PREFEITURA DE TOLEDO | SECRETARIA DA SAÚDE

ACS - INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR
SAÚDE INTEGRAL DA MULHER - PUERPÉRIO

Identificação

Nome da Puérpera:

Nome da mãe:

História Prévia

Comorbidades:

Medicações em uso:

Alergias:

Ambiente

Saneamento e higiene do ambiente: ( ) Adequados ( ) Inadequados / Risco ambiental
Observações do ACS:

_____

_____

Aspectos sociais e econômicos

Situação de vulnerabilidade social extrema (insegurança alimentar, desemprego total): ( ) Sim ( ) Não
Sinais de conflito grave ou suspeita de violência doméstica: ( ) Sim ( ) Não

Constituição familiar

Estado emocional autorreferido (Como a puérpera relata estar se sentindo?):
( ) Animada / Bem
( ) Muito cansada / Exausta
( ) Triste, chorosa ou desanimada
( ) Muito ansiosa ou com medo excessivo

Rede de apoio: A puérpera conta com auxílio de familiares/parceiro para os cuidados com o bebê e as tarefas da casa?
( ) Sim, apoio constante
( ) Parcial / Pouco apoio
( ) Nenhum apoio (sozinha)

Dinâmica familiar

Interação entre criança e mãe: ( ) Adequada ( ) Inadequada ( ) Não observada

Interação entre Criança e Ambiente: ( ) Adequada ( ) Inadequada

A criança foi registrada em cartório? ( ) Sim ( ) Não

Observações:_____

_____

_____

_____

_____

Conduta: ( ) Visita de rotina registrada ( ) Caso repassado para a Enfermeira da Equipe ( ) Visita conjunta agendada

Profisisonal:_____

Data:_____/_____/_____

PREFEITURA DE TOLEDO | SECRETARIA DA SAÚDE

ENFERMEIRO (A) INSTRUMENTO DE CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR
SAÚDE INTEGRAL DA MULHER - PUERPÉRIO

História Clínica:

Local do Parto (Maternidade e Cidade):

Idade gestacional no parto (semanas + dias):_____

Data do Parto:_____ ( ) Único ( ) Gemelar ( ) Vaginal ( ) Cesárea ( ) Espontâneo ( ) Induzido ( ) Fórceps

Episiotomia: ( ) Não ( )Sim

Complicações durante o trabalho de parto/puerpério: ( ) Infecção ( ) Hemorragia ( ) Pré-eclâmpsia

( ) Outras Observações:

Condições maternas na alta:

( ) Boas ( ) Necessita de cuidados ( ) Com sequelas

Plano de Alta

Data 1ª consulta puerperal:	**Data 2ª consulta puerperal:**
( ) Dias de pós-parto	( ) Dias de pós-parto
Sinais Vitais: PA:_____/_____ Temp:_____ FC:_____FR:_____Sat:_____	 PA:_____/_____ Temp:_____ FC:_____FR:_____Sat:_____
Febre: Sim ( ) Não Edema: Sim ( ) Não Tontura: Sim ( ) Não Queixas: Sim ( ) Não Dor: Sim ( ) Não	Febre: Sim ( ) Não Edema: Sim ( ) Não Tontura: Sim ( ) Não Queixas: Sim ( ) Não Dor: Sim ( ) Não

Episiorrafia/Correção de Laceração: Sim ( ) Não. Especifique:_____

Ferida Operatória (Avaliar aspectos da cicatriz e se há sinais flogísticos):_____
_____
_____

Mucosas: ( )Coradas ( )Hipocoradas	Observações
Mamas: ( )Normais ( )Turgidas ( )Ingurgitadas ( )Sinais de Mastite	
Mamilos: ( )Normais ( )Fissuras	
Abdômen: ( )Flácido ( )Distendido	

Involução uterina de acordo com o tempo de puerpério: ( )Adequada ( )Inadequada ( )Não Palpável	
Uso de Medicação: ( )Sim ( )Não	
Corrimento vaginal: ( )Presente ( ) Ausente	
Higiene/autocuidado observado:	
Diurese: Alteração urinária: Sim ( ) Não ( )	
Evacuação: Frequência: Diária ( ) A cada dois dias ( ) Outros ( )	
Alimentação: Número de refeições por dia_____ ( ) Perda/Aumento de apetite	
Sono: observar qualidade, alterações	
Estado Emocional: Auto referido: perguntar como a puérpera tem se sentido em relação às transformações do pós-parto e em relação ao bebê. (Obs.: caso ela apresente dificuldade para expressar, podem ser usados alguns exemplos: triste, alegre, desanimada, cansada, ansiosa, etc.	
Sinais de violência: Sim ( ) Não ( )	
Atividade sexual no puerpério: Sim ( ) Não ( ) Refere disfunção sexual no pós parto: Sim ( ) Não ( ) **Dor?** Sim ( ) Não ( ) **Desconforto?** Sim ( ) Não ( ) **Amamentação:** observar o manejo e realizar orientações para o estabelecimento do aleitamento (pega, posicionamento do RN e da mãe). Verificar se a mãe está com alguma dificuldade e orientar.	( ) Aleitamento materno exclusivo ( ) Aleitamento materno misto ( ) Aleitamento artificial exclusivo ( ) Amamenta com dificuldades ( ) Não está conseguindo amamentar

Planejamento reprodutivo: existência de risco reprodutivo: Sim ( ) Não ( )

Se sim, descrever:

Método anticoncepcional indicado:_____

Observações:

Retorno para acompanhamento: ( ) 7 dias ( ) 15 dias ( ) 30 dias ( ) 45 dias ( ) 60 dias ( ) 90 dias ( ) 120 dias ( ) 180 dias

Atendimento domiciliar realizado na data _____ de _____*de 20*_____

Nome e carimbo profissional: