



Hospital Municipal São João Batista / SAH

Banco de Leite Humano

Formulário de Cadastro de Doadoras de Leite Humano

Emissão: 16/04/2026 - 05:37 h

- 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 | | |
| 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 | | | | |