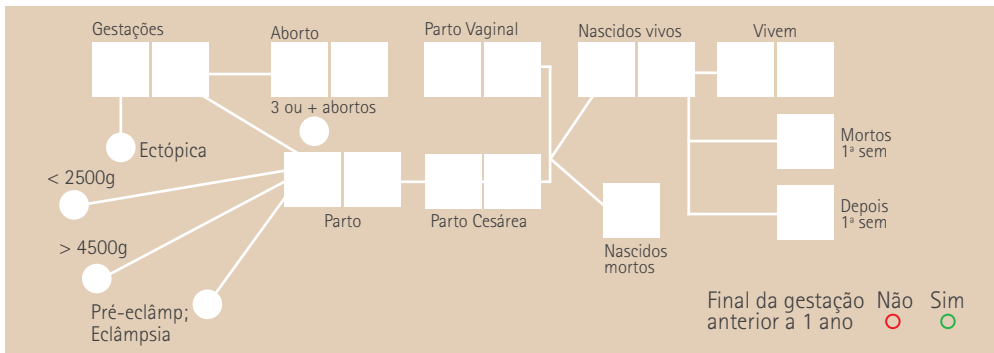
O parto cesáreo é o procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

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 semi-preparativo, 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.



DUM	/	/	<b>Gestação</b>	<b>Tipo de gravidez</b>	
DPP DUM	/	/	<input type="radio"/> Única	Alto Risco <input type="radio"/>	
USG	/	/	IG ____	<input type="radio"/> Gemelar	Planejada Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>
DPP USG	/	/	<input type="radio"/> Tripla ou mais		



<b>Antecedentes Clínicos</b>	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
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"/>			

### Gestação Atual

	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Fumo	<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"/>	Inc. Istmocervical	<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 premat.	<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/polidrâmnio	<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"/>

### Vacina antitetânica

Sem informação de imunização	<input type="radio"/>
Imunizada há <b>menos</b> de 5 anos	<input type="radio"/>
Imunizada há <b>mais</b> de 5 anos	<input type="radio"/>
1ª dose / / 2ª dose / /	
3ª dose / / reforço / /	

### Hepatite B

### Imunizada

1ª dose	/	/
2ª dose	/	/
3ª dose	/	/
Influenza	/	/
DTPA	/	/

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
Data				
Queixa				
IG DUM				
IG USG				
Peso (Kg) / IMC				
Edema				
Pressão Arterial (mmHG)				
Altura Uterina (cm)				
Apresentação Fetal				
BCF / Mov. Fetal				
Toque, se indicado				

### Atividades educativas

Curso de gestante

\_\_/\_\_/\_\_

Planejamento Familiar

\_\_/\_\_/\_\_

Curso de diabetes

\_\_/\_\_/\_\_

Realizou visita à maternidade

Sim  Não

Qual \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

Obs.: diagnóstico e conduta

Assinatura

Obs.: diagnóstico e conduta

Assinatura

Obs.: diagnóstico e conduta

Assinatura

Obs.: diagnóstico e conduta

Assinatura

### Ultrassonografia

Data	Idade Gestacional	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros

5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta	Obs.: diagnóstico e conduta
Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

### Ultrassonografia

Data	Idade Gestacional	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Peso anterior: \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares:  Diabetes  Hipertensão Arterial  Gemelar

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO RH				
Hb/Ht				
Glicemia de jejum				
VDRL				
Anti-HIV				
Hepatite B				
Hepatite C				
Toxoplasmose				
Urina EAS				
Urocultura				
GTT 75g (2h)				
Strepto B				
Coombs Indireto				

### CCO

#### Eletroforese de Hemoglobina

Padrão  AA Heterozigose  AS  AC Homozigose  SS  SC

Malária *(somente para região Amazônica)*

Teste rápido	Data	Resultado
--------------	------	-----------

Sífilis

HIV

#### Suplementação Sulfato ferroso e Ácido fólico

Sim  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

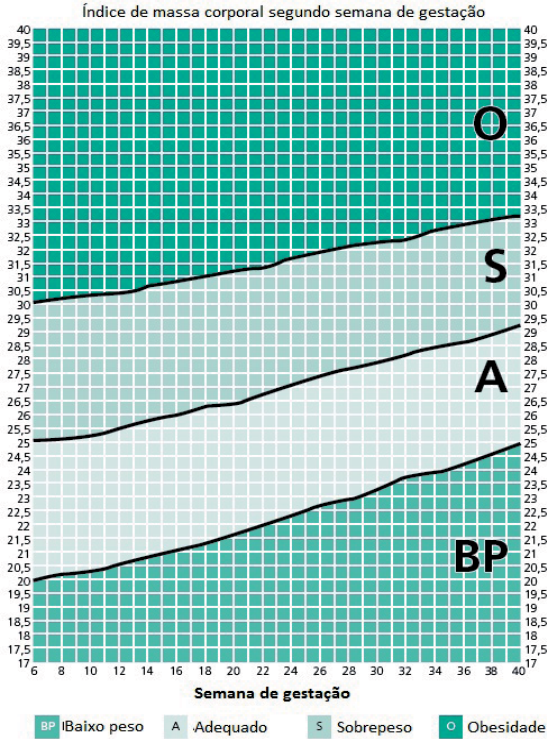
Não  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

#### Suplementação Polivitamínico

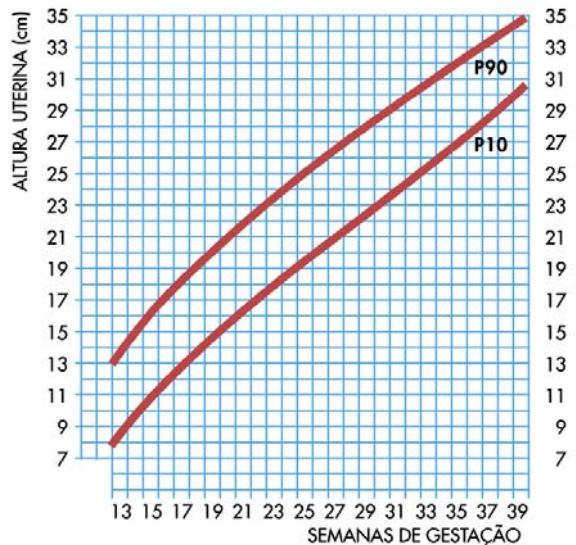
Sim  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

Não  1º mês  2º mês  3º mês  4º mês  5º mês  6º mês  7º mês  8º mês  9º mês

## Gráfico de acompanhamento nutricional



## Curva de altura uterina / Idade gestacional



## Consulta odontológica

8	7	6	5	4	3	2	1	21	22	23	24	25	26	27	28
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
O - 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 Não  Sim  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 (contra-ref.)



## Dados do parto

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local:

Tipo:

Indicação:

Intercorrências no Puerpério

Não:  Sim:

Quais:

### Rescém-Nascido

Sexo	Peso(g)	APGAR		Evolução
		1°	5°	

### UTI NEO

Não:  Sim:

### ALEITAMENTO

Não:  Sim:

Até quantos meses? \_\_\_\_\_

# ANOTAÇÕES



# ANOTAÇÕES



**As unidades de Medicina Preventiva QualiVida** estimulam a adoção de hábitos saudáveis e, entre suas ações, destaca-se o Programa GestaçãO Segura, focado na saúde da mãe e de seu bebê antes, durante e após a gestaçãO.

Sua atual condiçãO física exige cuidados importantes, especialmente os seguintes:

- Siga criteriosamente todas as recomendações do seu médico;
- Procure dormir tranquila e descansar o suficiente;
- Evite exercícius e atividades que exijam grandes esforços;
- Elimine fumo e álcool, que são prejudiciais ao desenvolvimento físico e mental do bebê;
- Não tome medicamentos sem o consentimento prévio do seu médico;
- Controle o peso, evite engordar muito e se alimente adequadamente.

## **PARA MAIS INFORMAÇÕES, ENTRE EM CONTATO PELOS CANAIS DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA GESTAÇÃO SEGURA**

São Paulo: (11) 3660-1080

Campinas : (19) 3741-2211

Jundiaí: (11) 4588-1426

Santos: (13) 3229-1580

Sorocaba: (15) 3212-9380

Minas Gerais: (31) 2121-9024

Rio de Janeiro: (21) 2528-8210

ANS nº 359017

Para mais informações sobre nossos programas, acesse:  
[www.intermedica.com.br/qualivida](http://www.intermedica.com.br/qualivida)