

Observaciones o exámenes médicos

Vacunación antitetánica (VT)

	Fecha	Próxima Cita
VT1		
VT2		
VT3		
VT4		
VT5		

Cartilla seguimiento prenatal n°:



Nombre:

Edad:

Dirección:

Antecedentes obstétricos

Fecha última regla:

Grávida:

Para:

¿Embarazos anteriores terminaron en?:

Nacimiento vivo	Sí	<input type="checkbox"/>	Número:	No	<input type="checkbox"/>
Muerte Fetal (>28 sem nacido muerto)	Sí	<input type="checkbox"/>	Número:	No	<input type="checkbox"/>
Muerte neonatal (< 1 mes)	Sí	<input type="checkbox"/>	Número:	No	<input type="checkbox"/>
Muerte Infantil (1 mes - 1 año)	Sí	<input type="checkbox"/>	Número:	No	<input type="checkbox"/>
Aborto (espontáneo o inducido)	Sí	<input type="checkbox"/>	Número:	No	<input type="checkbox"/>

Problemas durante embarazos previos

Anemia	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hipertensión/pre-/eclampsia	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hemorragia prenatal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros				

Problemas durante partos anteriores

Trabajo de parto prolongado	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Presentaciones anómalas (nalgas, otras)	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cesárea	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Parto instrumentado	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Extracción manual placenta	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Episiotomía	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hemorragia postparto	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infección puerperal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Fístula	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros				

Antecedentes médicos

Hipertensión	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infecciones transmisión sexual	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Infección VIH	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cirugía abdominal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros				

	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Fecha					
Examen médico					
Edad gestacional					
Peso (+ altura si procede)					
Tensión arterial					
Circunferencia mitad brazo (si procede)					
Altura fondo uterino (cm)					
Frecuencia latido fetal (latidos/minuto)					
Movimientos (presentes/ausentes)					
Posición (longitudinal, transversa, oblicua)					
Presentación (cefálica, nalgas, transversa)					
Conjuntiva ojos (pálida, amarilla)					
Edema					
Molestias (usa la página de atrás si hace falta)					
Test de laboratorio					
Test sífilis					
Hemoglobina					
Test VIH					
Análisis orina					
Test rápido malaria					
Test embarazo (si procede)					
Otros test (ej., grupo sanguíneo)					
Medicación					
Hierro + ácido fólico o multivitamínicos					
Albendazol (contraindicado en 1er trimestre)					
Tratamiento intermitente preventivo de malaria (si procede)					
Tratamiento curativo malaria (si procede)					
Tratamiento infección urinaria (si procede)					
Tratamiento sífilis (si procede)					
Tratamiento ITS (si procede)					
Otro(s) tratamiento(s)					
Otra distribución (si procede)					
Mosquiteras (2 en la 1ª visita)					
Suplemento alimenticio					
Kit parto limpio (3er trimestre)					
Próxima cita					