



1. IDENTIFICAÇÃO DO OBSTETRA		
Nome		CRM
Endereço		Telefones de Contato
Bairro	Data do Atendimento	Hora do Atendimento

2. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA (ASSOCIADA)	
Nome	Matrícula
Empresa	Telefones de Contato

3. PROCEDIMENTOS	
Local	Telefone
Nº da Autorização	Tipo
Médico Solicitante	CRM

OBSTÉTRICO		
Aborto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Semanas	CID
Transtornos Maternos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CID

TÉRMINO DA GRAVIDEZ		
Parto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesário <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Outros _____	Tipo de Alta Materna <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Agravado <input type="checkbox"/> A pedido	CID

PÓS-NASCIMENTO	
Complicações no Período Puerpério <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CID

RECÉM-NASCIDO		
Tipo de Nascimento <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Trigêmeos <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Outros _____	Situação <input type="checkbox"/> Vivo Prematuro <input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Vivo a Termo	Situação Semanas

Houve Atendimento na Sala de Parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CID
Complicações no Período Neonatal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CID
Encaminhado a UTI / CTI Neonatal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CID
Tipo de Alta que Ocorreu <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Agravado <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Inalterado	CID

4. DATA E ASSINATURA	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Médico