

**Secretária de Unidade**

N.º caso: \_\_\_\_\_ Marcação Consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (max - 5 dias) Consulta Prévia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Referenciação: C. Saúde de \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_  
 Médico: Dr.(a) \_\_\_\_\_

**CONSULTA PRÉVIA (D1)**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

**Carta Médica de referência**

Sim  Não

Obs.: \_\_\_\_\_

**Exames Diagnóstico**

Serologias Sim  Não  HG e coagulação Sim  Não  G. Sangue \_\_\_/\_\_\_ Sim  Não  Obs.: \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ s \_\_\_\_\_ d

Índice Obstétrico: G \_\_\_ ( A.E; IVG) P \_\_\_\_\_

<b>Contexto da Gravidez</b> (assinalar c/ X)	Pilula esquecimento	Pilula com antibiótico	Pilula pausa	Mudança de pilula	P. c/ distúrbios gastrointestinais	Pilula associação medicamentosa	Pilula causa não identificada
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Método calendário	Pilula Emergência	Pilula Amamentação	Anel	Adesivo (esquecimento)	Coito Interrompido	Preservativo (rompimento)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preservativo falha não identificada	Sem Método	Outro				P. Emergência sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

<b>Ensinos e Informação a transmitir à utente</b>	Métodos de IVG (cirúrgico e medicamentoso) - escolha da utente	<b>Medicamentoso (hospital)</b> <input type="checkbox"/>
	Riscos inerentes à IVG	<b>Medicamentoso (domicílio)</b> <input type="checkbox"/>
	Consultas do processo de IVG/ importância em comparecer às consult. marcadas	<b>Cirúrgico</b> <input type="checkbox"/>
	Métodos contraceptivos / opção da utente	<b>Método contraceptivo (escolhido):</b>
Periodo de reflexão - tomada de decisão (3 dias)		
Assinar Consent. Informado (própria ou representante legal se <16 anos)		<b>Alergias:</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Marcação da 2.ª consulta - D4 ___/___/___		Obs: _____

<b>Apoio Psicológico</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Encaminhamento / Especificar: _____	<b>Apoio Social</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Encaminhamento / Especificar: _____
	Não <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>	

<b>Aceite para IVG</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Razão do não</b>	Gravidez ≥ 10 <input type="checkbox"/> Gravidez Extra Uterina <input type="checkbox"/> Gravidez não evolutiva <input type="checkbox"/> Sem gravidez <input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES:

Assinatura: \_\_\_\_\_

**2.ª CONSULTA (D4) - 1.ª TOMA**

VINHETA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_ h

Consentimento Informado (assinado no máximo 5 dias antes da 2ª consulta)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Exames Diagnóstico**

Serologias Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HG e coagulação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	G. Sangue ___/___ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	obs.:
---	--	--	-------

Terapêutica	Dose/via	Data	Hora	Rubrica do Enfermeiro	Observações
Mifepristone	200 mg via oral				
Azitromicina	1gr via oral				
Imunoglob anti D	300 µg IM				Lote:

<b>Ensinos e Informação a transmitir à utente</b>	Efeitos secundários da 1.ª toma medicamentosa <b>Se terapêutica no domicílio:</b> Cuidados a ter na administração da 2.ª toma medicamentosa ___/___/___ Efeitos secundários da 2.ª toma medicamentosa Importância em comparecer à próxima consulta Próxima consulta ___/___/___ (1.ª reavaliação - D16)	<b>Mét. contraceptivo (confirmação):</b>
		<b>Entregue a 2ª toma à utente (Misoprostol 800 µg) :</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES:

**Termo de Responsabilidade**

Declaro que aderi ao método medicamentoso, no âmbito do processo de IVG e que me responsabilizo em fazer a medicação que me foi fornecida, no domicílio e respeitar as orientações que me foram dadas.

Assinatura da Utente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

3.ª CONSULTA (D6) - 2.ª TOMA



VINHETA

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ h

Terapêutica	Dose/via	Data	Hora	Rubrica do Enfermeiro	Observações
Misoprostol	400 µg via vaginal				
Misoprostol	400 µg via bucal				

**OBSERVAÇÕES:**

Início de perdas vaginais - \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

Expulsão Conteúdo Uterino: Sim  \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

Não

Alta do Serviço - \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

Terapêutica administrada no domicílio

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 1.ª AVALIAÇÃO (D16)



VINHETA

Marcação para Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ h

Complicações - assinalar com X						
Sem	Com complicações					
Complicações	Restos ovulares	G persistente	Hemorragia	Infecção	Dor	Outras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais:

Terapêutica	Dose/via	Data	Hora	Rubrica do Enfermeiro	Observações

<b>Curetagem</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Obs.:
------------------	------------------------------	------------------------------	-------

Método contraceptivo	Opção	Fornecido em	Observações
Preservativo	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	
Hormonal	oral (pilula)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
	Injectavel	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Implante	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	
DIU	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	
ESSURE	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	
Laqueação de trompas	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	
Outro	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	

<b>OBSERVAÇÕES:</b>	Consulta de Planeamento Familiar para ____ / ____ / ____ no C. Saúde de _____

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 2.ª AVALIAÇÃO



VINHETA

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ h

Complicações - assinalar com X						
Sem Complicações	Com complicações					
	Restos ovulares	Gestação persistente	Hemorragia	Infecção	Dor	Outras complicações - quais:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Terapêutica	Dose/via	Data	Hora	Rubrica do Enfermeiro	Observações

Curetagem	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Obs.:
-----------	------------------------------	------------------------------	-------

OBSERVAÇÕES: Consulta de Planeamento Familiar para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no C. Saúde de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_