

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS DA GESTANTE

Nome da Gestante: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____
Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____
Gp. Sang.: _____ Fator RH: _____ Ant. Obsté.: _____ G _____ PN _____ C _____ A _____

DADOS DA GESTAÇÃO

D.U.M.: _____ D.P.P.: _____ IG: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

| Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição) | Justificativa |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Dependência de drogas ilícitas | |
| <input type="checkbox"/> Obesidade mórbida (IMC≥40) | |

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

| Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição) | Justificativa |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia uterina prévia fora da gestação | |
| <input type="checkbox"/> Colelitíase com repercussão na atual gestação | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo I e tipo II | |
| <input type="checkbox"/> Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional) | |
| <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas | |
| <input type="checkbox"/> Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras) | |
| <input type="checkbox"/> Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4 | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial crônica | |
| <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo | |
| <input type="checkbox"/> Histórico de tromboembolismo | |
| <input type="checkbox"/> Má formação útero-vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação) | |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias | |
| <input type="checkbox"/> Pneumopatias descompensadas ou graves | |
| <input type="checkbox"/> Psicose ou depressão grave | |

