



Prefeitura de
Fortaleza

ANEXO - 3 ACOLHIMENTO MÃE/BEBÊ
REFERÊNCIA GARANTIDA NA UNIDADE BÁSICA APÓS ALTA DA MATERNIDADE

HOSPITAL: _____
PARTOS REALIZADOS NO PERÍODO ____/____/____ A ____/____/____

Nome da Mãe: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Tipo de parto: _____ dia do parto: ____/____/____ data da alta: ____/____/____

Intercorrências durante o parto: não() sim()

Especificar: _____

Intercorrências com o RN: não() sim() Especificar: Antibioticoterapia() Fototerapia() Coto umbilical infectado() internado em UTI() outros() especificar: _____

Unidade Básica de Saúde onde a mulher fez o pré-natal: _____

.....

Nome da Mãe: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Tipo de parto: _____ dia do parto: ____/____/____ data da alta: ____/____/____

Intercorrências durante o parto: não() sim()

Especificar: _____

Intercorrências com o RN: não() sim() Especificar: Antibioticoterapia() Fototerapia() Coto umbilical infectado() internado em UTI() outros() especificar: _____

Unidade Básica de Saúde onde a mulher fez o pré-natal: _____

.....

Nome da Mãe: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Tipo de parto: _____ dia do parto: ____/____/____ data da alta: ____/____/____

Intercorrências durante o parto: não() sim()

Especificar: _____

Intercorrências com o RN: não() sim() Especificar: Antibioticoterapia() Fototerapia() Coto umbilical infectado() internado em UTI() outros() especificar: _____

Unidade Básica de Saúde onde a mulher fez o pré-natal: _____

.....

Profissional do Hospital/Maternidade responsável pelas informações:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

.....