MOD 2006

IDADE ANOS | MENOR DE 15 / MAIOR DE 35 | Nº DE PRONTUÁRIO | ALFABETIZADA: SIM / NÃO | ESTUDOS: NENHUM / FUNDAMENTAL / MÉDIO / SUPERIOR | ANOS COMPLETOS | ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA / PRETA / PARDA / AMARELA / INDÍGENA

ANTECEDENTES

FAMILIARES (SIM / NÃO): GEMELARES, DIABETES, HIPERT. ART., MÁ FORMAÇÃO, OUTROS

PESSOAIS (SIM / NÃO): INFECÇÃO URINÁRIA, INFERTILIDADE, CARDIOPATIA, DIABETES, HIPERT. ART., CIRURG. PELV. UTERINA, MÁ FORMAÇÃO, OUTROS

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de): GESTAÇÕES, ABORTOS, PARTOS, VAGINAIS, CESÁREAS, NASC. VIVOS, NASC. MORTOS, VIVEM, MORRERAM NA 1ª SEMANA, MORRERAM APÓS 1ª SEMANA, NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS / ANO | AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO | ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: NÃO / SIM | NASCIMENTO COM MAIOR PESO ____ g

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR ____ kg | ESTATURA | DUM / DPP: DIA / MÊS / ANO | DÚVIDAS: SIM / NÃO | ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO | ATUAL: 1ª / 2ª / 3ª MÊS GESTAÇÃO | HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO, DIAS | GRUPO, Rh: + / –, SENSIB.: SIM / NÃO | TRANSF.: SIM / NÃO, DIA / MÊS / ANO, LOCAL: ____

EX. CLÍNICO NORMAL: SIM / NÃO | EX. DAS MAMAS NORMAL: SIM / NÃO | EX. ODONTOLÓGICO NORMAL: SIM / NÃO | PÉLVIS NORMAL: SIM / NÃO | PAPANICOLAU NORMAL: SIM / NÃO | COLPOSCOPIA NORMAL: SIM / NÃO | EX. CLÍNICO CERVIX: SIM / NÃO | VDRL: + / –, DIA / MÊS | FUMA: SIM / NÃO | Nº DE CIGARROS AO DIA

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										

IG SEMANAS										
PESO (kg)										
I M C										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+ a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL | IDADE GESTACIONAL, MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 | TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO | INÍCIO TP: ESP. / IND. | MEMBRANAS: INT. / ROT. | DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS | CEF. / PELV. / TRAN.

EXP. / CES. / FORC. / OUT. | HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO | NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º / 2º / 1º / DOMIC. / OUTRO

EPISIOTOMIA: SIM / NÃO | LACERAÇÃO: SIM / NÃO | DEQUIT. EXP.: SIM / NÃO | PLACENTA COMPL.: SIM / NÃO | MORTE FETAL: NÃO / SIM | MOMENTO: PARTO / GRAV. / IGNO.

ATENDIDA POR: MÉDIC. / ENF./PAR. AUX. / EMPIR. / OUTROS — PARTO / NEONATO

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANESTESIA LOCAL / ANESTESIA REGIONAL / ANESTESIA GERAL / OCITOC. / ANALGÉSICO / TRANQÜILIZANTE / ANTIBIÓTICO / OUTROS / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO

- GRAVIDEZ MÚLTIPLA
- HIPERTENSÃO PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA
- ECLÂMPSIA
- CARDIOPATIA
- DIABETES
- INFECÇÃO URINÁRIA
- OUTRAS INFECÇÕES
- PARASITOSES
- AMEAÇA DE PARTO PREMATURO
- DESPROP. CEF. PÉLV.
- HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE
- HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE
- ANEMIA CRÔNICA
- RUPTURA PREMAT. MEM.
- INFECÇÃO PUERPER.
- HEMORRAGIA PUERPER.
- OUTRA
- NENHUMA

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M | VDRL: – / + | APGAR MINUTO: 1º / 5º, 6 OU MENOS | REANIMAÇÃO: SIM / NÃO | PESO AO NASCER ____ g, MENOS DE 2.500 g | IDADE POR EXAME FÍSICO ____ Sem., MENOR DE 37 SEMANAS | PESO / IG: ADEQ. / PEQUENO / GRANDE | EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA ____ cm | PER. CEF. ____ cm | EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL | EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO | PATOLOGIAS: M. HIALINA / APNÉIAS / NEUROL. / OUTRA / S. ASPIRAT. / HEMORRAGIA / HIPERBILI. / NENHUMA / OUTROS SDR / INFECÇÃO / A. CONG.

RN ALOJ./CONJ.: SIM / NÃO | ALTA DO RN: SADIO / C/ PATOL. / TRANSF. / ÓBITO | IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS | IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS | ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO/ MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)			
INVOL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA | MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO | ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM / DIU / ORAL / OUTRA / LIG. DA TRO. / RITMO / NENHUM

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/conduta
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					

Ultra-sonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

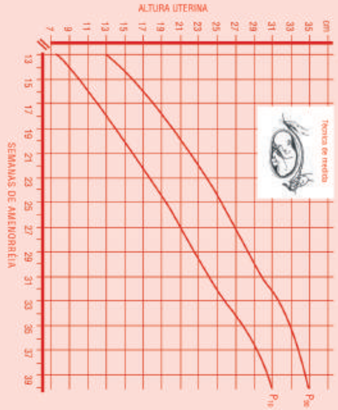
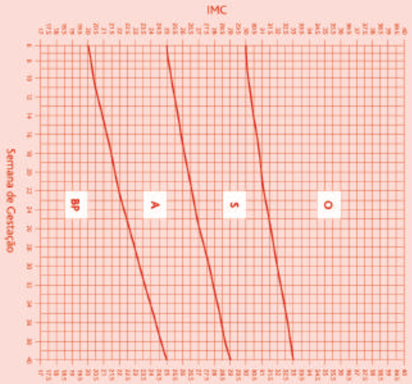


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



BP – baixo peso A – adequado S – sobrepeso O – obesidade

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Ministério da Saúde

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Hospital/maternidade de referência: ____

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Tel.:

Município:

Cadastro no SIS – pré-natal

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tels.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

Medida envelope
360 mm x 260 mm

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tels.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

Medida envelope
280 mm x 200 mm

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tel.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

Medida envelope pequeno
230 mm x 150 mm

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho. 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

MATRÍCULA N º_____

NOME:_____

CARTÃO CIDADÃO Nº: _____

OBSERVAÇÃO: _____

medida envelope
365 mm x 255 mm

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna-SP
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463
Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

1.ª VIA FARMÁCIA
2.ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo _____
_____
CRM _____ UF _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone _____
_____
Cidade _____ UF _____

_____ / _____ / _____
Data

_____
Assinatura

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____	
_____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
Endereço: _____	
_____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	_____ Data: / /
	ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Somente serão entregues os medicamentos que constarem na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) da Secretária Municipal de Saúde de Jaguariúna.

Prefeitura do Município de Jaguariúna

Secretaria de Saúde - Departamento de Vigilância Sanitária

SUS Sistema Único de Saúde

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nome do Requisitante: Prefeitura Municipal de Jaguariúna - CNPJ: 46.410.866/0001-71

Endereço Completo: Rua Francisco Dal'Bo, nº 50 - Bairro Guedes - Jaguariúna / SP.

C.R.M / C.R.M.V. / C.R.O: 45343/SP. Especialidade: -

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº N / A

Pelo presente, autorizo o (a) Sr.(a) Maria da Conceição de Oliveira Camilo

RG: 53 500 811-9 Data da emissão 19 / 12 / 19 , residente à Rua Antônio Pina, nº 30 - casa 23 - Residencial Panini - Jaguariúna / SP.

para retirar: Notificação da Receita A - talão (ões) com numeração de - a -

Notificação da Receita B - numeração concedida de descrito a abaixo

Notificação da Receita Especial: Retinóides - numeração concedida de - a -

Talidomida - numeração concedida de - a -

→ 2610.2-35.2345054 à 2610.2-35.2346453 * receituário B *

Jaguariúna, de 23 outubro de 2026

Dra. Maria da Conceição de O. Camilo
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Jaguariúna

Assinatura e carimbo com C.R.

Aline Silveira Toloto
CRF 70.996
Visa Jaguariúna

Assinatura e carimbo da VISA