

CARTA DE INFORMAÇÃO À GESTANTE

O parto é um momento muito especial, que marca uma transição na vida da mulher e da família. Representa o primeiro encontro com o bebê. Por isso, é importante a mulher vivenciar este momento plenamente.

Pense em tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto, quem você gostaria de ter ao seu lado, como gostaria de aliviar a dor. Quando for escolher o médico para realizar o seu pré-natal, você pode buscar informações importantes junto a sua operadora pelos canais de comunicação disponíveis, como o percentual de cesarianas e de partos normais realizados pelo médico e a maternidade. A operadora deverá lhe fornecer um número de protocolo e responder à sua solicitação em 15 dias úteis de forma presencial, por carta ou por e-mail.

Além disso, esclareça as dúvidas com seu médico. Assim você participará de forma ativa de todas as decisões sobre o seu parto.

O final da gestação, entre a 37ª e a 42ª semana, também é fundamental para a completa formação do bebê dentro do útero, para que após o nascimento ele possa se adaptar ao mundo exterior, física e mentalmente com mais facilidade e tranquilidade. Muitos recém-nascidos acabam sofrendo de problemas respiratórios devido a cesáreas agenda das e realizadas antes do início do trabalho de parto, em uma fase em que o bebê ainda não está pronto para nascer. Isto pode aumentar algumas complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, quando comparados àqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Em consequência, levar a necessidade de internação em uma UTI neonatal. Esta situação interfere no início do aleitamento materno e na adequada adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ocasionados pela internação.

O parto cesáreo é procedimento cirúrgico que deve observar claras indicações médicas.

Todas as mulheres têm o direito a um acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato. Planos hospitalares com obstetria com acomodação enfermagem, quarto semiprivativo, quarto privativo, ou qualquer outra acomodação, devem cobrir as despesas da paramentação (roupas higienizadas necessárias para entrar no centro cirúrgico), alimentação e acomodação do acompanhante.

A Allianz quer estar ao seu lado durante todo esse momento.

Qualquer dúvida, fale com a gente.

Linha Direta Allianz Saúde: 4001-5060 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 8148 (Outras localidades)

SAC - 24h: 0800 722 8148

Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala - 24h: 0800 707 1755

Ouvidoria: 0800 771 3313

Disque ANS: 0800 701 9656.



Exames	Data		Resultado		Idade:		Estado civil:						
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado					
ABO-RH													
Toxoplasmoze													
HBsAg (1º e 3º trimestre)													
Glicemia de jejum													
TOTG (2h/75g)													
Anti-HIV													
HBV/HT													
VDRL													
Urino+EAS													
Urino cultura													
Coombs indireto													
Outros													
Eletroforese de hemoglobina	Padrão	AA			Heterozigose	AS			Homozigose	SS			Malaária (somente para região Amazônica)
		AC				AC							
Teste rápido	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado					
Sífilis													
HIV													
Hepatite B e C													

SUPLEMENTAÇÃO Sulfato ferroso

Sim ■ 1º mês ■ 2º mês ■ 3º mês ■ 4º mês ■ 5º mês ■ 6º mês ■ 7º mês ■ 8º mês ■ 9º mês ■
Não ■ 1º mês ■ 2º mês ■ 3º mês ■ 4º mês ■ 5º mês ■ 6º mês ■ 7º mês ■ 8º mês ■ 9º mês ■

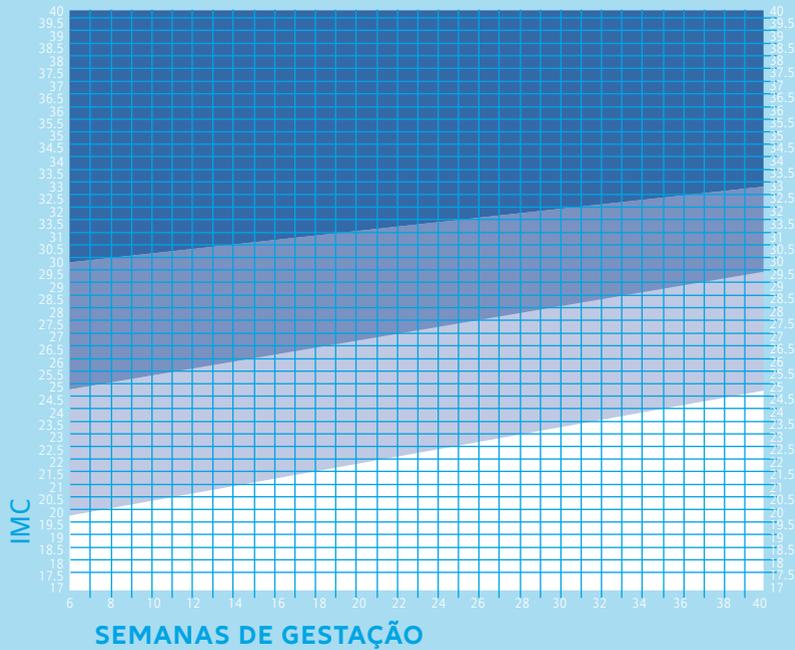
SUPLEMENTAÇÃO Ácido fólico

Sim ■ 1º mês ■ 2º mês ■ 3º mês ■ 4º mês ■ 5º mês ■ 6º mês ■ 7º mês ■ 8º mês ■ 9º mês ■
Não ■ 1º mês ■ 2º mês ■ 3º mês ■ 4º mês ■ 5º mês ■ 6º mês ■ 7º mês ■ 8º mês ■ 9º mês ■

ULTRASSONOGRAFIA

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

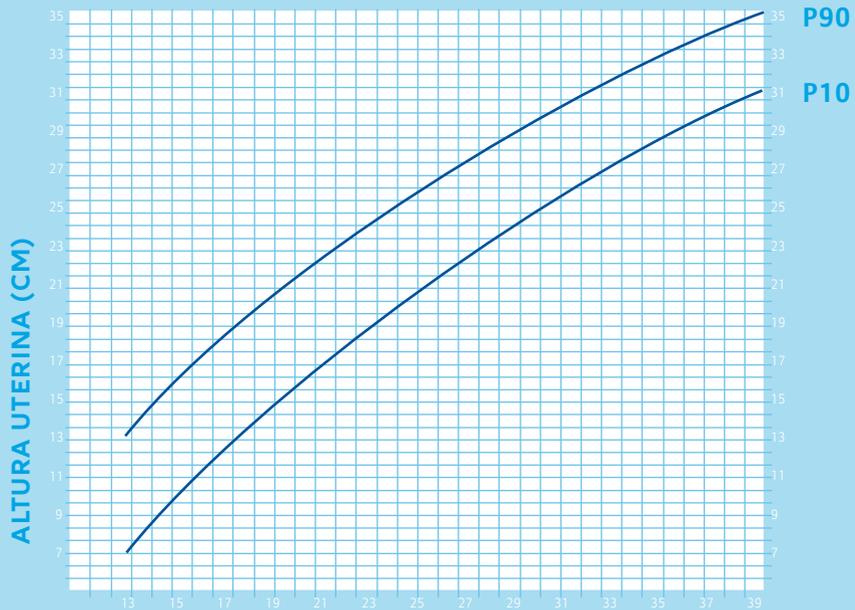
GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL



SEMANAS DE GESTAÇÃO

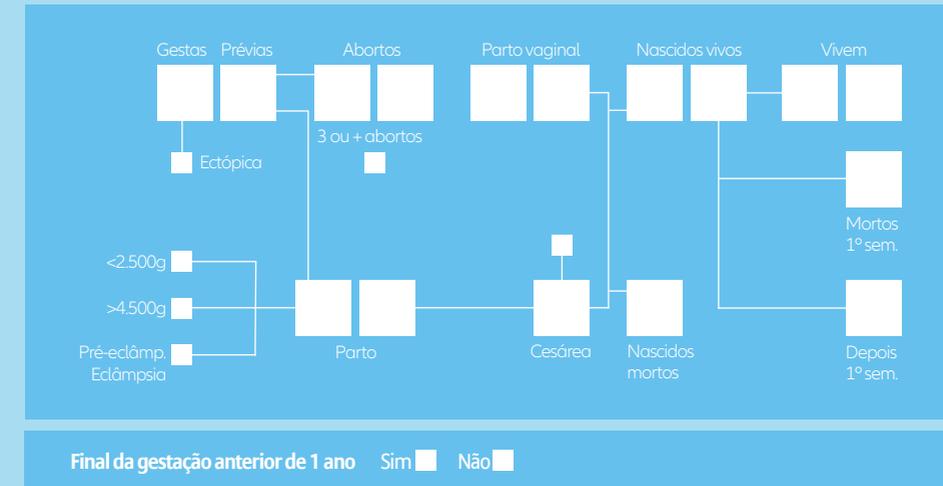
Baixo peso
 Adequado
 Sobrepeso
 Obesa

CURVA DE ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL



SEMANAS DE GESTAÇÃO

DUM	/ / /	Tipo de gravidez	<input type="checkbox"/> Risco habitual
DPP	/ / /	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Gravidez alto risco
DPP (USG)	/ / /	<input type="checkbox"/> Gemelar	Gravidez planejada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Tripla ou mais	
		<input type="checkbox"/> Ignorada	



		Antecedentes clínicos			
		Não	Sim		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Cir. pelv. uterina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tromboembolismo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Outros	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Infertilidade	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Outros	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Gestação atual					
		Não	Sim		
Álcool	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Anemia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outras drogas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Inc. instmocerical	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Violência doméstica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Ameaça parto premat.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Isoimunização Rh	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Sífilis	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Oligo/polidrâmio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Uso de insulina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Rut. prem. membrana	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hemorragia 1º trim.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	CIUR	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hemorragia 2º trim.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Fumo (nº de cigarros)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pós-datismo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hemorragia 3º trim.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Vacina antitetânica			Hepatite B		
Sem informação de imunização			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Imunizada	<input type="checkbox"/> Sim
Imunizada há MENOS de 5 anos			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	1ª dose	/ /
Imunizada há MAIS de 5 anos			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	2ª dose	/ /
1ª dose	/ /	2ª dose	/ /	3ª dose	/ /
3ª dose	/ /	Reforço	/ /	Influenza	/ /
Coqueluche (dTpa)	/ /			Difteria	/ /
				Tétano	/ /

CONSULTA ODONTOLÓGICA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>															

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Hígido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite Sim Não data / /

Plano de tratamento (por consulta)

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)