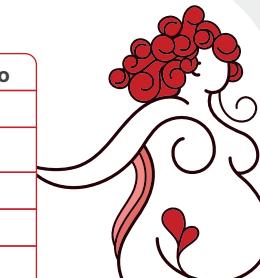
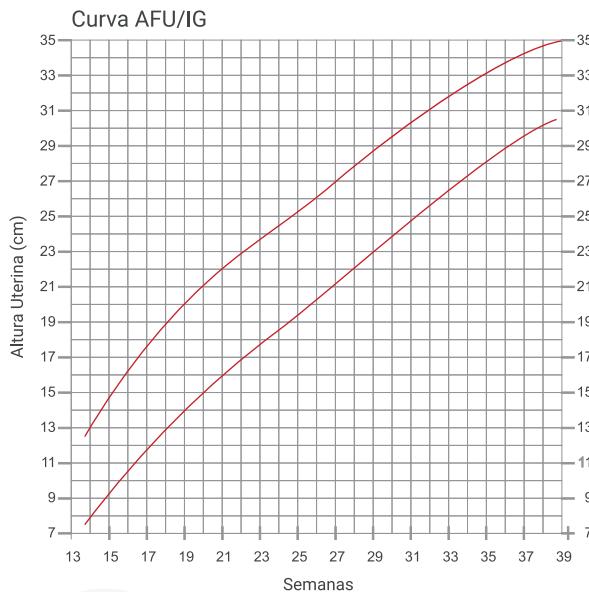


Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH	/			
Glicemia de Jejum	/		/	
Teste Oral de Tolerância à Glicose	/		/	
Sífilis (teste rápido)	/		/	
VDRL	/		/	
HIV/Anti HIV (teste rápido)	/		/	
Hepatite B - HBsAg	/		/	
Toxoplasmose	/		/	
Hemoglobina Hematócrito	/		/	
Urina-EAS	/		/	
Urina-Cultura	/		/	
Coombs Indireto	/		/	
Citologia Oncótica	/		/	
Outro	/		/	
Outro	/		/	
Outro	/		/	
Outro	/		/	
Outro	/		/	

Herpes genital:  Sim  Não

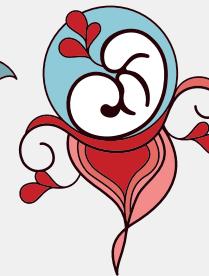
GBS:  Positivo  Negativo



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SÃO CAMILO

@saocamilosp

R. Raul Pompéia, 144  
Pompeia, São Paulo - SP



# Cartão Pré-Natal



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SÃO CAMILO

União Social Camiliana

Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Gest: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_\_

DPP USG: \_\_\_\_\_ Risco gestacional: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais e familiares: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Hospital de referência: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

♀ feminino ♂ masculino ⭐ surpresa ⚡ indiferente



Obstetriz/Enf. Obstetra: \_\_\_\_\_

Doula: \_\_\_\_\_

Neonatologista/Pediatra: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_



## Evolução da Gestação

Altura: \_\_\_\_\_

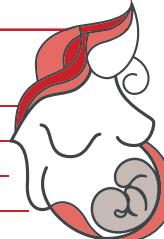
Peso pré-gravídico: \_\_\_\_\_



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

Hepatite B	Imunizada
1ª dose	/ /
2ª dose 1 mês após 1ª dose	/ /
3ª dose 6 meses após 1ª dose	/ /
Influenza	
data	/ /

COVID-19	Imunizada	
1ª dose	/	/
2ª dose	/	/
3ª dose	/	/
4ª dose	/	/
Reforço		



## Dados Complementares / Anotações