

DADOS PARA SIP - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE PRODUTO

GUIA n.º _____ DATA _____

PACIENTE _____

CÓDIGO _____

MÉDICO _____ CRM _____

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:

Gravidez terminou em aborto? () Sim () Não n.º Total de semanas _____

TRANSTORNOS RELATIVOS A GRAVIDEZ?

ATENDIMENTO RELACIONADO AO PARTO:

Part:

() Normal () Fóceps () Cesária () Outros

Tipo de alta Materno:

() Melhorado () Agravado () Óbito () A pedido () Inalterado

Complicações no período de Puerpério?

() Sim () Não

Tipo de Nascimento:

() Único () Gemelar () Trigêmeos () Outros

Condição do nascimento:

() Vivo Prematuro () Morto () Vivo a termo Quantas semanas _____

Houve atendimento neonatal ao RN na sala de Parto?

() Sim CID _____ () Não

Complicações no período Neonatal?

() Sim CID _____ () Não

RN foi encaminhado a UTI e/ou CTI Neonatal?

() Sim CID _____ () Não

Tipo de Alta RN

() Melhorado () A pedido () Agravado () Inalterado () Óbito CID _____

(Assinatura do médico e carimbo)