

MONITORAMENTO DO PARTO E NASCIMENTO (marcados com * os campos obrigatórios)

Ficha de coleta de dados – Sistema para inclusão do registro: smcon.iff.fiocruz.br

IDENTIFICAÇÃO DA MULHER - Aba do sistema IDM

- 1) Identificador / Prontuário do Hospital *: _____
- 2) Data de Nascimento da Mulher*: ____/____/ ____
- 3) Idade da Mulher*: _____ (preencher apenas caso não saiba a data de nascimento)
- 4) Data da Internação da Mulher*: ____/____/ ____
- 5) Estado de Residência da Mulher: _____ 6) Município de Residência da Mulher: _____
- 7) CEP de Residência da Mulher: _____
- 8) Mulher vinculada à esta maternidade: () Vinculada desde o pré-natal
() Transferida através da regulação
() Não vinculada, nem transferida pela regulação
() Não se aplica
- 9) Cor/Raça da Mulher*: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
- 10) Escolaridade da Mulher*: () < 8 anos () 8 anos () 9 a 11 anos () 12 anos ou mais
- 11) Situação Conjugal da Mulher*: () Vive com companheiro (a) () Vive sem companheiro (a)

DADOS OBSTÉTRICOS - Aba do sistema OBS

- 12) Nº de Gestações*: ____ 13) Nº de Partos Normais*: ____
- 14) Nº de Cesarianas*: ____ 15) Nº de Abortamentos*: ____ 16) Data da última cesariana: ____/____/ ____

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

- 17) Pré-Natal na Gestação*: () Sim () Não
 - 17.1) Nº de Consultas: _____ 17.2) Semana da Gestação em que iniciou o Pré-Natal: _____
 - 17.3) Peso na 1ª consulta de Pré-Natal (em kg): _____ 17.4) Altura em metros: _____, _____
- 18) Idade Gestacional: 18.1) Semanas*: _____ 18.2) Dias*: _____
- 18.3) Método de Estimação da Idade Gestacional*: () Ultrassonografia () DUM
- 18.4) Data do 1º exame de Ultrassonografia: ____/____/____. (caso marque ultrassonografia no item 18.3)
- 18.5) DUM: ____/____/____ (caso marque DUM no item 18.3)

INFECÇÃO NA GESTAÇÃO - Aba do sistema INFC

- 19) Sífilis*: () Teste Rápido/Treponêmico Positivo () Teste Rápido/Treponêmico Negativo
() Exame não realizado
 - 19.1) Valor do VDRL 1º Trimestre: ____/____ 19.2) Valor do VDRL 3º Trimestre: ____/____

- 20) Toxoplasmose com indicação de tratamento nessa gestação: () Sim () Não
- 21) Mulher vivendo com HIV*: () Sim () Não
- 21.2) Carga Viral no final da Gestação / Momento do Parto: () < 1000 cópias () ≥ 1000 cópias
- 21.2) Utilização de terapia antirretroviral (TARV) na gestação: () Sim () Não
- 22) Infecção Urinária na Gestação: () Sim () Não
- 22.1) Realizou tratamento para infecção urinária na gestação? () Sim () Não
- 22.2) Tratamento realizado: () Amoxicilina () Amoxicilina + clavulanato de potássio () Acetilcefuroxima
() Cefalexina () Nitrofurantoína () Fosfomicina () Ceftriaxone () Outro
- 23) Síndrome Respiratória Aguda Grave: () Sim () Não 24) Covid-19: () Sim () Não

SITUAÇÕES DE RISCO NA GESTAÇÃO - *Aba do sistema RISCO*

- 25) Hipertensão*: () Hipertensão Arterial Crônica () Hipertensão Gestacional () Não
- 26) Pré-eclâmpsia: () Sim () Não 27) Uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS): () Sim () Não
- 28) Uso de Cálcio: () Sim () Não
- 29) Diabetes: () Diabetes Pré-Gestacional () Diabetes Gestacional () Não
- 30) Uso de Insulina: () Sim () Não 31) Internação durante a Gestação: () Sim () Não
- 32) Corticoide Antenatal: () Sim () Não
- 33) Fumo*: () Sim () Não 34) Bebida Alcoólica: () Sim () Não
- 35) Uso de Drogas Psicoativas na Gestação (Lícitas ou Ilícitas): () Sim () Não
- 36) Violência Psicológica e/ou física e/ou sexual: () Sim () Não

ADMISSÃO, TP E PARTO E NASCIMENTO - *Aba do sistema A-TP&P*

ADMISSÃO

- 37) Pré-Eclâmpsia com sinais de gravidade / Eclâmpsia*: () Sim () Não
- 38) Usou sulfato de magnésio*?
- () Sim, para Neuroproteção e Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia
- () Sim, somente para Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia () Não fez uso
- 39) Bolsa rota na admissão: () < 18h () ≥ 18h e ≤ 24h () > 24h () Não

TRABALHO DE PARTO

- 40) Tipo de Gestação*: () Única () Gemelar () Trigemelar
- 41) Apresentação do RN / 1º Feto*: () Cefálica () Pélvica () Outra (Córmica/Transversa)
- 42) Trabalho de Parto*: () Espontâneo () Induzido () Não entrou em trabalho de parto
- 43) Durante TP: Presença do Acompanhante de Livre Escolha da Mulher? () Sim () Não
- 43.1) Acompanhante: () Mãe () Companheiro(a) () Outro

- 44) Deambulação: () Sim () Não
- 45) Utilização de Métodos não-farmacológicos de alívio da dor*? () Sim () Não
- 46) Utilização de Analgesia*: () Sim () Não
- 46.1) Tipo de Analgesia: () Peridural () Raquidiana () Combinada () Petidina Injetável
- 47) Utilização de Ocitocina*: () Sim () Não
- 47.1) Período de início do uso de Ocitocina: () No 1º Período () No 2º Período
- 48) Realização de Amniotomia: () Sim () Não () Não se aplica
- 49) Dieta Prescrita*: () Zero () Líquidos Claros () Livre () Outra

ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

- 50) Data do Parto *: ____/____/ ____
- 51) Tipo de Parto*: () Normal () Fórceps () Vácuo () Cesárea Eletiva () Cesárea em trabalho de parto
- 52) No parto: Presença do Acompanhante de Livre Escolha da Mulher*? () Sim () Não
- 52.1) Acompanhante: () Mãe () Companheiro(a) () Outro
- 53) Posição Materna no período expulsivo*: () Deitada de Costas () Semi-sentada () Cócoras
() Sims (lateral) () Quatro apoios () Outro () Não se aplica
- 54) Epiosotomia*: () Sim () Não
- 55) Profissional que conduziu o parto*:
- () Médico(a) Obstetra () Enfermeiro(a) Obstétrico(a) / Obstetiz () Outros () Não se aplica
- 56) Laceração Vaginal/Perineal: () Sim () Não
- 56.1) Grau da Laceração: () 1º Grau () 2º Grau () 3º - 4º Graus () Laceração sem especificação
- 57) Utilização de Anestesia: () Sim () Não
- 57.1) Analgesia: () Peridural () Raquidiana () Combinada () Geral () Locorregional

PÓS-PARTO E DESFECHO DA MULHER- *Aba do sistema PP* PÓS-PART

- 58) Ocitocina Profilática no 3º Período do Trabalho de Parto*: () Sim () Não
- 59) Hemorragia Pós-Parto*: () Sim () Não
- 59.1) Tratamento de Hemorragia Pós-Parto: (aceita mais de uma resposta)
- [] Medicamentoso - Ocitocina [] Medicamentoso – Metilergometrina
- [] Medicamentoso - Misoprostol [] Massagem Uterina Bimanual
- [] Balão de Tamponamento [] Traje antichoque [] Histerectomia [] Outros tratamentos cirúrgicos

DESFECHO DA MULHER

- 60) Tipo de Desfecho da Mulher*: () Alta () Transferência Interna () Transferência Externa () Óbito
- 61) Data do Desfecho da Mulher*: ____/____/ ____

RECÉM-NASCIDO *Aba do sistema RN*

(Caso gemelar/trigemelar imprimir mais de uma cópia dessa página, pois essas informações deverão ser respondidas para cada RN)

62) Condição do Recém-nascido*: () nascido vivo () natimorto

63) Peso do recém-nascido/feto em gramas*: _____ 63) Sexo: () Masculino () Feminino () Indeterminado

IDADE GESTACIONAL 64) Semanas*: _____ 65) Dias*: _____

CUIDADOS IMEDIATOS AO RN

66) Apgar – 1º Minuto*: _____ 67) Apgar – 5º Minuto*: _____

68) Tempo do Clampeamento do Cordão Umbilical*: () < 1 minuto () 1 a 3 minutos

69) Reanimação Neonatal*: () Sim () Não

69.1) Uso de Oxigênio > 21% na Ventilação: () Sim () Não

69.2) Ventilação com Máscara: () Sim () Não 69.3) Ventilação com Cânula Traqueal: () Sim () Não

69.4) Massagem Cardíaca: () Sim () Não 69.5) Drogas: () Sim () Não

70) Contato pele a pele mãe/bebê na primeira hora de vida*: () Sim () Não

71) Temperatura do Recém-nascido na primeira hora de vida*: _____, _____

72) Amamentação na sala de parto*: () Sim () Não

DESFECHO DO RECÉM-NASCIDO

73) Tipo de Desfecho do recém-nascido*:

() Alta () Internação em unidade neonatal () Transferência para outro hospital () óbito

74) Amamentação exclusiva à alta*: () Sim () Não

75) Data do Desfecho do recém-nascido*: ____/____/____

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

76) Teste do Reflexo Vermelho: () Teste realizado sem alterações

() Teste realizado com alterações

() Teste não realizado

77) Triagem Auditiva: () Teste realizado sem alterações

() Teste realizado com alterações

() Teste não realizado

78) Triagem Neonatal para cardiopatia congênita crítica (teste do coraçãozinho):

() Teste realizado sem alterações () Teste realizado com alterações () Teste não realizado

79) Vacina BCG (ID): () Sim () Não

80) Vacina contra Hepatite B: () Sim () Não 81) Diagnóstico de Sífilis Congênita*: () Sim () Não

MORBIDADE MATERNA GRAVE- Aba do sistema MM

81) Durante o trabalho de parto, parto, ou pós-parto a mulher apresentou alguma morbidade materna grave: () Sim () Não

81.1) Rotura Interina*: () Sim () Não

81.2) Histerectomia Pós Infecção ou Hemorragia*: () Sim () Não

81.3) Hemorragia Pós-Parto Severa*: () Sim () Não

81.4) Transfusão ≥ 4 unidades de hemácias: () Sim () Não

81.5) Pré-Eclâmpsia com sinais de gravidade*:() Sim () Não

81.6) Eclâmpsia :() Sim () Não

81.7) Síndrome de Hellp*: () Sim () Não

81.8) Edema Agudo do Pulmão: () Sim () Não

81.9) Descolamento Prematuro de Placenta: () Sim () Não

81.10) Insuficiência Renal Aguda: () Sim () Não

81.11) Sepses ou Infecção Sistêmica Grave*: () Sim () Não

81.12) Retorno à sala de cirurgia*: () Sim () Não

81.13) Realização de Laparotomia e/ou Laparoscopia*: () Sim () Não

81.14) Ocitocina no Pós-Parto*: () Sim () Não

81.15) Antibiótico no Pós-Parto*: () Sim () Não

81.16) Indicação de UTI*: () Sim () Não

81.17) Admissão em UTI*: () Sim () Não