

Ass.																				
Médico																				
Enf ^m																				
Conduta																				
Observações																				
DATA																				

PARTO

Em casa: _____

Maternidade: _____

Nº da papeleta: _____

Data do parto: ____/____/____

Tipo de parto: Normal _____

Gemelar _____

Peso RN 1 _____ Peso RN 2 _____

Distócico

Ventosa _____ Cesareana _____ Outros _____

1ª Mamada .30 min. _____ 1 hora _____

CONSULTA PÓS NATAL

Data _____

Peso _____ TA _____

Ex. geral _____

Ex. das mamas _____

Ex. Ginecológico _____

Método contraceptivo _____

Conselhos e tratamento _____


 REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 S S R
 Saúde Materna

Registo

Local

Nome

Idade

Etnia

Residência

Nome do marido

Gravidez e Partos anteriores

Nº	Ano	Gravidez	Parto	Sexo	Vivo? morto?	OBSERVAÇÕES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

N = normal P = patológico A = aborto (mês)

Não Sim

- Partos anteriores com cesarianas Não Sim ***
 Partos anteriores com forceps ou ventosa Não Sim ***
 Partos anteriores com complicações hemorrágicas Não Sim ***
 Primigesta (especialmente com idade < 15 anos) Não Sim ***
 Teve 6 ou mais partos Não Sim **
 Partos anteriores com nado morto ou recém nascido Não Sim **
 Falecido durante 1ª semana Não Sim **
 Fanado Não Sim **
 ** ou *** : Mande para consulta Médica

