Data:_____/_____/_____

Nome:_____

Endereço:_____

Data Nascimento: _____/_____/_____ Gestação:_____

Ultimo Parto:_____/_____/_____ D.U.M.:_____/_____/_____ Nº de Filhos:_____

Anti D.T.:_____ D.P.P.:_____ Nº de Filhos Vivos:_____

Peso:_____ Altura:_____ Grupo Sanguíneo:_____

CONS.	DATA	PESO	PA	ALTURA UTERINA	CIRCUNF. ABDOM.	APRESENTAÇÃO	FOCO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MÉDICA
1º										
2º										
3º										
4º										
5º										
6º										
7º										
8º										
9º										
10º										

EXAMES	DATA	RESULTADOS	DATA	RESULTADOS	ORIENTAÇÃO / CONDUTA
Hb-Ht					
Glicemia de Jejum					
VDRL					
Urina (rotina)					
Anti HIV					
Coombs Indireto					
Toxoplasmose					
Rubéola					
Hbs Ag					

ULTRA-SONOGRAFIA					
Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido

Digitalizado com CamScanner