



# Hospital Municipal São João Batista / SAH

## Banco de Leite Humano

### Formulário de Cadastro de Doadoras de Leite Humano

#### - Dados Cadastrais

Registro:

Nome da Doadora		CPF Doadora	DT Nascimento	Naturalidade	Nacionalidade
Profissão		Escolaridade		Telefone	WhatsApp
Endereço / Complemento				Número	Apto
Bairro	Cidade	Estado	Ponto de Referência		
Endereço Alternativo					

#### - História da Última Gestação

Local Pré-Natal		Nome da Instituição			Nome do Médico	
Peso Inicial	Peso Final	Altura	Parto	Dt Parto	Peso do RN	
Idade Gestacional		Prématuridade	UTI Neonatal	Diagnóstico		

#### - História Atual

Tabagismo	Etilismo	Drogas Abuso	Tipo Droga	Transfusão	Ano	Tatuagem	Ano
Medicamentos em uso							

#### - Exames Realizados

Prontuário	Nº Gestação	Nº Partos	Nº Abortos	Nº Consultas	Intercorrência		
Outras Intercorrências							
Exame VDRL	Dt VDRL	Exame HbsAG	Dt HbsAG	Exame FTAabs	Dt FTAabs	Exame HIV	Dt HIV
Exame HTLV	Dt HTLV	Hemograma HB(%)		Hemograma Ht(%)		Dt Hemograma	

#### - Preenchimento Médico

Doadora Apta	Médico Responsável		Responsável Cadastro		Dt Cadastro	Status
Observação						