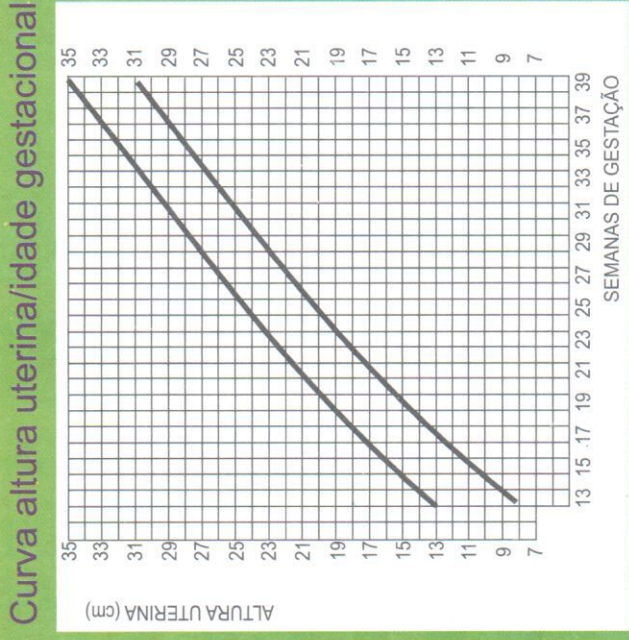
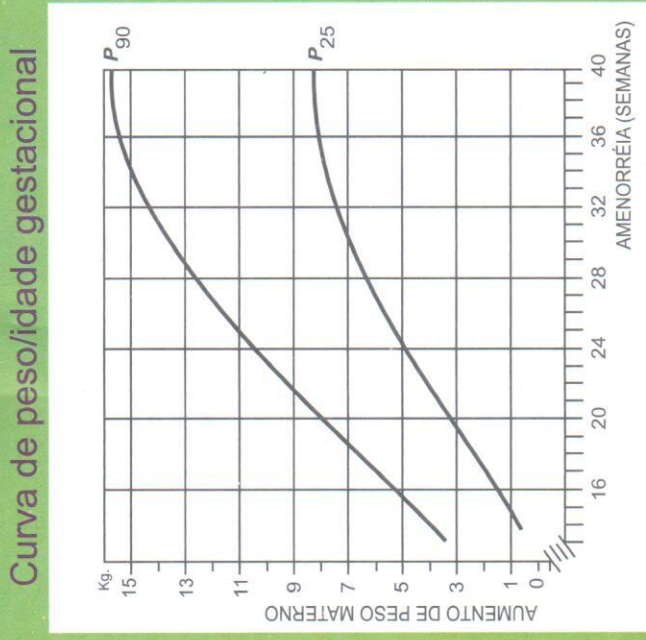


Exames

Hb-Ht
Glicemia de Jejum
VDRL
Urina (rotina)
Anti HIV
ABO-RH
Coombs Indireto

--	--	--	--	--	--

Ultra-sonografia					
Data					
Resultado					
Resultado					
Data					
Orientação/Conduita					



Curva de peso/idade gestacional

Curva altura uterina/idade gestacional

CARTÃO DA GESTANTE

Nome:
Endereço:
Município:

Prontuário:

A G E N D A M E N T O

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.
É um direito seu.

