

**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)