

**FORMULÁRIO****VIGILÂNCIA PÓS-ALTA – BUSCA FONADA****CÓDIGO:**  
FP.SCIH.019**REVISÃO: 00****PÁGINA: 1/1****Nome completo:****Data de nascimento:****Data da cesariana:****Prontuário:****Telefone:****Data da ligação:****1) Após a realização da cesariana, apresentou algum sinal ou sintoma?** SIM  NÃO**2) Se sim, quais sinais e sintomas? (Pode marcar mais de uma opção)** Odor fétido na FO Dor na FO Hiperemia na FO (vermelhidão) Saída de exsudato na FO Abertura dos pontos Sangramento Hipertermia (febre) Outros: \_\_\_\_\_**3) Se houve saída de exsudato no local da incisão, qual o aspecto?** Seroso (coloração clara) Purulento (amarelado) Serossanguinolento (rosado) Amarronzado Sanguinolento (vermelho vivo) Esverdeado**4) Quanto tempo após a cirurgia, iniciaram-se os sintomas?****5) Procurou a maternidade para avaliação?** SIM  NÃO**6) Fez uso de antibiótico? Se sim, qual?** NÃO  SIM \_\_\_\_\_**Responsável pelo preenchimento:**