

## ACOLHIMENTO &amp; CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Horário da chegada: \_\_\_\_:\_\_\_\_

4. Horário da classificação: \_\_\_\_:\_\_\_\_

5. Procedência: ( ) Residência ( ) Outras Unidade \_\_\_\_\_

6. É gestante? ( ) Sim ( ) Não ( ) Incerteza

7. DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_ semanas

8. Antecedentes obstétricos: Gestações: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

9. Queixa: \_\_\_\_\_

10. Parâmetros de Avaliação:

PA= \_\_\_\_x\_\_\_\_ mmHg FC= \_\_\_\_ bpm FR= \_\_\_\_\_ TAX.= \_\_\_\_ °C Sat O<sup>2</sup>= \_\_\_\_\_ Glicemia= \_\_\_\_ mg/dl

CONTRAÇÕES UTERINAS: ( ) Sim ( ) Não Hipertonia uterina ( ) Sim ( ) Não

DOR: \_\_\_\_/10 Localização \_\_\_\_\_

PERDA DE LÍQUIDO:

( ) Sim ( ) Não Aspecto: ( ) Claro ( ) Meconial fluido ( ) Meconial espesso

SANGRAMENTO VAGINAL:

( ) Ausente ( ) Presente sem repercussão hemodinâmica ( ) Presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_ min

Outras queixas: \_\_\_\_\_

11. MEDICAMENTOS EM USO: \_\_\_\_\_

12. Observações: ( ) Alergias \_\_\_\_\_ ( ) Drogas ( ) Vítima de violência

13. Horário de término da classificação: \_\_\_\_:\_\_\_\_ min