

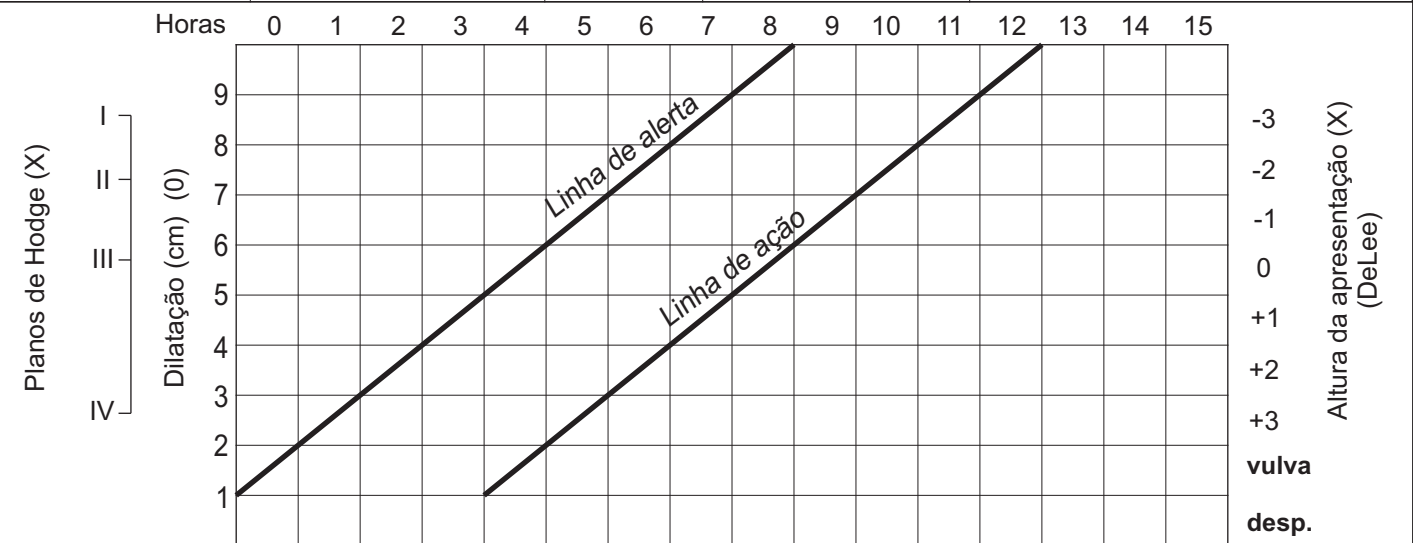
## PARTOGRAMA

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade** \_\_\_\_\_ **Pront.** \_\_\_\_\_

DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gestá \_\_\_\_ 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: Long  Transv  Apresentação fetal: Cef.  Pelv.  Corm.  Fletida  Defletida I  II  III  Variedade de posição: \_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_



**PARTO**

Simple  Duplo  Pélvico   
Normal  Abdominal  Fórceps

**RECÉM-NASCIDO**

Masculino  Vivo  APGAR 1° min \_\_\_\_\_  
Feminino  Morto  5° min \_\_\_\_\_  
Capurro \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Estatura \_\_\_\_\_

**DELIVRAMENTO**

BS  BD  Espontâneo

Manobra  Sim  Não  
Extração manual  Sim  Não  
Exame da Placenta  Sim  Não  
Curagem  Sim  Não

Peso da Placenta: \_\_\_\_\_ g  
Comprimento do cordão: \_\_\_\_\_ cm  
Vasos do cordão: \_\_\_\_\_

**EPISIOTOMIA**  Sim  Não  
 Mediana  Médio lateral

**TIPOS DE ANESTESIA**  
 Local  Raquídea  Peridural

**EPISIORRAFIA**  Sim  Não  
Laceração:  Sim  Não  
Sutura:  Sim  Não

**4° PERÍODO**

Globo de PINARD:  Sim  Não  
Sangramento transvaginal  
 Fisiológico  Moderado  Volumoso  
Uso de uterotônico:  Sim  Não  
Ocitócico  Esporão de centeio

Observações:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTO CIRÚRGICO**

**TIPO DE ANESTESIA**  Geral  Peridural  Raquídea  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Cirurgião(ã): \_\_\_\_\_ Anestesiologista: \_\_\_\_\_  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador(a): \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico pós-operatório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico(a) responsável e CRM: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_