

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 agendadas 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 obstetrícia com acomodação enfermaria, 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.

Dúvidas, reclamações e sugestões, entre em contato com o **Disque ANS 0800 701 9656**.

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

Sempre que precisar, fale com a gente:

Capitais e Grande São Paulo: **4001 5060** Outras localidades: **0800 7018148**.

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

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 ■

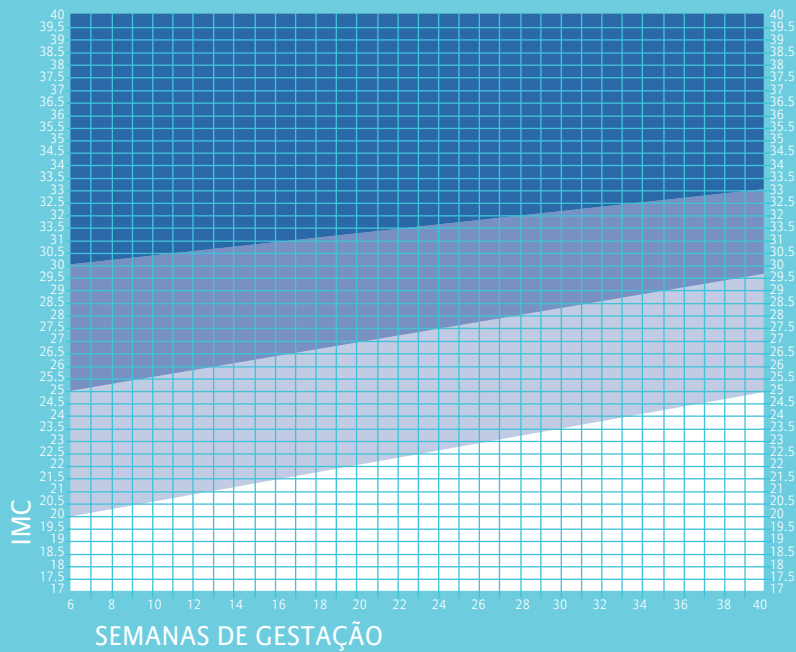
Suplementação Ácido fólico

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

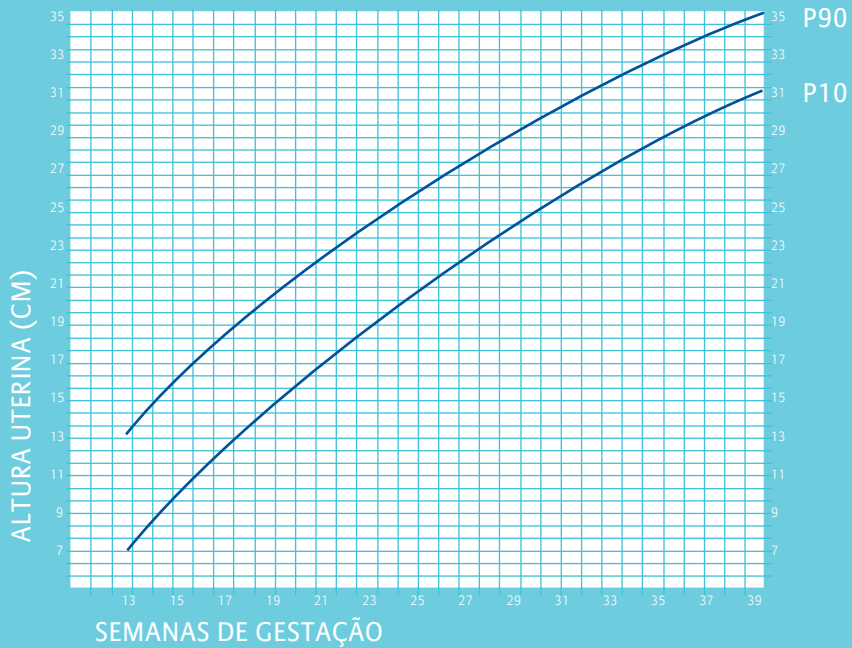
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

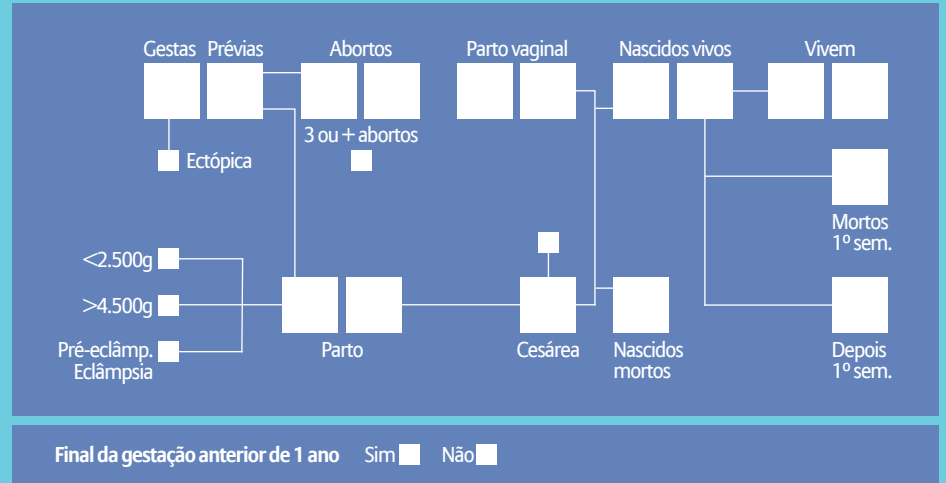


Baixo peso
 Adequado
 Sobrepeso
 Obesa

CURVA DE ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL



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	<input type="checkbox"/> Gravidez planejada
		<input type="checkbox"/> Tripla ou mais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Ignorada	



Final da gestação anterior de 1 ano Sim Não

				Antecedentes clínicos			
		Não	Sim			Não	Sim
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cir. pelv. uterina	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tromboembolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Infertilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

Gestação atual							
		Não	Sim			Não	Sim
Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>
Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inc. instmocervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="checkbox"/>
Violência doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ameaça parto premat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isoimunização Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oligo/polidrâmio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de insulina	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rut. prem. membrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia 1º trim.	<input type="checkbox"/>
Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia 2º trim.	<input type="checkbox"/>
Fumo (nº de cigarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pós-datismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia 3º trim.	<input type="checkbox"/>

Vacina antitetânica				Hepatite B			
Sem informação de imunização	<input type="checkbox"/>			1ª dose	/	/	
Imunizada há MENOS de 5 anos	<input type="checkbox"/>			2ª dose	/	/	
Imunizada há MAIS de 5 anos	<input type="checkbox"/>			3ª dose	/	/	
1ª dose	/	/	2ª dose	/	/		Influenza
3ª dose	/	/	Reforço	/	/		Difteria
Coqueluche (dTpa)	/	/					Tétano

Consulta Odontológica

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