

	FORMULÁRIO	Código do Documento FORM.DT.008
	PARTOGRAMA	Especialidade Direção Técnica/ Obstetria

NOME: _____

IDADE: ____ anos DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DEVE SER PREENCHIDO PARA TODO PARTO NORMAL

DILATAÇÃO em CM (círculo)	10																					DeLee	PLANO de De Lee (triângulo)	
	9																							- AM
	8																							- 3
	7																							- 2
	6																							- 1
	5																							0
	4																							+ 1
	3																							+ 2
	2																							+ 3
	1																							+ 4
	0																							vulva
HORA																								
BCF 1/1 h																								
BOLSA																								
COR DO LIQUIDO AMNION TICO																								
CONTRAÇÃO (quantas em 10 m) fazer 1/1 h																						1-19 s	X	
																						20-39 s		
																						> 40 s		
Carimbo e assinatura do médico:																								
FC GEST 1/1 h																								
PA GEST 2/2 h																								
Carimbo e assinatura do técnico:																								

BOLSA: **I** (íntegra), **R** (rota espontaneamente), **AT** (rompida com amniótomo), **RA** (rompida acidental durante o toque)
 LIQUIDO AMNION TICO: **CS** (claro sem grupos), **CG** (claro com grupos), **M** (meconial), **S** (sanguinolento)