



# HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA

Nº .....

Quarto/Leito Nº .....

Data ...../...../.....

Nome .....

Estado Civil..... Cor ..... Idade .....

Nacionalidade ..... Residência .....

Responsável .....

DATA ÚLT REG. / /	GESTA	PRÉ-NATAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	VIROSES	TIPO DE SANGUE
DATA PROV. PARTO / /	PARA			FATOR RH

PARTO			ABORTO			TIPO		O.V. <input type="checkbox"/>
NATURAL	FÓRCEPS	CESÁREOS	NATUREZA EXP <input type="checkbox"/> PROV <input type="checkbox"/>	INFECTADO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>				EMS <input type="checkbox"/>
								FETAL <input type="checkbox"/>

EXAME GERAL	ESTADO GERAL	NUTRIÇÃO	DENTES	VARIZES	EDEMA	EM USO DE CORTICÓIDES SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OUTROS
-------------	--------------	----------	--------	---------	-------	--	--------

EXAME GERAL	ABDOMEN (Parede Volume) PAREDE VOLUME ALTURA DO ÚTERO	FETO SITUAÇÃO APRESENTAÇÃO	B.C.F. LOCALIZAÇÃO N. BAT	BACIAS MEDIDAS BC - BE - BT - SPE -
-------------	--	----------------------------------	---------------------------------	---

		INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO																								
HORAS ASSISTÊNCIA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
(de exame) HORA																										
P. ART.																										
T. AXILAR																										
TORUS E SÍSTOLE																										
CONTRAÇÕES EM																										
DILATAÇÃO DO COLO (EM CMS)	10																									
	8																									
	6																									
	4																									
	2																									
ALTURA APRESENTAÇÃO																										
BOLSAS D'ÁGUAS																										
B.C.F.	180																									
	160																									
	140																									
	120																									
	100																									
	80																									
	60																									

CONCLUSÃO: .....

DATA ...../...../.....

Nome do Médico - CRM .....

# PARTO

Nascimento às ..... h. de ...../...../.....

Relato do Parto .....

Intervenção ..... Indicação .....

Anestesia ..... Anestesista .....

Característica do RN .....

.....

## EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Blank area for recording the evolution of the labor process.