



CADERNETA DE PRÉ-NATAL

PROGRAMA TRANSGESTA

Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal da Bahia
Rede Ebserh

Programa Transgesta

Instituído em 2021, o Programa Transgesta é uma iniciativa da Maternidade Climério de Oliveira (MCO-UFBA) voltada para o atendimento a pessoas transgêneras em período gravídico-puerperal, garantindo o cuidado e a assistência integral multidisciplinar a pacientes e suas parcerias. A MCO-UFBA busca garantir o respeito, o cumprimento dos direitos e prestar uma assistência de qualidade a seus usuáries/os/as.

Nesta Caderneta de Pré-Natal serão registradas as principais informações a respeito da sua gestação e de sua parceria, além de facilitar o atendimento em caso de alguma intercorrência. É essencial manter esta caderneta sempre por perto e apresentá-la nas consultas e no internamento. O Programa Transgesta da MCO-UFBA é referência na Bahia após pactuação com a Secretaria de Saúde do Estado (Sesab) e parceria com o Ambulatório Trans do Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP).

Elaboração

Ailton da Silva Santos
Andrea Novo
Dan Kaio Souza Lemos
Fanny Barral
Leila Ambros

Criação, edição e revisão

Coordenadoria de Comunicação
Social/Ebserh:
Jorge Luiz Neves
Lidiane Borges
Rogerres Oliveira

Paciente

Nome: _____

Nome social: _____

Prontuário: _____ Data de Nascimento: _____

Cartão SUS: _____

RG: _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Ocupação/Profissão: _____

Identidade de gênero: _____ Cor: _____

Tel: _____

Esta caderneta é muito importante para mim. Caso a encontre,
por favor, entre em contato comigo.

Hormoniza: Sim Não, mas pretendo Não e não pretendo Sim, mas parei há ____ meses**Mastectomizado:** Sim Não, mas pretendo Não e não pretendo**Usa binder:** Sim Não, mas pretendo Não e não pretendo**Antecedentes Clínicos:**

Obstétrico: _____

Cirurgias: _____

Hábitos de vida: _____

Familiar: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Observação: _____

Gestação Atual

G ___ P ___ A ___ N ___ C ___ Peso: _____ Altura: _____

DUM: (/ /) DPP DUM: (/ /) DPP USG: (/ /)

Tipos de gestação:

- Única Gemelar Tripla ou mais
 Baixo Risco Alto Risco

Gravidez:

Planejada Sim Não **Desejada** Sim Não

- Fumo - cigarros: _____ Álcool Sífilis
 Outras substâncias: _____ HIV/Aids
 Violência doméstica Toxoplasmose Infecção urinária
 Anemia Ameaça de parto prematuro Inc. Istmocervical
 Isoimunização Rh Oligo/polidrâmnio Rut. Prem. membrana
 CIUR Pós-datismo Febre Hipertensão arterial
 Pré-eclâmpsia/eclâmp. Cardiopatia Diabetes gestacional
 Uso de insulina Exantema/rash cutâneo Hemorragia 1º trim.
 Hemorragia 2º trim. Hemorragia 3º trim.
 Outras: _____

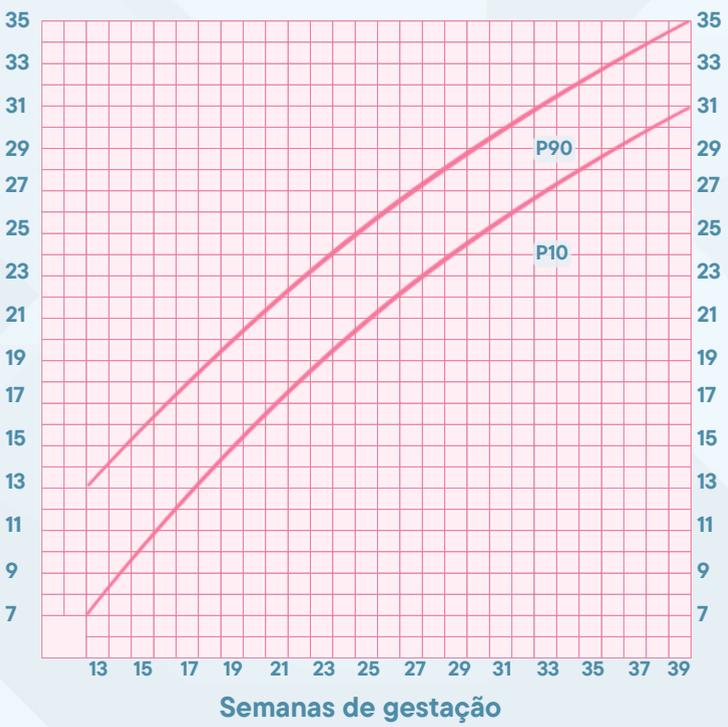
Exames Laboratoriais

Exame	Data	Resultado
GS + Fator RH		
Coombs		
Glicemia Jejum		
TOTG 75g		
HB /HT		
TRT Sífilis		
HIV		
HTLV		
AGHBS		
Anti HCV		
Toxo IGG e IGM		
Cmv IGG e IGM		
Rubéola IGG e IGM		
Cultura GBS		
Urina 1		
Urocultura		
Eletroforese De Hemoglobina	Padrão	o AA
	Heterozigose Outros	o AS o AC
	Homozigose Outros	o SS o SC
Hormonais		
Outros		

Exames de Ultrassonografia

Data	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido amniótico	Observação

Curva de altura uterina / idade gestacional



Quadro Vacinal

Vacina Antitetânica

- Sem informação de imunização
- Imunização há menos de 10 anos
- Imunização há mais de 10 anos

1ª Dose ___/___/___

2ª Dose ___/___/___

3ª Dose ___/___/___

Reforço ___/___/___

Dtpa

Hepatite B

Influenza

Covid

Data ___/___/___

 Imunização

Data ___/___/___

Data ___/___/___

1ª Dose ___/___/___

2ª Dose ___/___/___

1ª Dose ___/___/___

Data ___/___/___

Data ___/___/___

Data ___/___/___

Tratamento para Sífilis

1ª Dose ___/___/___

2ª Dose ___/___/___

3ª Dose ___/___/___

Suplementação Sulfato Ferroso

Mês

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Suplementação Ácido Fólico

Mês

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Participou de atividades educativas?

Não Sim Data 1 ___/___/___ Data 2 ___/___/___ Data 3 ___/___/___

Realizou visita de vinculação?

Não Sim Data ___/___/___

Aleitamento Humano

Manifesta desejo de amamentar	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Parceria <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Manifesta desejo de induzir lactação	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Parceria <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Encaminhamento para orientação e condutas	Endocrinologista	___/___/___
	Mastologista	___/___/___
	BLH	___/___/___
Formas de estímulo aplicadas		

Plano de Parto

Este espaço é para você construir junto com a equipe o seu plano de parto. Como você gostaria que acontecesse o parto? Como podemos auxiliar?

Dados do Parto

Tipo de parto: () Normal () Cesáreo Motivo: _____

Epistomia: () Sim () Não

Sangramento: () Normal () Aumentado

Intercorrências no parto: _____

Medicamentos usados: _____

Alta da maternidade: __/__/__

Recém-nascido: () prematuro () a termo

Apgar 1º min.: ____

Apgar 5º min.: ____

Peso na alta: ____

Visita domiciliar:

Consulta Puerperal

Temperatura:	Lóquios:
Pressão arterial:	Cicatriz cirúrgica (caso cesariana):
Peso:	Vínculo/estado emocional:
Eliminações intestinais:	Manejo de Lactação:
Eliminações vesicais:	Exames de mamas (queixas):
Períneo:	Planejamento reprodutivo:
Sulfato ferroso até o 3º mês pós-parto:	

Planejamento Sexual e Reprodutivo

Encaminhamento para Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo:	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Parceria <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Onde: _____	Onde: _____
Método Contraceptivo	DIU <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data ___/___/___
		Local: _____
	Outro: _____	Data ___/___/___
	Qual: _____	

Pré-natal da Parceria

Nome:				
Como gosta de ser chamado(a):			Cor:	
Idade:	Instrução: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Fundamental			
	<input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior			
Peso:	Altura:	Pressão arterial:	IMC:	
Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Gemelaridade				
Hormoniza: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, mas pretendo <input type="checkbox"/> Não e não pretendo <input type="checkbox"/> Sim, mas parei há ____ meses				

Vacinas da Parceria

Vacina Antitetânica	Febre Amarela	Covid
() Sem informação de imunização () Imunização há menos de 10 anos () Imunização há mais de 10 anos 1ª Dose ____/____/____ 2ª Dose ____/____/____ 3ª Dose ____/____/____ Reforço ____/____/____	Data ____/____/____	1ª Dose ____/____/____ 2ª Dose ____/____/____ Reforço ____/____/____
	Hepatite B	
	1ª Dose ____/____/____ 2ª Dose ____/____/____	

Exames Laboratoriais da Parceria

Exame	Data	Resultado
ABO + Fator RH		
Glicemia		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite C		
Hepatite B - HBsAg		
Hemograma		
Lipidograma		
Colesterol HDL		
Colesterol LDL		
Colesterol Total		
Hormonais		
Eletroforese de Hemoglobina	Padrão	<input type="radio"/> AA
	Heterozigose Outros	<input type="radio"/> AS <input type="radio"/> AC
	Homozigose Outros	<input type="radio"/> SS <input type="radio"/> SC

PROGRAMA TRANSGESTA

**Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal da Bahia
Rede Ebserh**

 Rua do Limoeiro, 137, Nazaré | Salvador-BA | CEP: 40055-150

 mco-ufba.ebserh.gov.br

Ambulatório - De segunda a sexta-feira, das 7h às 19h

 (71) 3283-9269  ambulatorio.mco@ebserh.gov.br

Ouidoria - Atendimento presencial das 8h às 12h e das 13h às 16h

 (71) 3283-9330  ouvidoria.mco@ebserh.gov.br

<https://falabr.cgu.gov.br>

(plataforma integrada nacional das Ouvidorias Federais e acesso à informação)