



Prefeitura Municipal de Quissamã  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

## FORMULÁRIO PARA UTILIZAÇÃO DE MISOPROSTOL

Nome da Paciente : \_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Histórico da Paciente :

- |                                    |         |         |
|------------------------------------|---------|---------|
| • Cesárea anterior ?               | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| • Cirurgia uterina prévia ?        | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| • Paciente asmática ?              | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| • Uso concomitante com ocitocina ? | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| • Placenta prévia ?                | ( ) SIM | ( ) NÃO |

Período Gestacional :

- ( ) 1º Trimestre -----semanas  
( ) 2º Trimestre -----semanas  
( ) 3º Trimestre -----semanas

Indicação Clínica :

- ( ) Indução aborto legal;  
( ) Amolecimento cervical antes de aborto cirúrgico (curetagem);  
( ) Esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal;  
( ) Indução do trabalho de parto maturação de colo uterino;  
( ) Tratar e prevenir hemorragia pós-parto;

Dose a ser utilizada :

- ( ) 25mg                      ( ) 100mg                      ( ) 200mg

Posologia : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico