

FORMULÁRIO		
CADASTRO DE DOADORAS DO BANCO DE LEITE HUMANO	CÓDIGO: FP.BLH.001	REVISÃO: 00
		PÁGINA:1/1

IDENTIFICAÇÃO			
Nome da doadora:		Data do cadastro:	
Nome da Mãe:			
Nº do prontuário/código:		Data de Nascimento:	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Bairro:	CEP:
Telefone:		Profissão:	

HISTÓRIA PREGRESSA	
Local do Pré-Natal:	
Nome da Instituição (Público) e/ou Nome do Médico (Privado):	
Nº de consultas pré-natal: () menos de 6 () mais de 6	
Peso Inicial da gestação:	Altura:
Peso Final da gestação:	Idade gestacional:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Nº de gestações:	Nº de partos:	Nº de abortos:
Local do parto:	Data do parto:	Tempo do parto (dias):
Tipo do parto: () cesárea () normal		
Duração da internação: Mãe (dias):		Bebê (dias):
Peso ao nascer:		Peso de alta:

EXAMES REALIZADOS				
VDRL	HBSAG	FTAabs	HIV	Hb (%):
() positivo	() positivo	() positivo	() positivo	Ht (%):
() negativo	() negativo	() negativo	() negativo	
() ã informado	() ã informado	() ã informado	() ã informado	
Fez transfusão de sangue nos últimos 5 anos?			() Sim () Não	
Intercorrências na gestação?			() Sim () Não	
Já amamentou antes? Por quanto tempo?				

HISTÓRIA ATUAL		
Tabagismo? () Sim () Não	Etilismo? () Sim () Não	Drogas?
Uso de medicamentos? Quais?		
Intercorrências?		
Responsável pelo preenchimento:		
Apta para doação: () Sim () Não		
Responsável Médico pela liberação:		