

Resp. técnico: Dr. Pedro Arnó Coelho Barbosa - CRM 20913



SANTA CASA SAÚDE  **PIRACICABA**

Telefones Úteis
Emergência Maternidade Santa Casa: (19) 3417-5013
Saúde Inteligente: (19) 3417-5959
Central de Agendamentos 0800 771-9900



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

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.

Pense 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 a 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 final da gestação, entre a 37ª e a 42ª semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior, física e mentalmente com mais facilidade e tranquilidade. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de problemas respiratórios devido a cesáreas agendadas e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Isto pode aumentar algumas complicações, como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Todas as mulheres têm o direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Planos hospitalares com obstetria com acomodação enfermagem, 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.

Dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato com o Disque ANS 0800 701 9656



Sugestão para a mamãe e o bebê durante sua permanência na Maternidade da Santa Casa

Mala da Mamãe

- 3 camisolas (com abertura na frente)
- 3 sutiãs
- 1 pacote de absorvente higiênico
- Cinta pós-parto (se recomendada)
- 6 calcinhas
- 1 par de chinelos
- Protetor de seios
- Itens de higiene pessoal: escova de dente, escova de cabelo, shampoo, sabonete e creme dental

Mala do Bebê

- 1 pacote de fraldas descartáveis RN ou P
- 1 manta
- 3 fraldas de pano
- 4 macacões
- 2 pares de meias
- 1 pacote de lenços umedecidos
- 1 sabonete líquido glicerinado
- 1 cobertor médio
- 2 vira-mantas ou 2 cueiros
- 4 mijões, 4 pagões ou 4 "bodys"

Lembrar

- Trazer o cartão de pré-natal, a carteirinha do convênio, o cartão nacional do SUS e documentos (CPF e RG);
- Trazer resultados de exames laboratoriais, laudo de ultrassom e/ou outros exames específicos;
- Separar uma troca de roupa do bebê para ser entregue na recepção;
- Todos os demais itens deverão ser entregues diretamente à paciente;
- Todas as roupinhas do bebê devem ser lavadas e passadas antes de serem usadas;
- As informações referentes ao estado das pacientes não serão fornecidas por telefone;
- A Maternidade não se responsabiliza por objetos de valor deixados com a paciente, como lembrancinhas, enfeite de porta e vasos de flores.

Orientações Gerais

ALIMENTAÇÃO



- Evite ganhar peso em excesso.
- A alimentação deve ser rica em vitaminas, proteínas e sais minerais, a exemplo do leite, queijo fresco, ovos, verduras, legumes, frutas e carnes magras;
- Procure ingerir sucos naturais;
- Consuma água (2L/dia);
- Faça acompanhamento nutricional.

EVITE

- Alimentos gordurosos e condimentados, refrigerantes e bebidas alcoólicas;
- Não exagere em pães, bolachas e doces

HIGIENE

- Banhos, sempre, em chuveiro. Nunca em banheira. (Evita a penetração de bactérias)

A gestação provoca modificações em seu organismo. Por isso você terá que alterar, em alguns aspectos, os seus hábitos.

- Evite atividades que exijam grandes esforços físicos;
- A prática de esportes deve ser moderada (evite tênis, bicicleta, natação, corridas e equitação);
- Repouse sempre que possível. Procure manter as pernas elevadas para facilitar a circulação;
- Não fume;
- Evite contato com pessoas enfermas;
- Procure dormir tranquilamente, pelo menos 8h/dia;
- Procure sair sempre acompanhada.



ATENÇÃO

Algumas alterações são normais, porém, devem ser comunicadas ao médico:

- Palpitação ou falta de ar;
- Manchas na pele;
- Cansaço, desfalecimento ou vertigens;
- Alteração do funcionamento dos intestinos ou rins.

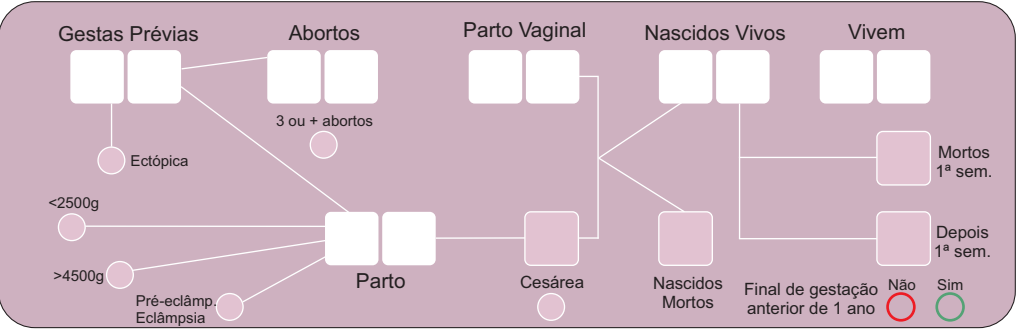
PROCURE O MÉDICO IMEDIATAMENTE QUANDO



- Houver perda de água ou sangramento vaginal;
- Urina com sangue e/ou dificuldade em urinar;
- Febre ou calafrios;
- Inchaço;
- Contrações uterinas ou dores abdominais;
- Dor de cabeça ou manchas na visão;
- Aumento de pressão arterial;
- Contágio com qualquer doença.

Data Nasc.: ____/____/____		Idade: ____		Estado Civil: ____						
Peso anterior: ____		Altura (cm): ____		Data da última menstruação: ____/____/____						
Resultados de Exames										
Exames	Data	Result.	Data	Result.						
ABO - RH										
Toxoplasmose										
HBsAG (1º e 3º trim.)										
Glicemia Jejum										
TOTG (2h/75g)										
Anti-HIV										
Hb/Ht										
VDRL										
Urina - EAS										
Urocultura										
Coombs ind.										
Hepatite C										
Outros										
Eletróforese de Hemoglobina		Padrão ☐ AA	Heterozigose ☐ AS ☐ AC	Homozigose ☐ SS ☐ AC						
Teste Rápido	Data	Resultado	Data	Resultado	Malária Somente para a região Amazônica					
Sífilis	____/____/____		____/____/____							
HIV	____/____/____		____/____/____							
Hepatite B e C	____/____/____		____/____/____							
Suplementação										
Sulfato Ferroso		1ºmês	2ºmês	3ºmês	4ºmês	5ºmês	6ºmês	7ºmês	8ºmês	9ºmês
	SIM NÃO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ácido Fólico		1ºmês	2ºmês	3ºmês	4ºmês	5ºmês	6ºmês	7ºmês	8ºmês	9ºmês
	SIM NÃO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ultrassonografia										
Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros				

DUM	___/___/___	Tipo de gravidez	Risco Habitual	☐
DPP	___/___/___	☐ Única	Gravidez Alto Risco	☐
DPP (USG)	___/___/___	☐ Gemelar	Gravidez Planejada	Não ☐ Sim ☐
DPP (USG)	___/___/___	☐ Tripla ou mais		
		☐ Ignorada		



Antecedentes clínicos											
		Não	Sim			Não	Sim			Não	Sim
Antec. Pessoais	Diabetes	☐	☐	Cardiopatias	☐	☐	Cirurg.Pelv.uterina	☐	☐		
	Infecção urinária	☐	☐	Tromboembolismo	☐	☐	Outros	☐	☐		
	Infertilidade	☐	☐	Hipertensão Arterial	☐	☐					
Antec. Familiares	Hipert. Arterial	☐	☐	Má formação	☐	☐	Outros	☐	☐		
	Diabetes	☐	☐	Gemelar	☐	☐	Outros	☐	☐		

Gravidez Atual											
		Não	Sim			Não	Sim			Não	Sim
	Tabagismo	☐	☐	Anemia	☐	☐	Hipertensão arterial	☐	☐		
	Etilismo	☐	☐	Inc. istmocervical	☐	☐	Pré-aclâmpsia/eclâmp	☐	☐		
	Outras drogas	☐	☐	Ameaça parto premat.	☐	☐	Cardiopatia	☐	☐		
	Violência domést.	☐	☐	Isoimunização Rh	☐	☐	Diabetes gestacional	☐	☐		
	HIV/Aids	☐	☐	Oligo/polidrâmio	☐	☐	Uso de insulina	☐	☐		
	Sífilis	☐	☐	Rut.prem.membrana	☐	☐	Hemorragia 1º trim	☐	☐		
	Toxoplasmose	☐	☐	CIUR	☐	☐	Hemorragia 2º trim	☐	☐		
	Infecção urinária	☐	☐	Pós-datismo	☐	☐	Hemorragia 3º trim	☐	☐		

Vacinas			
Vacina Antitetânica		Hepatite B	Imunizada ☐
Sem informação de imunização ☐		1ª dose: ___/___/___	
Imunizada há menos de 5 anos ☐		2ª dose: ___/___/___	
Imunizada há mais de 5 anos ☐		3ª dose: ___/___/___	
1ª dose: ___/___/___ 2ª dose: ___/___/___		Influenza: ___/___/___	
3ª dose: ___/___/___ Reforço: ___/___/___		Difteria: ___/___/___	
Coqueluche (dTpa): ___/___/___		Tétano: ___/___/___	

CONSULTA ODONTOLÓGICA

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
0 - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abarsão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração inidcada

Presença de gengivite/periodontite	Não ☐	Sim ☐	data ___/___/___
Plano de tratamento (por consulta)			

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)			
Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)				
Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)

Exame Normal

Mamas

Sim

Não

Sim

Não

Acompanhamento Multiprofissional

(período Gestacional)

Profissional

Local

☐ Enfermeira Obstetra

☐ Nutrição

☐ Ativ. Física

☐

☐

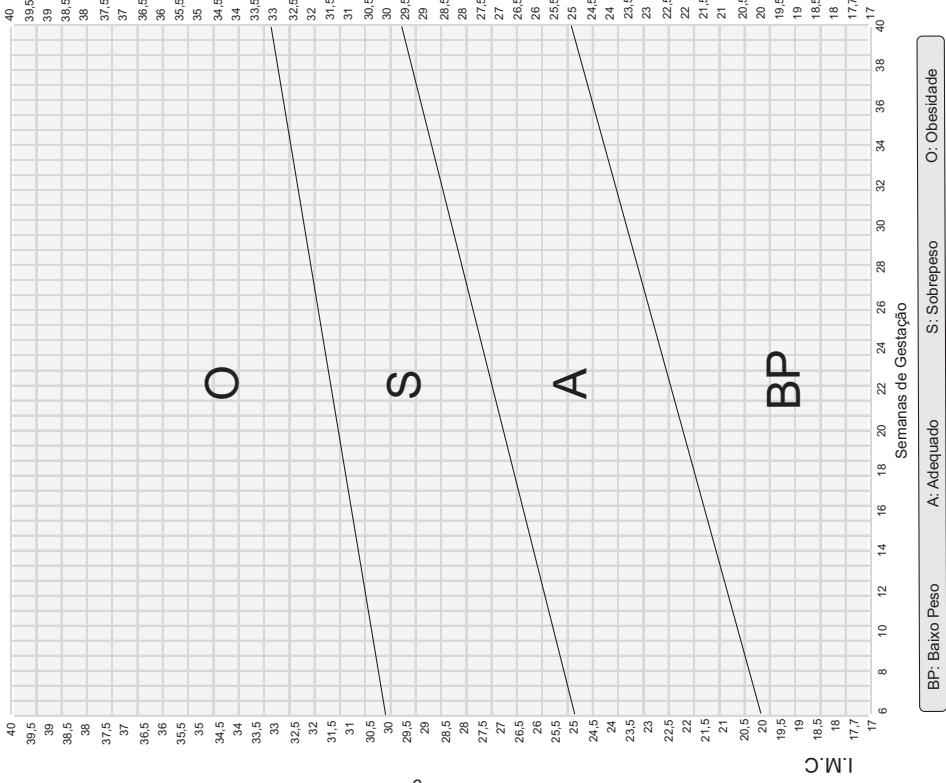
☐

☐ Visita à Maternidade

Medicações em Uso

Observações Gerais

Gráfico de Acompanhamento Nutricional



Curva de Altura Uterina / Idade Gestacional

