

MODELO – ÍTEM 50



**SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
GUIA DE ENCAMINHAMENTO OBSTÉTRICO**

DE: Pronto Socorro de Itariri PARA: _____

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Ocupação: _____

Cartão SUS: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Município: ITARIRI UF: SP CEP: 11760-000

Queixa e duração: _____

Paridade: G _____ P _____ PN _____ C _____ A _____

DUM: _____ DPP ___/___/___ Idade Gestacional: _____

USG: ___/___/___ Observações: _____

EXAME FÍSICO

PA: _____ PULSO: _____ TAX: _____

AU: _____ FOCO: _____ DU: _____

TOQUE

Dilatação: _____

Apresentação: CEFÁLICO PÉLVICO OUTROS _____

BOLSA: ÍNTEGRA ROTA ÀS _____ HORAS

Aspecto do líquido: CLARO MACONIAL

OBSERVAÇÕES: (dados de exame físico ou laboratorial): _____

HD: _____

TERAPÊUTICA REALIZADA: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL