



## Partograma

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do hospital: \_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Sexo: \_\_\_ Leito: \_\_\_ Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Hora do exame																												
Avaliação 1/1 hora Dilatação em cm (X)		ALERTA												AÇÃO												AM	Planos de De Lee	Vulva
10		[Grid for Dilatation and Planos de De Lee]																								-3		
9																										-2		
8																										-1		
7																										0		
6																										+1		
5																										+2		
4																										+3		
3																										+4		
2																												
1																												
BCF bpm																												
Avaliação a cada 30 minutos	Contrações																											
	< 25s	X																										
	25 a 35s	▬																										
	> 35s	■																										
Bolsa																												
LA																												
Ocitocina																												
Medicamentos																												
Fluidos																												
Anestesia																												
Examinador																												

Dados do Parto: Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

Tipo:	Evolução:	Epiciotomia:	Rotura perineal:	Analgesia de parto:	Deambulação:
<input type="checkbox"/> Cesária	<input type="checkbox"/> Induzido	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Acelerado	<input type="checkbox"/> Mediana	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Mediolateral	<input type="checkbox"/> Grau: _____	<input type="checkbox"/> Qual: _____	

1º feto:  Cefálico  Pélvico  Transversa 2º feto:  Cefálico  Pélvico  Transversa 3º feto:  Cefálico  Pélvico  Transversa

Dequitação: Após: \_\_\_\_\_ min  Espontânea  Manual  Outro: \_\_\_\_\_

Completa:  Não  Sim Acompanhante:  Não  Sim  Companheiro  Outro: \_\_\_\_\_

Antibiótico:  Profilático  Terapêutico  Outro: \_\_\_\_\_

#### Descrição da Cirurgia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Complicações / Intercorrências:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Planos de cuidados:

\_\_\_\_\_

Perda sanguínea:  Não  Sim Volume: \_\_\_\_\_

#### Equipe médica:

Cirurgião: \_\_\_\_\_ 1º auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_

Neonatologista: \_\_\_\_\_

#### Dados do recém-nascido:

RN	Sexo	Peso	Altura	Hora	Apgar 1	Apgar 5	Apgar 10	Profilaxia ocular	Anomalia congênita	Tocotraumatismo
1								<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2								<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3								<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Natimorto RN1: Peso: \_\_\_\_\_kg  Admitido morto  Morto antes do trabalho de parto  Morte durante o parto

Natimorto RN2: Peso: \_\_\_\_\_kg  Admitido morto  Morto antes do trabalho de parto  Morte durante o parto

Natimorto RN3: Peso: \_\_\_\_\_kg  Admitido morto  Morto antes do trabalho de parto  Morte durante o parto

Causa aparente do óbito: \_\_\_\_\_

#### 4º período

Sintomas:  Não  Sim Mamas colostro  Não  Sim Útero:  Contraído  Hipotonia

Cicatriz cirúrgica:  Não  Sim Sangramento vaginal:  Fisiológico  Patológico \_\_\_\_\_

Alimentação na 1ª meia hora de vida:  Sim  Não Por quê: \_\_\_\_\_

RN encaminhado para:  Alojamento conjunto  Berçário  UTI Neo  Outros: \_\_\_\_\_

Número da pulseira da mãe/RN: \_\_\_\_\_

Nome legível, nº do conselho e visto ou carimbo com nº do conselho e visto