



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	Cartão SUS	DT Nasc.	Natural.	Nacional.
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				