**ATENDIMENTO INTERNO NO BANCO DE LEITE HUMANO**

**Dados Cadastrais: Nº CADASTRO:** **Data:**

Nome:Idade: **ANOS**

Data de Nasc.:Naturalidade:Estado:

Estado civil:Raça/Etnia:

Filiação: Nome da Mãe:

Nome do Pai:

RG:Órgão emissor:Estado:Data emissão:

CPF:Nº Cartão SUS:

Endereço:Nº:Bairro:

Complemento:Município:CEP:

Telefone:

Nº Gest.:Total filhos vivos:Amamentados:Não Amamentados:

Por quanto tempo amamentou cada filho:

Nome do Pai:

Nome do bebê:

Peso ao nascimento: **KG** Peso atual: **KG**

Data do parto:Tipo do parto:

Hospital onde foi realizado:

Quem indicou o BLH ou como ficou conhecendo o Banco de Leite:

**Exames realizados no Pré-natal: ( Preenchimento pelo PCLH)**

VDRL (sífilis): HbsAg: HIV:

() Positivo () Positivo () Positivo

() Negativo () Negativo () Negativo

() Não disp. () Não disp. () Não disp.

Já teve febre amarela?: Sim () Não () Caso sim, quando:

Tomou a vacina da febre amarela?: Sim () Não () Caso sim, quando:

**História atual:**

Tabagismo: () Sim () Não Caso sim, quantos no dia?:

Etilismo: () Sim () Não

Drogas: () Sim () Não

Medicamentos: () Sim () Não Caso sim, qual/quais?:

Transfusão sanguínea (últimos 5 anos): () Sim () Não

**Intercorrência na gestação:**

**Exame das mamas: ( Preenchimento pelo PCLH)**

Mamilo protruso: () Mamilo semiprotruso: ()

Mamilo pseudo-invertido: () Mamilo invertido: ()

Mamas cheias sem ingurgitamento: () Apojadura: ()

Ingurgitamento lobar: () Ingurgitamento glandular: ()

Ducto bloqueado: () Mastite: ()

Abscesso: () Outros: ()

**História pregressa:**

Local do Pré-natal:

() Rede pública Nome da Instituição:Telefone: ()

() Rede privada Nome do Médico:Telefone: ()

() Convênio:Nome do Médico:Telefone: ()

() Não realizado

Peso na Gestação (kg): Altura (m): Idade Gestacional no parto:

Inicial: **KG**  Final: **KG**   **M** Sem:Dias:

Doadora apta: () Sim () Não

Responsável da área Médica: **DRA. RENATA KUNTZ**

Responsável pelo cadastro:

**ANAMNESE INICIAL: DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **PROBLEMA(s)** | **CONDUTA(s)** | **ASS.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |