



CADERNO DA **GESTANTE**



CARTA DE INFORMAÇÃO À GESTANTE

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. Pensa 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 parto normal é o método natural de nascer durante o qual a mãe produz substâncias capazes de proteger o recém-nascido e favorecer a amamentação. A recuperação é imediata e possibilita que a mãe se levante e cuide do seu bebê.

A cesariana, quando indicada por razões clínicas, é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. No entanto, quando realizada sem uma razão médica que a justifique, podem ocorrer complicações com necessidade de um maior suporte hospitalar, nos casos em que a cirurgia é feita antes de 39 semanas de gestação.

É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos. A cesariana, a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias) para garantir a segurança do bebê. (Resolução CFM n. 2144/2016).

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-privativo, 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.

Em caso de dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) pelo telefone 0800 701 9656.

Fonte: Caderneta da Gestante Ministério da Saúde Versão: Fevereiro 2024 Revisão: 1

CARTÃO DA GESTANTE

Nome:

Nasc.: / / Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

Telefone:

Unidade: Registro ANS:

AGENDAMENTO

| Data | Horário | Profissional | Sala |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PLANO DE SAÚDE HOSPITALAR

Idade:

Peso Anterior:

Altura (cm):

Histórico familiar

Diabetes

Hipertensão Arterial

Gemelar

EXAMES

| | DATA | RESULTADO | DATA | RESULTADO | DATA | RESULTADO |
|----------------------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| ABO-RH | | | | | | |
| Toxoplasmose | | | | | | |
| HBsAg (1º trimestre) | | | | | | |
| HBsAg (3º trimestre) | | | | | | |
| Glicemia em jejum | | | | | | |
| TOTG (2h/75g) | | | | | | |
| Anti-HIV | | | | | | |
| HB | | | | | | |
| Ht | | | | | | |
| VDRL | | | | | | |
| Urina-EAS | | | | | | |
| Urina Cultura | | | | | | |
| Coombs Indireto | | | | | | |
| Outro: _____ | | | | | | |
| Outro: _____ | | | | | | |

ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA (PADRÃO)

AA Hetezigose

AS

AC Homozigose

SS

SC

TESTES RÁPIDOS

| | DATA | RESULTADO | DATA | RESULTADO |
|-----------------------------------|------|-----------|------|-----------|
| Sífilis | | | | |
| HIV | | | | |
| Hepatite B | | | | |
| Hepatite C | | | | |
| Malária (apenas região Amazônica) | | | | |

SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO

1º mês

2º mês

3º mês

4º mês

5º mês

6º mês

7º mês

8º mês

9º mês

PLANO DE SAÚDE **HOSPITALAR**

| | 1 ^a | 2 ^a | 3 ^a | 4 ^a |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Data: | | | | |
| Queixa: | | | | |
| IG Semanas: | | | | |
| Peso (Kg) / IMC: | | | | |
| Edema: | | | | |
| Pressão Arterial (mmHG): | | | | |
| Altura Uterina (cm): | | | | |
| Apresentação Fetal: | | | | |
| BFC / Mov. Fetal: | | | | |
| Toque, se indicado: | | | | |

PARTICIPOU DE ATIVIDADE EDUCATIVAS

Sim Não

Data: _____

Data: _____

Data: _____

REALIZOU VISITA À MATERNIDADE

Sim Não

Data: _____

Observação,
Diagnóstico
e conduta

Vertical lines for notes.

Assinatura

Signature line.

Observação,
Diagnóstico
e conduta

Vertical lines for notes.

Assinatura

Signature line.

Observação,
Diagnóstico
e conduta

Vertical lines for notes.

Assinatura

Signature line.

Observação,
Diagnóstico
e conduta

Vertical lines for notes.

Assinatura

Signature line.

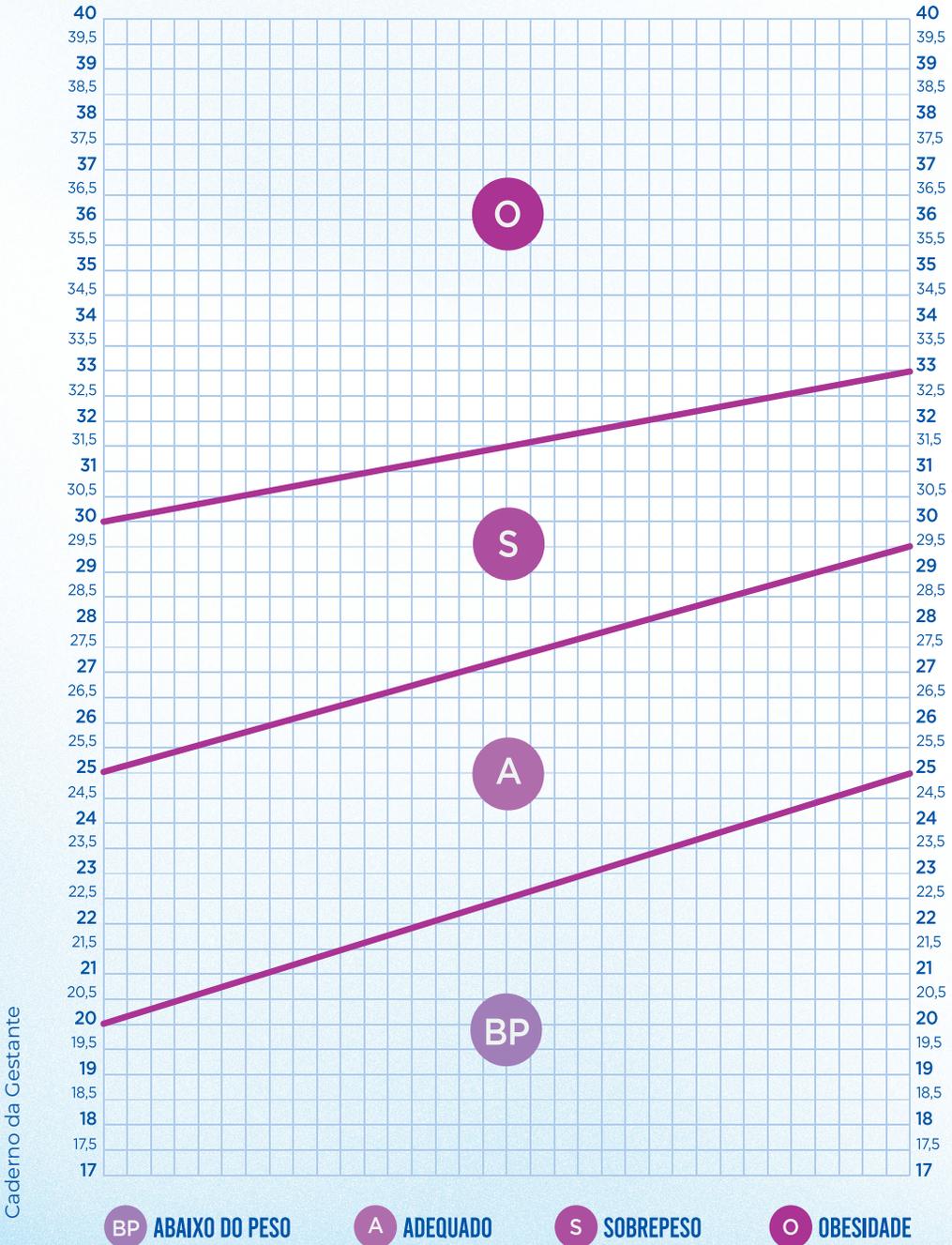
O
D
e

Vertical lines for notes.

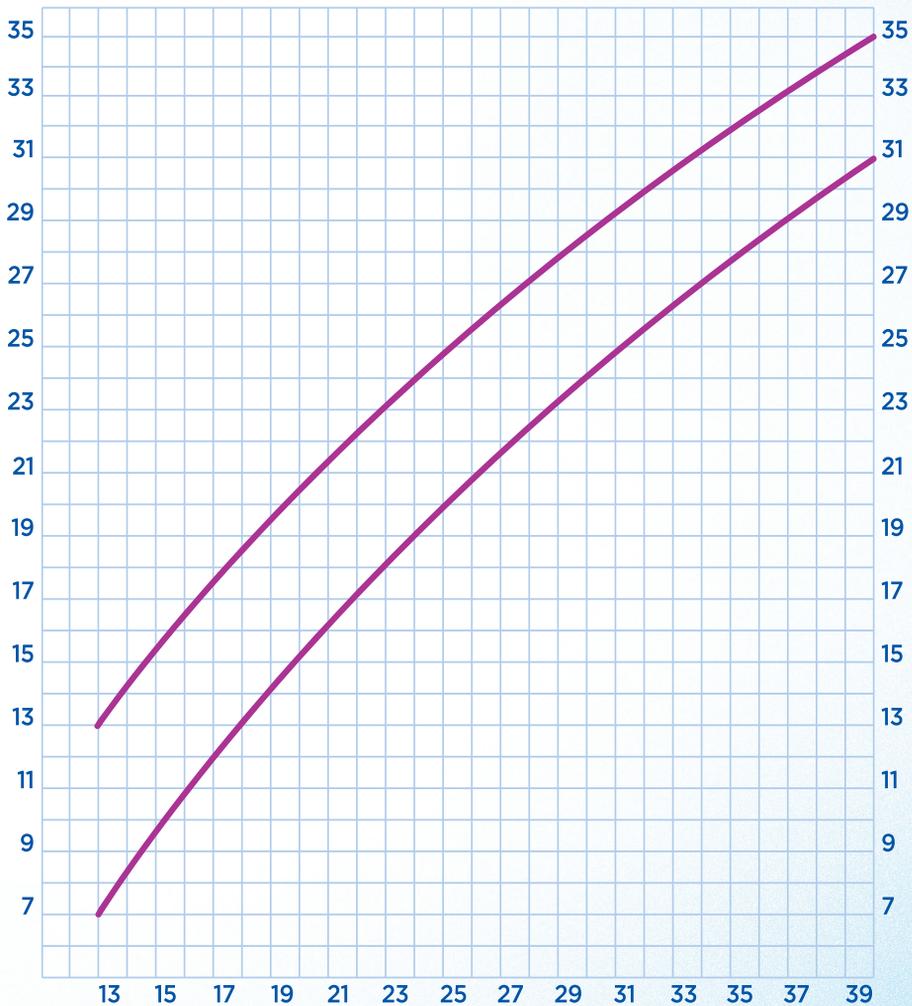
A

Signature line.

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

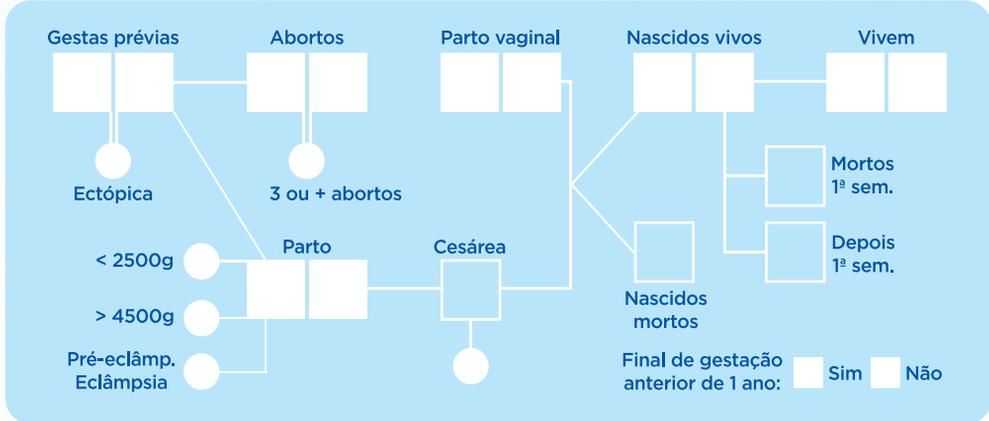


ALTURA UTERINA e idade gestacional



PLANO DE SAÚDE HOSPITALAR

| | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|---|-----------------------------------|
| DUM | / | / | Risco habitual | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Tipo de gravidez | <input type="checkbox"/> Única | <input type="checkbox"/> Ignorada |
| DPP | / | / | Gravidez Alto risco | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Gemelar | |
| DPP (USG) | / | / | Gravidez Planejada | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Tripla ou mais | |



ANTECEDENTES CLÍNICOS

| | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infertilidade | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Cir. pelv. uterina |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Tromboembolismo | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

GESTAÇÃO ATUAL

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fumo (nº: _____) | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Inc. istmocervical | <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia/eclâmp |
| <input type="checkbox"/> Outras drogas | <input type="checkbox"/> Ameaça parto premat. | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| <input type="checkbox"/> Violência doméstica | <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Oligo/polidrâmio | <input type="checkbox"/> Uso de insulina |
| <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Rut. prem. membrana | <input type="checkbox"/> Hemorragia 1ºtri. |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> CIUR | <input type="checkbox"/> Hemorragia 2ºtri. |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Pós-datismo | <input type="checkbox"/> Hemorragia 3ºtri. |

VACINA ANTITETÂNICA

| | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sem informação | <input type="radio"/> Não imunizada |
| <input type="radio"/> Imunizada - de 5 anos | <input type="radio"/> Imunizada + de 5 anos |
| 1ª dose / / | 2ª dose / / |
| 3ª dose / / | Reforço / / |

VACINA HEPATITE B

| | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sem informação | <input type="radio"/> Não imunizada |
| <input type="radio"/> Imunizada - de 5 anos | <input type="radio"/> Imunizada + de 5 anos |
| 1ª dose / / | 2ª dose / / |
| 3ª dose / / | Reforço / / |

Caderno da Gestante

| | | | |
|------------------------|----------------|---------------|-------------|
| COQUELUCHE (dTpa): / / | INFLUENZA: / / | DIFTERIA: / / | TÉTANO: / / |
|------------------------|----------------|---------------|-------------|

INFORMAÇÕES DE PARTO

Hospital: _____

Idade gestacional: _____ **Tamanho fetal corresponde:** Sim Não **Início:** Ind. Esp.

Menor de 37 ou maior de 42

Membranas: Int. Rot. **Ruptura:** Cef. Pelv. Tran. **Data:** _____ **Hora:** _____

Terminação: Exp. Ces. Forc. Out. **Epsitomia:** Sim Não

Dequit. Exp.: Sim Não **Morte fetal:** Sim Não

Data: _____ **Hora:** _____ **Data:** _____ **Hora:** _____

Nível de atenção: 3º 2º 1º **Domic.** **Outro** **Atendeu:** _____

Laceração: Sim Não **Momento:** Parto Grav. Igno. **Place. Compl.:** Sim Não

Parto: Médico Enfermeiro Paramédico Auxiliar Empir. Outros

Neonato: Médico Enfermeiro Paramédico Auxiliar Empir. Outros

Medicação no parto: Anestesia local Anestesia regional Anestesia geral
 Analgésico Tranquilizante Ocitocina Antibiótico Outros Nenhum

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Sexo: F M **V.D.R.L.:** - + **Apgar minuto:** 1º 5º 6+ **Reanima.:** Sim Não

Peso ao nascer: _____ g - de 2.500g **Idade por ex. físico:** _____ sem. - de 37 sem.

Peso/I.G.: Adequado Pequeno Grande **Estatura:** _____ cm **Per. cef.:** _____ cm

Ex. físico imediato: Normal Anormal **Ex. físico pré-alta:** Normal Anormal

Ex. Neurológico: Normal Anormal Duvidoso **RN aloj./conj.:** Sim Não

Patologias: Nenhuma Apneia M. Hialina Hemorra. A. Cong S. Aspirat.
 Hiperbili. Neurol Outro SRD Infecção Outra

Alta do RN: Sadio Transf. C/ patol. Óbito **Idade alta/transf.:** _____ Dias _____ Horas

Alimentação: Peito Misto Artificial **Idade ao falecer:** _____ Dias _____ Horas

PUERPÉRIO:

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Hora ou dias após parto/aborto: | | | |
| Temperatura: | | | |
| Pulso (batimento/min.): | | | |
| Pressão arterial máx./min. (mmHg): | | | |
| Involução uterina: | | | |
| Característica dos lóquios: | | | |

TRATAMENTOS REALIZADOS

(para o cirurgião dentista)

| Data | Dente | Procedimentos realizados | Ass. CD |
|------|-------|--------------------------|---------|
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |

NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA

(para o cirurgião dentista)

| Especialista | Tratamento necessário | Encaminhamento | Retorno | Plano cuidado (contra-refer.) |
|--------------|-----------------------|----------------|---------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O QUE LEVAR PARA A MATERNIDADE?

PARA A MAMÃE

- 2 a 3 pijamas confortáveis, abertos na frente, para amamentação;
- 2 a 3 sutiãs de alças largas, próprios para amamentação;
- 3 a 5 calcinhas (sugestão: de algodão e cintura alta);
- Absorvente higiênico hospitalar para pós-parto;
- 1 roupa confortável para voltar para casa;
- Chinelo;
- Produtos de uso pessoal: escova de dentes, escova de cabelo, desodorante, shampoo, condicionador, creme hidratante, creme dental, sabonete, maquiagem, etc.

**Não é necessário levar toalha de banho.
Sugerimos não levar jóias e outros objetos de valor.**

PARA O BEBÊ

- 5 fraldas de tecido ou pano de boca;
- 5 conjuntos de body e calça;
- 5 macacões;
- 5 pares de meias;
- 2 mantas;
- 1 cobertor;
- Acessórios (sapatinhos, toucas, laços, entre outros);
- Fraldas descartáveis (opcional).

Importante para levar o bebê para casa: manta (escolhida de acordo com as condições climáticas), roupas adequadas para a temperatura externa e bebê-conforto (instalado de acordo com as instruções do fabricante).

#aquivctem

UMA DAS MELHORES MATERNIDADES DA REGIÃO!



A maternidade do Hospital Evangélico de Londrina é a maior e mais completa da região, com duas Salas de Parto Natural e com uma equipe multiprofissional e especializada, qualificada para assistência integral e humanizada. Possui o selo de Hospital Amigo da Criança, da OMS, há mais de 20 anos, seguindo uma série de políticas como incentivo ao aleitamento materno, apoio ao parto natural e a chamada Hora Ouro, onde o bebê fica em contato físico com a mamãe antes de tudo, logo após sua retirada em cirurgias cesarianas. Além disso, a maternidade é equipada com Unidade de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatal (UTI e UCI Neo), garantindo total segurança para o bebê em partos prematuros. Entre em contato para saber mais.

☎ 43 3378.1357

📍 cursodegestantes.helondrina.org.br

📍 Hospital Evangélico de Londrina | Av. Bandeirantes, 618 | Londrina, PR

CONHEÇA A CLÍNICA DE VACINAS DO PLANO HOSPITALAR

Amplio portfólio de vacinas para todas as idades, com equipe qualificada para aplicação simultânea no seu bebê, trazendo menos susto e mais conforto na hora das picadinhas. Além disso, a clínica possui espaço kids para divertir os eu pequeno. Tudo em até 10x nos cartões de crédito.

☎ 43 3378.1077 ☎ 43 99834.0101

📍 Av. Rio de Janeiro, 766 | Londrina, PR





Av. Rio de Janeiro, 766 - Centro
CEP 86010-150, Londrina - PR

0800 942 2881

Whatsapp  43 **3315.1919**

planohospitalar.org.br

**Baixe
agora!**

