

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

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 LÍQUIDO AMNIO 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:									Carimbo e assinatura do enfermeiro:										

BOLSA: I (íntegra), R (rota espontaneamente), AT (rompida com amniótomo), RA (rompida acidental durante o toque)
 LÍQUIDO AMNÍÓTICO: CS (claro sem grumos), CG (claro com grumos), M (meconial), S (sanguinolento)