

PARTOGRAMA

Nome:

Idade

Pront.

DUM ____/____/____

Gesta ____ Para ____ Aborto ____

Filhos vivos: ____ Natimorto: ____ VDRL ____

DPP ____/____/____

Partos: Vaginal __ Cesárea __ Fórceps __

Anti-HIV __ Grupo ABO e Fator Rh ____

Pré-natal: Sim ☐ Não ☐ Intercorrências:

Situação fetal:

Apresentação fetal:

Fletida

Defletida

Variedade de posição:

Long ☐ Transv ☐

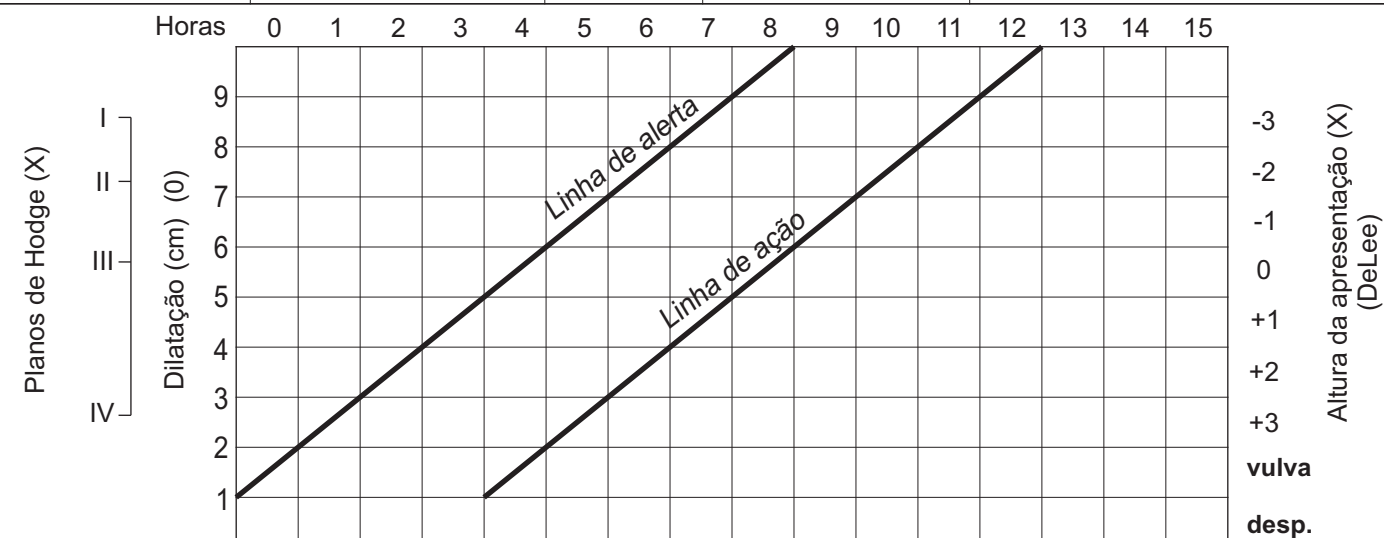
Cef. ☐ Pelv. ☐ Corm. ☐

☐

I ☐

II ☐

III ☐



Dia
Hora

BCF
Bat/min

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

Contrações

Membranas

L. Amniótico

Pressão Arterial

Temperatura

Pulso

Medicamentos
e
Fluidos

Examinador(a)

Observações:

Resolução:

Data: ____/____/____ Hora: ____

Profissional responsável:



<div><div>PARTO</div><div><div>Simplesex<input type="checkbox"/></div><div>Duplo<input type="checkbox"/></div><div>Pélvico<input type="checkbox"/></div><div>Normal<input type="checkbox"/></div><div>Abdominal<input type="checkbox"/></div><div>Fórceps<input type="checkbox"/></div></div></div> <div><div>RECÉM-NASCIDO</div><div><div>Masculino<input type="checkbox"/></div><div>Vivo<input type="checkbox"/></div><div>APGAR 1° min <input type="text"/></div><div>Feminino<input type="checkbox"/></div><div>Morto<input type="checkbox"/></div><div>5° min <input type="text"/></div><div>Capurro<input type="text"/></div><div>Peso<input type="text"/></div><div>Estatura<input type="text"/></div></div></div> <div><div>DELIVRAMENTO</div><div><div>BS<input type="checkbox"/></div><div>BD<input type="checkbox"/></div><div>Espontâneo<input type="checkbox"/></div><div>Manobra<input type="checkbox"/></div><div>Sim<input type="checkbox"/></div><div>Não<input type="checkbox"/></div><div>Extração manual<input type="checkbox"/></div><div>Sim<input type="checkbox"/></div><div>Não<input type="checkbox"/></div><div>Exame da Placenta<input type="checkbox"/></div><div>Sim<input type="checkbox"/></div><div>Não<input type="checkbox"/></div><div>Curagem<input type="checkbox"/></div><div>Sim<input type="checkbox"/></div><div>Não<input type="checkbox"/></div><div>Peso da Placenta: <input type="text"/>g</div><div>Comprimento do cordão: <input type="text"/>cm</div><div>Vasos do cordão: <input type="text"/></div></div></div>	<div><div>EPISIOTOMIA</div><div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Mediana</div><div><input type="checkbox"/> Médio lateral</div></div></div> <div><div>TIPOS DE ANESTESIA</div><div><div><input type="checkbox"/> Local</div><div><input type="checkbox"/> Raquídea</div><div><input type="checkbox"/> Peridural</div></div></div> <div><div>EPISIORRAFIA</div><div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div>Laceração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div><div>Sutura: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div></div></div>
	<div><div>4° PERÍODO</div><div><div>Globo de PINARD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div><div>Sangramento transvaginal</div><div><div><input type="checkbox"/> Fisiológico</div><div><input type="checkbox"/> Moderado</div><div><input type="checkbox"/> Volumoso</div></div><div>Uso de uterotônico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div><div>Ocitócico<input type="checkbox"/></div><div>Esprão de centeio<input type="checkbox"/></div></div></div> <div><div>Observações:</div><div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div></div>
<div><div>PARTO CIRÚRGICO</div><div><div>TIPO DE ANESTESIA</div><div><div><input type="checkbox"/> Geral</div><div><input type="checkbox"/> Peridural</div><div><input type="checkbox"/> Raquídea</div><div>Data: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></div><div>Hora: <input type="text"/></div></div></div><div><div>Cirurgião(ã): <input type="text"/></div><div>Anestesiologista: <input type="text"/></div><div>Auxiliar: <input type="text"/></div><div>Instrumentador(a): <input type="text"/></div></div><div><div>Diagnóstico pré-operatório: <input type="text"/></div><div><div></div></div><div>Diagnóstico pós-operatório: <input type="text"/></div><div><div></div></div></div><div><div>Descrição: <input type="text"/></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div><div>Médico(a) responsável e CRM: <input type="text"/></div><div>Data <input type="text"/></div></div></div>	