

CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento: _____

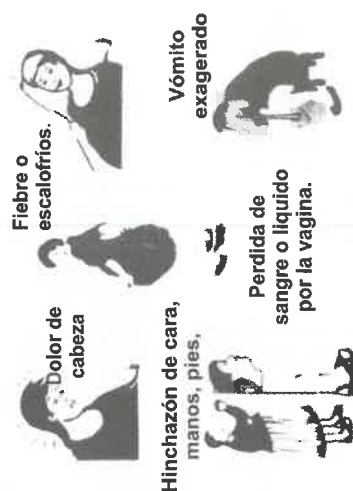
Apellidos y Nombres

No. HC.

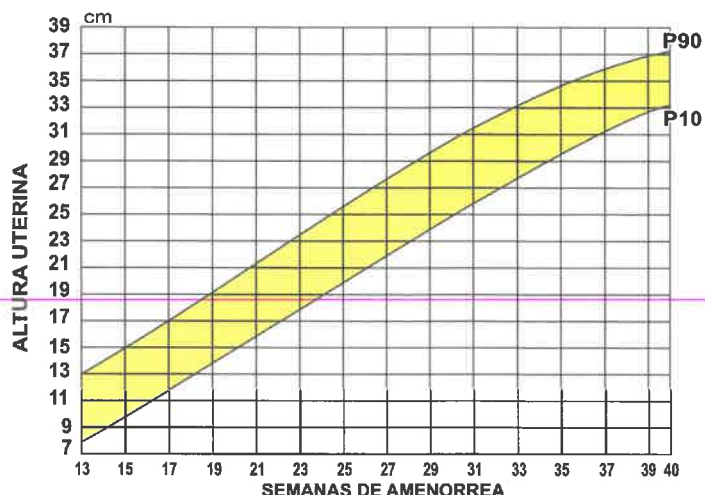
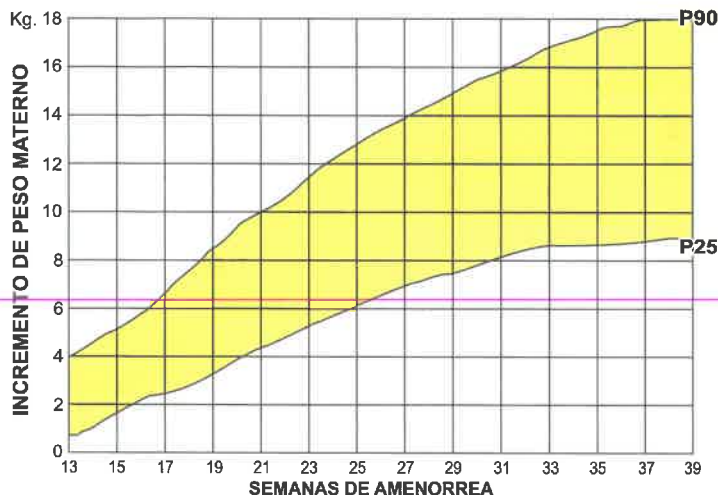
CUMPLA CON SUS CITAS

AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA

SEÑALES DE PELIGRO:



¡Por que los niños tienen derecho a comenzar bien su vida, juntos evitemos la Mortalidad Materna



ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y Hora atención (a/m/d hh:mm)	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (Semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm.Hg)									
Saturación									
Pulso materno (x min.)									
Altura Uterina (cm.)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F (X min./NA)									
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/NSH)									
Edema (+/+/+/+/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (+/+/+/+/NSH)									
Examen de Pezón (Formado/ No form/Sin exam)									
Indic. Fierro / Ac. Fólico (igual a 14 sem.)									
¿Consumo Fierro / Ac Fólico? (Si, No)									
Indic. Calcio (20 sem)									
Indic. Ac. Fólico (hasta 13 sem)									
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut Inm/Vit/TBC/No se hizo/NA)									
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/ NSH / NA)									
Cita (a /m /d)									
Visita domicil. (Si /No /NA)									
Plan Parto (Control /Visita /No se hizo /NA)									
Acompañamiento del familiar (Si /No)									
Establec. de la atención									
Responsable atención									
N° Formato SIS									

