Plano pós-parto

Eu quero o meu controle pós-parto e do meu bebé dentro dos primeiros 3 dias e depois do nascimento do bebé feito por:

Parteira/ enfermeira/Médico _____

Parteira tradicional/ APE/ACS _____

Outro _____

_____

Dia para o meu controle pós-parto e o do meu bebé

	US	ACS/PT/APEs
1ª semana _____	☐	☐
2ª semana _____	☐	☐
3ª semana _____	☐	☐
40 Dias _____	☐	☐

Depois do nascimento do bebé:

O bebé vai ser registado

Sim ☐ Não ☐

Vacinação:

AO NASCIMENTO	2 MESES	3 MESES	4 MESES	9 MESES
BCG e Pólio 0 (zero)	1ª Dose DPT/HpB e Pólio+**HIB**	2ª Dose DPT/ HpB Pólio+**HIB**	3ª Dose DPT/HpB Pólio+**HIB**	Sarampo

Explique a importância de cada um das vacinas que a criança deve apanhar antes de completar um ano de idade.

Sinais de Perigo

Todas as mulheres com estes problemas devem ir o mais cedo possível a uma unidade sanitária:

Durante a gravidez

Sangramento/ hemorragia

Febre

Ataques

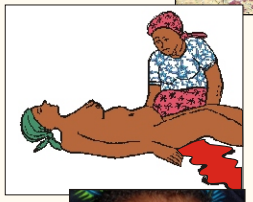
Dores fortes de barriga

Inchaço da cara, mãos e pés

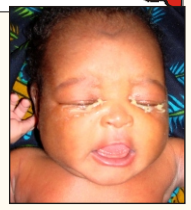
O bebé não se mexe

Durante o parto
Trabalho de parto por mais de 12 horas
Saída de cordão ou braço
Má apresentação

Depois do parto
Muito sangramento
Febre
Corrimento com mau cheiro



Recém-nascido
Prematuro/baixo peso a nascença
Febre
Tétano (rigidez da nuca)
Umbigo sujo/sangue
Olhos com pús



Plano de Parto e Nascimento Seguro

Nome: _____

Província: _____

Distrito: _____

Localidade: _____

Nome da comunidade: _____

Bairro/quarteirão/célula: _____

Chefe de família _____

Líder comunitário/régulo _____

Nome do grupo _____

ACS/PT/APE _____

Data provável de parto:

Dia para Consulta Pré-natal _____

1ª consulta _____/_____/_____

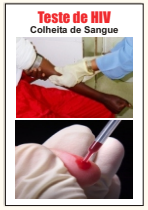
2 ª consulta _____/_____/_____

3 ª consulta _____/_____/_____

4 ª consulta _____/_____/_____

Planeamento da Gravidez

A GRÁVIDA E SUA FAMÍLIA DEVEM REFLECTIR SOBRE O NASCIMENTO DO BEBÉ E DECIDIR LOGO NO INÍCIO DA GRAVIDEZ:



Fui aconselhada e testada para o HIV ?

☐ Sim ☐ Não

O meu parceiro/marido foi aconselhado e testado ?

☐ Sim ☐ Não

Eu quero ter o parto na/no:

Nome da Unidade Sanitária _____

Em casa _____

Outro _____

Eu quero que o meu parto seja feito por :

Parteira/ enfermeira/ Médico_____

_____

Parteira tradicional _____

_____

Outro _____

Todas as mulheres grávidas e suas famílias devem preparar antes do parto : ☐ Sim ☐ Não

Economizar dinheiro para o parto: ☐ Sim ☐ Não

Custo do parto:_____

(gratuito nas Unidades Sanitárias do governo)

Custo do transporte: _____

Onde vai arranjar o dinheiro?

_____

Itens à preparar para o parto :

1. Mantinha/ roupa para o bebé ☐ Sim ☐ Não

2. Capulanas/panos limpos para secar e para abrigar o bebé ☐ Sim ☐ Não

3. Capulanas/panos limpos ou pensos para a mãe ☐ Sim ☐ Não

	Sim	Não
4. Luvas	☐	☐
5. Lâmina nova	☐	☐
6. Água /sabão	☐	☐
7. Algodão	☐	☐
8. Esteira	☐	☐
9. Comida	☐	☐

A GRÁVIDA E A SUA FAMÍLIA DEVEM SABER O QUE FAZER EM CASO DE EMERGÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO

Em caso de emergência/urgência durante o parto gravidez/ parto e pós-parto, eu irei para:

Nome da Unidade Sanitária _____

Custo do parto:_____

(gratuito nas Unidades Sanitárias do governo)

Custo do transporte: _____

Meios de transporte:

1._____

2._____

3._____

4._____

Outros custos: _____

_____

_____

A pessoa que me vai acompanhar à Unidade Sanitária em caso de emergência é meu/minha :

Marido/FAMÍLIA _____

Parteira tradicional _____

Outro _____

Contactos em caso de emergência: _____

Transporte mais próximo:_____

Pessoa mais próxima com telefone/ou facilidade de comunicação: _____

_____

N° de telefone da Unidade Sanitária :_____

Polícia _____

Administração :_____

Outro _____