

	FORMULÁRIO			FOR
	AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS E INDUÇÃO DO PARTO			FOR-UCOB-55
	Data de Emissão: 23/07/2024	Data da Revisão: 23/07/2024	Número da Revisão: 00	Página: 1 de 2
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

Nome da Gestante: _____ Contato da paciente: _____
 Data atual: ___/___/___ Data e hora da realização do procedimento: _____
 Data do nascimento: ___/___/___ Convênio: _____
 Número de Gestações: ___ Número de partos: _____ () Normais () Cesarianas Aborto: _____
 Data da última menstruação: ___/___/___
 1ª Ecografia: data ___/___/___ Idade Gestacional: ___ semanas ___ dias

Idade Gestacional na data do procedimento: ___ semanas ___ dias
 Tipo de intervenção: () Cesariana () Indução do parto
 Necessidade de reserva em UTI: () Adulta () Neonatal () Não
 Laqueadura Tubária: () Sim () Não – paciente deverá comparecer com termo preenchido e assinado com no mínimo 60 dias de antecedência ao procedimento

Comorbidades:

Diabetes:
 () Mau controle glicêmico com uso de fármacos – 37/38 semanas
 () Bom controle glicêmico com uso de fármacos – 39 semanas
 () Sem medicações/bom controle – 40 semanas

Restrição de Crescimento Fetal:
 () Doppler normal – 37 semanas
 () Com centralização – 34 semanas

Hipertensão:
 () Gestacional com mau controle – 37 semanas
 () Crônica/ gestacional com bom controle 39 semanas
 () Pré – eclampsia leve – 37 semanas

Gemelar:
 () Monocoriônica/Monoamniótica – 32/34 semanas
 () Monocoriônica/ Diamniótica – 36/36+6 semanas
 () Dicoriônica/ Diamniótica – 38/38+6 semanas

HIV

() Carga viral positiva <1000 cópias ou indetectável (exames dos últimos 40 dias) – indução até 39 semanas
 () Carga viral positiva > 1000 cópias (exames dos últimos 40 dias)/ desconhecida – cesárea a 38 semanas

Outras:

() Trombofilia – 39 semanas () Ruptura Prematura de Membranas – ≥ 34 semanas
 () Acretismo placentário – 34/36 sem () Placenta prévia – 36/37 sem () Colestase hepática – 37 semanas

	FORMULÁRIO			FOR
	AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS E INDUÇÃO DO PARTO			FOR-UCOB-55
	Data de Emissão: 23/07/2024	Data da Revisão: 23/07/2024	Número da Revisão: 00	Página: 2 de 2
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

MOTIVO DA CESARIANA

- A pedido sem critério de interrupção, com validação da equipe de Obstetrícia – a partir de 39 SEMANAS
- Macrossomia fetal (peso fetal estimado > 4500 gramas – ecografia da semana)
- Iteratividade – 2 ou mais cesarianas prévias
- Apresentação não cefálica (pélvico ou transverso - ecografia da semana)
- Gestação Gemelar com primeiro feto não cefálico ou monoamniótica
- Gestação múltipla (3 ou mais fetos)
- Miomectomia prévia/ incisão uterina em T prévia/ cirurgia fetal a céu aberto prévia
- Herpes Genital Materno com lesão ativo ou tratamento de Primo infecção no 3º trimestre
- Placenta prévia
- Hidropsia fetal /isoimunização
- Anomalia fetal que impeça TP ou via baixa – descrever*
- Obstrução de canal de parto – descrever*
- Condição clínica materna que impeça via baixa*

DESCREVER:

*Os casos devem passar por auditoria

Favor anexar junto carteira de gestante e cópia da 1ª ecografia e dos exames que justifiquem o motivo da interrupção

Assinatura e Carimbo