

PUERPÉRIO

Puerpério de risco: () sim () não

Date do parto: __/__/__

Data					
Hora					
Queixas					
Pressão Arterial					
Temperatura					
Humor (alegre, Melancólico.)					
Mucosas					
Mamas					
Aleitamento					
Abdome					
Útero					
Cicatriz Cirúrgica					
Lóquios					
Períneo					
Evacuação					
Diurese					
MMII- Edema					
MMII- Dor/ em panturrilha					
Exames Solicitados					
Exames Recebidos					
Alojamento Conjunto					
Condutas e Orientações					
Nome e CRM					

OCORRÊNCIAS:

DATA	HORA	

ABO/RH MÃE _____ ABO/RH RN _____ COOMBS _____ VACINA ANTI-RH () Sim () Não

Sorologia para HIV _____ Sorologia para Sífilis _____

ALTA

CONDIÇÕES DE ALTA:

Materna: () BEG () REG

Com RN: () Sim () Não () NSA

Consulta de Puerpério: () Hospital () Posto de Saúde Agendar em _____ dias

Nome legível do médico e CRM



FICHA DE ADMISSÃO OBSTÉTRICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

CNS: _____

RH: _____

Data Atendimento: __/__/__

Hora: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Nascimento: __/__/__

Idade: _____

Cor: _____

Telefone: _____

Acompanhante: () sim _____ () não

Procedência / UBS: _____

Nome Materno: _____

Queixas e Duração: _____

Antecedentes Familiares: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Medicações em uso: _____

Antecedentes Obstétricos:						
Ord.	Tipo Parto	Peso	IG	Intervalo	Intercorrências	Parceiro
1						
2						
3						
4						
5						

Gestação Atual:

Baixo Risco () Alto Risco ()

Gesta: _____

PN: _____

PF: _____

PC: _____

A: _____

DUM: _____

DPP - (DUM): _____

DEP- (USO: _____)

Trouxe Cartão de Pré-Natal: () Sim () Não

Número de Consultas: _____

Complicações: _____

ABO/RH: _____

COOMBS INDIRETO: _____

Sorologia HIV: _____

Sorologia Sífilis: _____

Glicemia: _____

Hb/Ht: _____

Strepto B : _____

Outros: _____

Exame Físico Geral:

PA: ____

X: ____

P: ____

T: ____

Mucosas: _____

Edema: _____

Coração: _____

Pulmões: _____

Outros: _____

Exame Obstétrico:

AU: _____

BCF: _____

MF: _____

Contração Uterina: _____

Colo Esvaecimento: () G () M () F

Dilatação: _____cm

Apresentação: () Cefálico () Pélvico () Outras

De Lee: () AM () -3 () -2 () -1 () 0 () +1 () +2

Bolsa: () Íntegra () Rota () Espontânea () Artificial

Data: __/__/__

Hora: _____

Ângulo Subpúbico: () > 90° () < 90°

Espinhas Salientes: () muito salientes () salientes () apagadas

Promontório: () Atingível () Inatingível

Bacia: () Favorável () Desfavorável

Propedêutica Armada:

Amnioscopia: _____

Ultrassonografia: _____

Exame Especular: _____

Cardiotocografia: _____

Diagnósticos de Internação:

Diagnóstico Obstétrico: _____

Diagnóstico Obstétrico Patológico: _____

Diagnóstico Clínico e/ou Cirúrgico: _____

Planejamento familiar: () Sim () Não

Nome/Carimbo