

Questionário de Gravidez e Lactante	
N°: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>	Ano: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>
Dados do Produto	
Produto:	
Lote:	Apresentação:
Data de Fabricação:	Data de Validade:
Indicação do Produto:	
Dados do Paciente / Relator	
Identificação do Paciente: <small>(nome ou iniciais)</small>	
Relator:	
Gravidez	
Data da ultima menstruação:	
Idade Gestacional:	
Idade do Feto:	
Gravidez Anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Caso de má formação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se afirmativo, relatar o diagnostico de má formação:	
Lactante	
Data do parto:	
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Cesariano <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desconhece	
Peso da Criança:	
Sexo da criança: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não informado	
Estado da criança: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Com anomalia	
Se houver diagnostico de anomalia relatar:	
Observações adicionais:	
Responsável pelo preenchimento:	Data: