

Cartilla de **Salud** de la **EMBARAZADA**





Cartilla de **Salud** de la **EMBARAZADA**



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



La cartilla que tiene en sus manos contiene la información necesaria para que los profesionales sanitarios que le atiendan (médico de familia, tocólogo, matrona) conozcan la evolución de su embarazo. Llévela consigo y preséntela cada vez que acuda a una revisión o a cualquier consulta durante su embarazo.

Es muy importante para usted y para su futuro hijo.

Edita: Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública y Consumo

Imprime: IMP Comunicación

Diseño y maquetación: IMP Comunicación

Depósito legal: XX-XXX-XXXX

DATOS DE LA EMBARAZADA

Nombre NIP

Primer Apellido TSI

Segundo Apellido DNI

Edad

Domicilio

Localidad

Teléfono

Cod. Postal Provincia

Profesión

Puesto de Trabajo

Riesgos Laborales (Sí NO)

PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE EL EMBARAZO

Centro de Salud

Teléfono

Médico de familia

Matrona

Tocólogo

Hospital de referencia

ANTECEDENTES

FAMILIARES

.....

.....

PERSONALES

- HTA Diabetes Alt. Tiroideas
- Otras (especificar).....
-

INMUNIZACIONES

- Rubeola Tétanos Hepatitis B Varicela

ALERGIAS

Medicamentos

Otras

HÁBITOS

- Tabaco Alcohol Otras sust.

MEDICAMENTOS QUE TOMA HABITUALMENTE

.....

.....

GINECOLÓGICOS

Menarquia Tipo menstrual.....

Anticoncepción previa

NO Sí Método utilizado.....

Patología ginecológica previa

.....

Esterilidad previa.....

.....

OBSTÉTRICOS

Año	Evolución Embarazo	Parto (Tipo)/ aborto	Sexo	Peso	Puerperio	Lactancia Materna/ Artificial	Duración Lactancia Materna

OBSERVACIONES

.....

Fecha última regla	Fecha probable de parto	Fórmula menstrual	Corrección de la fecha probable de parto

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

		1 ^a Captación	2 ^a	3 ^a
Fecha				
Semanas de gestación				
Peso				
Tensión arterial				
Altura uterina (en cm. de pubis a fondo)				
Edemas				
Signos insuf. venosa en MMII				
Movimientos fetales				
Auscultación fetal				
Estática fetal				
Ácido fólico				
Otros				

VISITAS

Este apartado sirve como recordatorio de las actividades a realizar por trimestres y para añadir datos destacables en la evolución del embarazo (patologías coincidentes con la gestación).

1ª VISITA

Exploraciones:

- Cardio-respiratoria
- Abdominal
- Ginecológica
- Información sobre diagnóstico prenatal
- Signos y síntomas de consulta urgente durante el embarazo
- Recomendación de ácido fólico y sal yodada
- Captación para el servicio de salud bucodental de la embarazada
- Charla de educación maternal del primer trimestre (consejos sobre alimentación, ejercicio físico, medicación, sexualidad, tabaco y alcohol,...)

2ª VISITA

3ª VISITA

4ª VISITA

- Información sobre servicio de educación maternal del tercer trimestre

5ª VISITA

6ª VISITA

- Información sobre lactancia materna
- Información sobre los programas de detección precoz de hipoacusia y enfermedades metabólicas

7ª VISITA

- Signos y síntomas de consulta urgente durante el embarazo

8ª VISITA

9ª VISITA

10ª VISITA

SALUD BUCODENTAL

.....

.....

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Cribado bioquímico (PAPPA, β -HCG libre)

.....

Amniocentesis

.....

ANALÍTICA

Grupo sanguíneo		Rh
♀		
♂		

Coombs indirecto	
1er trimestre	
2º trimestre	
3er trimestre	

Ig Anti D	
Fecha	Lote

VDRL	
Toxoplasmosis	
Rubeola	
AGHBS (reseñar cuando se haga en el primer o tercer trimestre)	
VIH	

	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre
Fecha			
Hematíes			
Hematocrito			
Hemoglobina			
Hierro			
Ferritina			
Glucemia basal			
Test de O ´ Sullivan			
Curva de glucemia			
Ác. úrico			
Creatinina			

Pruebas de coagulación (preoperatorio)

.....

.....

.....

Cultivo de orina			
Cultivo de exudado vaginal			
Cultivo estreptococo B			

ECOGRAFÍAS

Fecha

Semana de amenorrea

	resultado	semana	resultado	semana
Nº de fetos				
CRL (longitud céfalo-nalga)				
Traslucencia nual				
DBP (diámetro biparietal)				
CC (circunferencia cefálica)				
CA (circunferencia abdominal)				
LF (longitud fémur)				
Placenta				
Líquido amniótico				
Estática fetal				

MONITORIZACIÓN ANTEPARTO

Fecha
.....
.....

Fecha
.....
.....

Fecha
.....
.....

DATOS DEL PARTO

Fecha

CENTRO SANITARIO.....

Parto asistido por *(rellenar por la persona que asiste el parto)*

TOCÓLOGO.....

MATRONA

Semana de gestación

Motivo de ingreso

DESARROLLO DE LA DILATACIÓN

Dilatación

Espontánea Estimulada Inducida

Duración

Tiempo bolsa rota (horas)

PARTO

Vaginal

Eutócico Instrumental Motivo.....
 Forceps Ventosa Espátula
 Episiotomía Desgarro

Cesárea

Motivo

Anestesia

NO SÍ
 General Epidural Local

Alumbramiento

Espontáneo Manual

LACTANCIA

Inicio de amamantamiento en la primera hora de vida (contacto piel con piel)
 Alojamiento conjunto de madre y RN

RECIÉN NACIDO

Sexo: H M Peso (en gr.) Talla (en cm.).....

Test de Ápgar: 1 minuto 5 minutos

Sexo: H M Peso (en gr.) Talla (en cm.).....

Test de Ápgar: 1 minuto 5 minutos

PROBLEMAS ASOCIADOS AL PARTO Y/O CONGÉNITOS

.....

PUERPERIO INMEDIATO *(rellenar en el hospital el día del alta)*

Fecha.....

Tensión arterial...../..... Temperatura

Episiotomía Cicatriz laparotomía.....

Loquios Involución útero.....

Mamas Miembros inferiores.....

Lactancia

Se facilita la lactancia materna las 24 horas Sí NO

Tipo lactancia: Materna Artificial

Detección precoz de enfermedades congénitas

Enf. metabólicas Sí NO

Hipoacusia Sí NO

Observaciones

.....

PUERPERIO TARDÍO

Fecha.....

Lugar donde se realiza.....

Tensión arterial...../..... Temperatura

Loquios Episiotomía.....

Cicatriz laparotomía Involución útero.....

Mamas

Recién nacido

Peso 1ª consulta..... Ombligo

Deposiciones Coloración

Vómitos Dermatitis del pañal

Llanto Tono

Educación para la salud

- Consejos sobre la higiene de la púerpera (lavados perineales)
- Situación psicoafectiva
- Estilo de vida (alimentación, actividad física, alcohol, tabaco...)
- Informar sobre Programas de prevención y/o detección precoz (cáncer de cuello de útero, cáncer de mama...)
- Lactancia materna
- Alimentación del recién nacido
- Anticoncepción
- Próximas visitas
- Recomendación de visita al pediatra dentro de los primeros 15 días de vida del niño (Documento de Salud Infantil)

.....

.....

RECUERDE

- Asegúrese de que a su hijo le han realizado las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas:
 - “prueba del talón”
 - hipoacusia, para saber si oye bien
- Acuda con su hijo a las revisiones periódicas recomendadas
- Asegúrese de que esté correctamente vacunado

ACUDA A SU MATRONA, al salir del Hospital, para:

- Control del posparto
- Que le ayude con la lactancia materna
- Que le indique cuándo tiene que volver al Ginecólogo
- Si lo desea, le informe sobre planificación familiar

PARA PONERSE EN CONTACTO CON SU MATRONA

EL SERVICIO DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA PARA LA EMBARAZADA (SITE) LE OFRECE ASESORAMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PRENATAL (edad de los futuros padres, profesión materna, contacto con animales, consumo de sustancias: alcohol, tabaco, otras drogas..., medidas preventivas, etc.).

LAS CONSULTAS PUEDEN EFECTUARSE LOS DÍAS LABORABLES, DE LUNES A VIERNES, EN EL TF.: 91 / 822 24 36

