



## HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

### Captación, valoración y seguimiento de la mujer embarazada (Servicios 200-201)

APELLIDOS Y NOMBRE:.....	EDAD:.....
DIRECCIÓN: .....	TEL:.....
LOCALIDAD:..... N° TARJETA .....	MÉDICO:.....

#### PRIMERA VISITA (antes 12 semanas)

Fecha:	Fur:	F. Test:	FPP:
--------	------	----------	------

#### ANTECEDENTES PERSONALES

A. Médicos:			
A. Familiares:			
A. Ginecológicos:	Menarquía:	F. Menstrual:	Dismenorrea: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Anticoncepción previa:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Tipo:	

#### GESTACIONES ANTERIORES

N°	Año	Gestación	Parto	Sexo RN	Peso	Lactancia	Puerperio

Embarazo deseado:
Factores de riesgo preconceptionales y prenatales (Edad < 16 ó > 35, diabetes, HTA, epilepsia, anemia, Rh, etc.):

#### HÁBITOS TÓXICOS

Tabaco: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> N° (cig/d):	Alcohol: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Cant: (ml/d):	Drogas: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Tipo:
---	--	---

#### FACTORES PSICO-SOCIALES

Estado psicológico y apoyo familiar con el que cuenta:
--

Precisa vacunación antitetánica Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Si precisa vacunación (Fechas):
---	---------------------------------

#### VALORACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

--	--

Peso inicial:	Talla:	Gpo:	Rh:
---------------	--------	------	-----



*Nota: M= Médico de A.P. T: Tocólogo*

	1ª Visita (M)	(Antes 20 semana) 2ª visita (T) 3ª visita (M)		(Entre 20-28 semana) 4ª visita (T) 5ª visita (M)		(A partir 28 semana) 6ª visita y sucesivas (T)	
Fecha							
Sem/Gestación							
Peso							
T.A.							
Pres/Ausencia Edemas MMII							
Fondo Uterino							
FCF							
Situación/present a-ción fetal							

**CONSEJO:** Alimentación, salud bucodental, ejercicio, medicación, tabaco, alcohol, signos-sintomas, consulta urgente (Si:  No: )

Si / No						
---------	--	--	--	--	--	--

ANALÍTICA	1ª visita	2º trimestre	3er trimestre
Glucosa			
Greatinina			
Hto			
Hgb			
Hbs Ag	*	*	
Rubeola		*	*
Toxoplasma		*	*
VDRL		*	*
VIH (*)		*	*
Sist orina			
Sedimento (*)			

### ECOGRAFÍA

1ª Ecografía antes de 20 semana:
2ª Ecografía en 3er trimestre:

### MEDICACIÓN:

--

**DERIVACIÓN AL SERVICIO DE PREPARACIÓN AL PARTO:** (Si:  No: )