

## PROJETO NASCER

### AVALIAÇÃO DO RISCO MATERNO-FETAL

Nome da paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Idade gestacional no encaminhamento: \_\_\_\_\_ sem + \_\_\_\_\_ dias

GESTA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ AB: \_\_\_\_\_

1. Foi identificado algum risco pré-gravídico?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
2. A gestante usou de alguma medicação antes ou durante o pré-natal?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
3. Foi realizado rastreio biofísico de 1º Trimestre?  
 Sim  Não
4. Caso sim a paciente foi considerada de baixo risco?  
 Sim  Não (anexar exame alterado)
5. Foi realizado exame morfológico?  
 Sim  Não (anexar exame alterado)
6. Durante o exame morfológico foi realizada a medida do colo uterino?  
 Sim  Não
7. A medida do colo uterino foi menor de 25 mm?  
 Sim  Não
8. A rotina laboratorial de 1º. Trimestre identificou algum fator de risco?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
9. A rotina laboratorial de 2º. Trimestre (caso tenha sido realizada) identificou algum fator de risco?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
10. Informações adicionais:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBS: Estou ciente que o início da vigência do contrato do Projeto Nascer será a partir da assinatura do contrato no Setor de Fechamento de Contas da unidade Perinatal desejada.

Rio, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico:  
Carimbo CRM

\_\_\_\_\_  
Nome da Gestante  
CPF:



## Dados Cadastrais

1- Contratante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Telefone residencial: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

2- Gestante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Telefone residencial: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

3- Outras informações:

- A gestante encontra-se com aproximadamente ( ) semanas de gestação.
- A gestante manifesta ser da sua vontade, realizar se possível, o parto por via ( ) normal/vaginal ( ) cesárea
- A gestante declara que o parto está previsto para o período compreendido entre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4- Documentos Entregues:

( ) Cópia da Identidade da gestante e do contratante.

( ) Cópia do CPF da gestante e do contratante.

( ) Cópia do último exame de ultrassom obstétrico para definição do percentual de desconto em relação a tabela de custos hospitalares

Estou ciente que o início da vigência do contrato do Projeto Nascer será a partir da assinatura do contrato no Setor de Fechamento de Contas da unidade Perinatal desejada.

Rio, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da Gestante:

\_\_\_\_\_  
CPF: