

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução	
ABO-RH	03/11/23	A+	21/12/26	Teste Rapido		
Hb/Ht		Hb 14.7 / Ht 43				
Glicemia de jejum		78				
VDRL		NR		N.R.		
Urina 1		SP				
Anti-HIV		NR		NR		
HBsAg		NR		NR		
Toxoplasmose		IgG - 8 IgM -				
Combs. indireto						
Outros		TSH 1.12		HCV N.R.		
<b>Vacinas</b>						
Antitetânica						
Hepatite						
<b>Ultra sonografia</b>						
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
30/11/23	G+2	G+2	-/-	Venosa mltimesa SP		CONS.G



# Cartão da Gestante

Nome: *Roselynn Muniz de Jesus*

Endereço: *Santa Luzia*

Tel.:

Município:

*Abelardo Luz*

Cadastro no SIS - pré-natal

Cartão do Sus

## Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional
13-11	13:30	
14-12	13:30	
12-02-26	13:30	<i>Dr. Michel</i>
13/03	13:30	

Documento obrigatório durante a gestação.

**Secretaria Municipal de Saúde**

Abelardo Luz - Santa Catarina