



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTO ANTONIO DE POSSE - SP



Nome: _____

Idade: _____

Perfil Obstétrico - Exames Laboratoriais

☐ HMG

☐ HCV

☐ Glicemia em Jejum

☐ Sorologia Herpes Simples IgG / IgM

☐ Tipagem Sanguínea

☐ Sorologia Rubéola

☐ VDRL

☐ Sorologia Citomegalovírus IgG / IgM

☐ PPF

☐ Sorologia para Toxoplasmose IgG / IgM

☐ Urina I

☐ Coombs Indireto

☐ HBs-Ag

☐ Streptococcus B - Swab Vaginal

☐ HIV

☐ TOTG

☐ Outros _____

Nome da mãe: _____

Data Nasc.: _____ / _____ / _____

CNS: _____

RG.: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

Data: _____ / _____ / _____

Ass. Médico / Enfermeiro



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTO ANTONIO DE POSSE - SP



Nome: _____

Idade: _____

Perfil Obstétrico - Exames Laboratoriais

☐ HMG

☐ HCV

☐ Glicemia em Jejum

☐ Sorologia Herpes Simples IgG / IgM

☐ Tipagem Sanguínea

☐ Sorologia Rubéola

☐ VDRL

☐ Sorologia Citomegalovírus IgG / IgM

☐ PPF

☐ Sorologia para Toxoplasmose IgG / IgM

☐ Urina I

☐ Coombs Indireto

☐ HBs-Ag

☐ Streptococcus B - Swab Vaginal

☐ HIV

☐ TOTG

☐ Outros _____

Nome da mãe: _____

Data Nasc.: _____ / _____ / _____

CNS: _____

RG.: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

Data: _____ / _____ / _____

Ass. Médico / Enfermeiro