

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL - APS
FICHA DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COMPARTILHAMENTO COM O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Nome:	DATA DE NASC. ____/____/____
Município:	TELEFONE: () _____
UBS de Origem:	

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

1.

Período Gestacional			idade	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			< de 15 anos	1
			de 15 a 34 anos	0
			> de 35 anos	1

2.

Período Gestacional			Situação Familiar	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Estável	0
			Instável	1
			Aceitação da gravidez	
			Aceita	0
			Não aceita	1
			Violência Doméstica	
			Ausência de violência	0
			Presença de violência	1

3.

Período Gestacional			Escoia idade (sabe ler e escrever):	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Sim	0
			Não	1

4.

Período Gestacional			Hábitos (Tabagista):	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Sim	2
			Não	0

5.

Período Gestacional			Avaliação Nutricional (Correlacionar com gráfico da Caderneta da Gestante)	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Baixo Peso	1
			Peso Adequado	0
			Sobrepeso	1
			Obesidade	5

6.

Período Gestacional			CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS E RELACIONADAS AS GESTAÇÕES PREVIAS	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Até 2 abortos	5
			Mais de 2 abortos espontâneos	10
			Natimorto	5
			Prematuro	5
			Mais de 1 filho prematuro	10
			Óbito Fetal	5
			Pré-Eclâmpsia	5
			Eclâmpsia	10
			Placenta Prévia	5
			Duas cesáreas anteriores	1
			Três cesáreas anteriores	3
			Descolamento Prematuro de Placenta	5
			Incompetência Istmo Cervical	10
			Restrição de Crescimento Intrauterino	5
			Malformação Fetal	5
			Último parto (-) de 12 meses	2
			Diabetes gestacional	5
			Doença Hipertensiva	5
			História anterior de GIG	5
			História de tromboembolia	5

7.

Período Gestacional			CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS E RELACIONADAS À GESTAÇÃO ATUAL	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			Ameaça de aborto	5
			Anomalia do trato geniturinário	5
			Acretismo Placentário	10
			Anemia não responsiva à tratamento	10
			Citologia Cervical anormal (NIC I - II - III)	10
			Crescimento uterino retardado	10
			Diabetes gestacional	10
			Doença Hipertensiva Gestacional	10
			Doença Hemolítica	10
			Esterilidade tratada	5
			Gemelar	10
			Isoimunização	10
			Incompetência Istmo cervical	10
			Malformação Congênita Fetal	10
			Neoplasia ginecológica	10
			Placenta Prévia	10
			Polidrâmnio/ Oligodrâmnio	10
			Restrição de crescimento Intrauterino	10

8.

Período Gestacional			CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO ATUAL	Escore
1º tri	2º tri	3º tri		
			AIDS/HIV	10
			Alcolismo	10
			Alterações da tireóide	10
			Cardiopatias	10
			Câncer materno	10
			Cirurgia Bariátrica	5
			Diabetes Mellitus	10
			Doenças Autoimunes (colagenose)	10
			Doenças Psiquiátricas	5
			Doença Renal Grave	10
			Dependência de Drogas	10
			Epilepsia e doenças neurológicas	10
			Endocrinopatias	10
			Hepatites	10
			HAS crônica	5
			HAS crônica complicada	10
			Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou ITU 3x ou mais)	10
			Infecções graves	10
			Miomatose	5
			Mal formação congênita materna com implicação na gestação	10
			Pneumopatia grave	10
			Sífilis	5
			Tuberculose	10
			Toxoplasmose	10
			Trombofilia	10
			Tromboembolia	10
			Varizes acentuada	5

Fatores sócio econômicos, isoladamente, não são critérios para compartilhamento do cuidado com o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) mas, merecem atendimento diferenciado na Atenção Primária à Saúde (APS)

PNAR: Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e/ou 6 e/ou 7 e/ou 8 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos)

Médio Risco: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo médico intercalado com enfermeiro

Baixo Risco: Deve receber atendimento de pré-natal na APS pelo enfermeiro intercalado com médico

ESCORE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Período Gestacional			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	PONTOS	Escore (Total)		
1º tri	2º tri	3º tri			1º tri	2º tri	3º tri
			Risco Habitual	ATÉ 4 PONTOS			
			Médio Risco	5 A 9 PONTOS			
			Alto Risco	10 OU + PONTOS			

EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS PELA UBS? SIM NÃO
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA SOLICITADA PELA UBS? SIM NÃO

OBSERVAÇÕES:



DATA: ____/____/____	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
----------------------	--------------------------------------



CHECKLIST DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA AGENDAMENTO/ATENDIMENTO NO AME

ITENS	SIM	NÃO
Ficha de Estratificação		
Documentos de identificação (RG, CPF, comprovante de residencia, cartão SUS)		
Caderneta da Gestante		
Mapa pressórico		
Mapa glicemico		
Plano de auto cuidado		
Cartão de vacina		
Medicamentos em uso		
Resumo de alta hospita		
Sumario de alta da maternidade (faz parte da ficha de Compartilhamento do Cuidado)		

EXAMES DO PRE-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL (SOLICITADOS E AVALIADOS NA APS)						
EXAMES	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Hemograma						
Tipagem sanguínea						
Coombs indireto (Rh negativo)						
Glicemia de Jejum						
Teste de tolerância para glicose						
Teste Rápido sífilis						
Teste Rápido HIV						
Sorologia Hepatite B						
Toxoplasmose						
Sumário de Urina						
Urocultura						
Eletroforese de hemoglobina						
Citopatológico						
USG Obstétrica						

Justificativa para ausencia de exames do pré-natal

Data: ___/___/___	_____ Assinatura e carimbo do responsável
-----------------------	---