

**Informe médico**  
(para encher polo médico de atención primaria  
ou o xinecólogo do Servizo Público de Saúde)

D./D.<sup>a</sup> ..... médico do Servizo Público de Saúde de  
....., colexiado núm. .... especialista en  
..... que asiste habitualmente a D<sup>a</sup>..... que  
se encontra en situación de  
Embarazo.....  Lactación natural.....

**Certifica**

**1. No caso de embarazo** (marque o que proceda)

**A)** .....  **SI** presenta a xestante algunha patoloxía obstétrica ou patoloxía asociada ao seu embarazo da seguinte

A modo de exemplo, considéranse riscos obstétricos que incapacitan para traballar:

- Hiperemese en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Crecemento intrauterino retardado severo.
- Ameaza de aborto.
- Ameaza de parto prematuro.
- Preeclampsia: edema xestacional severo.
- Preeclampsia: proteinuria severa.
- Preeclampsia: HTA severa.
- Agravamento severo de enfermidades previas ao embarazo.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbalxia en fase aguda.
- Embarazo múltiple con risco.
- Outros.

**B)** .....  **NON** presenta a xestante ningunha patoloxía obstétrica ou patoloxía asociada ao seu embarazo da seguinte lista.

A idade xestacional é de ..... semanas.

A data probable de parto é \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. No caso de lactación natural**

Que o fillo está a recibir lactación materna no momento actual.....

Que o fillo recibe lactación materna dende a data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .....

E, para que conste, asino en ..... , a ..... de ..... de 20.....

Sinatura do médico

