



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÉ
SECRETARIA MUNICÍPIO DE SAÚDE

Avenida Nove de Agosto, 2326 – Centro – CEP 29950-000 – Jaguaré/ES – Tel. (027) 3769-2900

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DA GESTANTE

UNIDADE SOLICITANTE: _____ SERVIÇO ENCAMINHADO: _____	TEL. CONTATO _____	DATA SOLICITAÇÃO ____/____/____
--	-----------------------	------------------------------------

DADOS DO USUÁRIO

NOME:	
NOME DA MÃE:	DATA DE NASCIMENTO: / /
ENDEREÇO:	TEL. CONTATO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:
CARTÃO NACIONAL DO SUS (CNS):	CLASS RISCO:

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA MÉDICA PREGESSA: _____ _____ _____	
EXAME CLÍNICO OBSTÉTRICO (GESTA/PARA, DUM DPP, BCF, AU. USG, IG, METROSSISTOLE, SANGRAMENTO, QUEIXAS, SINAIS E SINTOMAS, EDEMA, TEMPERATURA, PULSO, RESPIRAÇÃO, PRESSÃO): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
EXAMES COMPLEMENTARES (LABORATORIAIS E DE IMAGEM): _____ _____ _____	
CONDUTA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO: _____ _____ _____ _____	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: _____ _____	
MEDICAÇÕES EM USO: _____ _____	
SOLICITANTE (NOME OU ASSINATURA):	CONSELHO (CARIMBO):

