



Hospital Maternidade Santa Theresinha
Secretaria Municipal de Saúde
FOLHA OBSTÉTRICA

N.º REGISTRO		NOME DO PACIENTE																	
DIAGNÓSTICO: (APRESENTAÇÃO DO FETO)																			
OPERAÇÃO: (TIPO DE PARTO)																			
DATA DE ADMISSÃO					GRUPO SANG.		FATOR RH		TESTE DE COMS EM CASO DE RH		GESTANTE TOMOU IMUNOGLOBINA								
DIA	MÊS	ANO	HOR.	MIN.															
									() SIM () NÃO		() SIM () NÃO								
IDADE		PESO		ALTURA		COR		PRÉ-NATAL		() PRIMÁRIA () SECUNDÁRIA () MULTÍPARA		CESTA PARA N.º							
DATA																			
HORÁRIO																			
P. ARTERIAL																			
PULSO																			
TEMPERATURA																			
D I L A T A C Ã O D O C O L O	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	8																		
	9																		
	10																		
BOLSA D'ÁGUA																			
BASE																			
PLANO HODGE																			
POSIÇÃO																			
METROSSIST.																			
DADOS SOBRE O PARTO ASSINALADOS PELA OBSTÉTRA																			
TIPO DE PARTO				ESPONTÂNEO				CESÁRIO				VÁCUO							
PARÍNEO				ÍNTEGRO				RUPTURA ANTIGA				EPISIOTO MIA							
SECUNDAMENTO: EXP. HS. MECANISMO														HEMORRAGIA:		SIM		NÃO	
EM CASO DE RH (-) FOI COLHIDO SANGUE DO CORDÃO PARA EXAME																SIM		NÃO	
SECREÇÃO ASPIRADA NA S.P.								SIM				NÃO		AGAR 1ª					
CONTINUA ASPIRANDO NO BÊRÇÁRIO								SIM				NÃO		APGAR 5ª					