

**FICHA
B - GES**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

ANO | | | | | | |

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO PROFISSIONAL:	

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina	Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida												Data da consulta de pré-natal	Fatores de risco	Resultado da gestação atual		Data da consulta de puerpério	
				Mês de gestação														NV	NM	AB	1
Nome: Endereço:				Mês de gestação													6 ou mais gestações Natimorto/Aborto 36 anos e mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta				
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3						
Nome: Endereço:				Mês de gestação													6 ou mais gestações Natimorto/Aborto 36 anos e mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta				
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3						
Nome: Endereço:				Mês de gestação													6 ou mais gestações Natimorto/Aborto 36 anos e mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta				
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3						