**REGISTO DAS VISITAS DAS GRÁVIDAS/CASAIS À UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome****(Iniciais)** | **Companheiro Presente** | **Idade Gestacional (semanas)** | **Diagnóstico/Motivo da Visita** | **Serviço Visitado** | **Data** | **Enfermeiro** |
| **Sim** | **Não** | **Unidade de Cuidados intensivos** | **Unidade de Cuidados Intermédios** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |