

## INFORME MÈDIC INICIAL DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT

(A emplenar pel metge d'atenció primària  
o ginecòleg del Sistema Públic de Salut)

Segell d'entrada de Mutua Universal

Amb la finalitat de poder admetre la sol·licitud de certificació mèdica de risc durant l'embaràs, us preguem que feu constar la informació sol·licitada Dr. Dra. \_\_\_\_\_, metge/metgessa del Servei Públic de Salut de \_\_\_\_\_, col·legiat/da núm. \_\_\_\_\_, metge/metgessa d'atenció primària/especialista que assisteix habitualment a la Sra. \_\_\_\_\_ que està embarassada .

**C E R T I F I C A** que actualment la gestant:

**SÍ** presenta alguna patologia obstètrica i/o patologia associada al seu embaràs del següent llistat.

(A mode d'exemple, es consideran riscos obstètrics que incapaciten per a treballar:

- Hiperèmesi en fase aguda.
- Marejos matinals en fase aguda.
- Anèmia amb Hb < 9 g/dl.
- Creixement intrauterí amb retard sever.
- Amenaça d'avortament.
- Amenaça de part prematur.
- Preeclàmpsia: edema gestacional sever.
- Preeclàmpsia: proteïnúria severa.
- Preeclàmpsia: HTA severa.
- Agreujament sever de malalties prèvies a l'embaràs.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbàlgia en fase aguda.
- Embaràs múltiple amb risc.
- Altres. Malalties que poden descompensar-se en aquesta situació d'embaràs (LES, E. Crohn.....)

**NO** presenta cap patologia obstètrica i/o patologia associada al seu embaràs de l'anterior llistat.

L'edat gestacional és de: \_\_\_\_\_ setmanes. La data prevista de part és: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

I perquè així consti signo aquest certificat a \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Signatura i segell del facultatiu**