

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O MACC - GESTANTE**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ ACS responsável: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: PR

**2 - ESTRATIFICAÇÃO**

**RISCO INTERMEDIÁRIO** (apresentar uma ou mais condições descritas abaixo):

**Gestantes que apresentam:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idade < 15 anos ou > 40 anos   | <input type="checkbox"/> Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior                                      |
| <input type="checkbox"/> Baixa escolaridade (< 3 anos de estudo)  | <input type="checkbox"/> Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos)             |
| <input type="checkbox"/> Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou imigrantes | <input type="checkbox"/> Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior                             |
| <input type="checkbox"/> Gestante negra (preta ou parda)  | <input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos)                            | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional não-insulinodependente na gestação atual                                  |
| <input type="checkbox"/> Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)                                   | <input type="checkbox"/> Anemia moderada (hemoglobina entre 9 e 9,9 g/dl)   |

**ALTO RISCO – exclusivo MACC (apresentação de 1 ou mais fatores de risco abaixo)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dependência de drogas ilícitas   | nefrolitíase com repercussão na atual gestação  |
| <input type="checkbox"/> Obesidade mórbida (IMC $\geq$ 40)  | <input type="checkbox"/> Pneumopatas descompensadas ou graves   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatas em tratamento e/ou acompanhamento  | <input type="checkbox"/> Psicose ou depressão grave   |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades       | <input type="checkbox"/> Anemia grave (Hemoglobina < 8 g/dl)  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo I e tipo II   | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional insulinodependente  |
| <input type="checkbox"/> Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional) | <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas: HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses |
| <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas (Doença falciforme - exceto traço falciforme)- Outras hemopatias                                   | Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita  |
| <input type="checkbox"/> Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras)                                       | <input type="checkbox"/> Doença hemolítica perinatal  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial crônica   | <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio)   |
| <input type="checkbox"/> histórico de tromboembolismo   | <input type="checkbox"/> Tromboembolismo na gestação  |
| <input type="checkbox"/> síndrome hipertensivas na gestação atual: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.                                       | <input type="checkbox"/> Trombofilias na gestação   |
| <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo   | <input type="checkbox"/> gestação decorrente de violência sexual  |
| <input type="checkbox"/> Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex.   |   |

**AMBULATÓRIO HOSPITALAR DE ALTO RISCO – HOESP** Em qualquer uma das situações abaixo, o agendamento poderá ser feito tanto na HOESP (via sistema CARE) quanto no MACC – tendo como preferência agendamento no MACC. – observando que a gestação gemelar é exclusiva da HOESP.

**Condições prévias à gestação:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirurgia uterina previa fora da gestação  | <input type="checkbox"/> Neoplasias  |
| <input type="checkbox"/> Coleletíase com repercussão na atual gestação   | <input type="checkbox"/> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos) |
| <input type="checkbox"/> Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS $\geq$ 4 | <input type="checkbox"/> Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores  |
| <input type="checkbox"/> Má formação útero-vaginal   |  |

**Intercorrências clínicas na gestação atual:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Gestação gemelar (Exclusivo HOESP)</b>  | <input type="checkbox"/> Oligodrâmnio ou polidrâmnio   |
| <input type="checkbox"/> Anemia grave (hemoglobina < 8)   | <input type="checkbox"/> Placenta acreta/acretismo placentário   |
| <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU pielonefrite na atual gestação (1 episódio) | <input type="checkbox"/> Placenta prévia (após 22 semanas)   |
| <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo)   | <input type="checkbox"/> Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)  |
| <input type="checkbox"/> Incompetência Istmo-cervical   | <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário) |
| <input type="checkbox"/> Má formação fetal confirmada   | <input type="checkbox"/> Senescência placentária com comprometimento fetal   |
| <input type="checkbox"/> Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)  |  |

**3 – ANAMNESE E CONDUTA REALIZADA NA UNIDADE:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**4 - Exames solicitados obrigatórios (pedir para paciente levar exames laboratoriais e demais exames na consulta):**

---

---

---

**5 - Medicação em uso:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**6 - Outras condutas:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e Assinatura do Profissional**