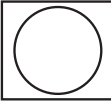


Nome: _____ Data: ____/____/____ Nome do Bebê: _____

Horas de Trabalho de Parto															
Hora Real															
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª
Idade Gestacional															
Altura Uterina Inicial															
1. Dilatação															
															
2. Descida da apresentação e variedade de posição. (Anotar dentro do Círculo)															
															
Esvacimento (G.M.F)															
Bolsa (Bi, Bra, Bre)															
Líquido Amniótico (LCCG,MEC)															
Contrações Uterinas															
BCF															
(Batimentos por minutos)															
															
Ritmico (R)															
Arritmico (A)															
EXAMINADOR:															
Condutas Humanizadas															
Dieta:															
Banho:															
Deambulação:															
Massagem:															
Movimento:															
Respiração:															
Diurese:															
Evacuação:															
Posição No "T" De Parto:															
Acompanhante:															
Cardiotocografia:															
Medicamentos: FLUÍDOS															
SUPPORTABILIDADE DA CONTRAÇÃO															
EXAMINADOR:															
OBSERVAÇÃO:															

DIETA: Água (A), Suco (S), Sólido(SO) **BANHO:** Chuveiro (C), Imersão (I) **DEAMBULAÇÃO:** Se sim, tempo, **MASSAGEM:** Cervical (C), Lombo Sacra (LS), Ombros (O), **MOVIMENTO:** Abaixa Levanta (AL), Balanço Pelvico (B), Lateralidade (L), Propulsão (P), Rel. Muscular (R) **RESPIRAÇÃO:** Normal (N), Soprar Lentamente (S) **DIURESE:** Presente (P), Ausente (A) **EVACUAÇÃO:** Presente (P), Ausente (A) **POSIÇÃO NO 1º DE PARTO:** Sentada (S), Em pé (P), Lateral (L), Cócoras (C), Outras (O) **ACOMPANHANTE:** Sim (S), Não (N) **CARDIOTOCOGRAFIA Intra parto:** Categoria I: Traçado Normal (N), Categoria II: Traçado Indeterminado (IND), Categoria III: Traçado Alterado(ALT) **SUPORTABILIDADE DA CONTRAÇÃO/AÇÃO:** Suportável (S), Insuportável (I), / Não Medicamentosa (NM), Medicamentosa (M), Analgésia (A).

Profilaxia para Strepto B: () Sim () Não se Aplica () Não Motivo: _____

Tipo de Analgesia/Anestesia: () Nenhuma () Local () Pudendo () Sedação () Peridural () Raqui () Duplo Bloqueio () Geral

Acompanhante: () Sim parentesco: _____ () Não () Motivo: _____

Local: () Quarto PPP () Sala de Parto () CCO () Externo () Outros: _____

Posição: () Lateral () Semi Sentada () Cócoras () Litotômica () Outras: _____

Tipo de Parto: () Parto Normal () Fórceps: _____ () Cesárea: _____

Indicação: _____ () Outras manobras: _____

Dequitação: () Espontânea () Expressão Simples () Expressão Manual
Placenta: () Completa () Incompleta: () Membranas () Cotilédones () Curagem () Curetagem
Períneo: () Íntegro () Episiotomia: _____ Indicação: _____ () Lac. 1º grau () Lac. 2º grau () Lac. 3º grau
Retirada do Tampão Vaginal: () Sim () Não () Não se aplica Revisão de canal vaginal: () Sim () Não
Sangramento: () Normal () Aumentado Antibioticoterapia: _____

Contato Pele a Pele: () Sim () Não Motivo: _____
Amamentação na primeira hora: () Sim Tempo: _____ () Não Motivo: _____

Recém Nascido 1: Data: ____/____/____ Hora: ____
() Feminino () Masculino () Indeterminado Apgar: 1º minuto: ____ 5º minuto: ____ Peso: ____ g Capurro: ____ sem
Intercorrências: ____
Assistido por: () Pediatra ____ () Neonatologista ____ () Outros: ____

Recém Nascido 2: Data: ____/____/____ Hora: _____
 () Feminino () Masculino () Indeterminado Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ Peso: _____g Capurro: _____sem
 Intercorrências: _____
 Assistido por: () Pediatra _____ () Neonatologista _____ () Outros: _____

() Médico: _____ () Médico: _____ () Anestesiologista: _____
() Enfermeiro: _____ () Outros: _____

Nome/Carimbo

Nome/Carimbo

Enfermeiro: Acompanhamento / Hora						
Horário	PA	Perda Sanguínea	Útero	Períneo	Conduta	Nome/Carimbo