

Serviço de Obstetrícia
Ficha de Internação

Preencher quando não houver etiqueta

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: ____ anos Estado Civil: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ____/____/____ REGISTRO _____

Risco habitual

Alto Risco

Data: ____/____/____ Hora ____:____ Residente: _____ Plantonista: _____

Procurou o Hospital por: Conta própria Encaminhada do PN Encaminhada do hospital UBS: _____
Unidade primária de origem _____

Plano de Parto – Sim Não

Justificativa: _____

1. Queixa e Duração:

2. Antecedentes Pessoais:

Alergia _____

Anemia Transfusão de Sangue _____

Infecção Urinária Tratada S N _____

Diabetes Tipo: I II Gestacional

Hipertensão: Pré-eclâmpsia Crônica Eclâmpsia Hellp Síndrome

Tireoide Hipotireoidismo Hipertireoidismo

Asma Bronquite DPOC

Cardiopatia

Outras infecções: _____

Tromboembolismo: _____

Cirurgias: _____

3. Antecedentes Obstétricos:

G__ P__ (N__ C__ F__ VE__) PE__ A__ CTG__

Natimorto__ Neomorto__ Malformação__ Síndrome__

Gesta	Tipo Parto	Peso RN	Idade Gestacional	Idade	Evolução
1					
2					
3					
4					
5					
6					

4. Vacinação:

Tétano Tríplice acelular H1N1 Hepatite B

Outras: _____

5. Antecedentes familiares:

- Anemia Cardiopatia Diabetes Hipertensão Tireoidopatia Neoplasia
 Anomalias Estruturais _____

6. Hábitos:

- Tabagismo Atual: _____ cigarros/dia, há _____ anos Cessou há _____
 Etilismo
 Drogas ilícitas Maconha Cocaína Crack Outras: _____

7. Medicamentos em uso:

Nome	Posologia

8. Gestação Atual:

- Fez pré-natal: S N; Local: _____ Nº. de consultas: _____
 DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG (DUM): _____ sem
 USG inicial (___/___/___) IG: ___ sem IG (USG): _____ sem
 Gestação Única Gestação Múltipla: _____ fetos

9. Exame Físico:

- Altura: _____ m Peso Inicial: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg IMC _____
 BEG REG MEG Afebril Febril Hidratada Desidratada
 Corada Descorada: ___/4+ Anictérica Ictérica: ___/4+
Mamas: Simétricas Túrgidas Assimétricas: _____ Papilas: _____
 Eupneica Dispnéica Normocardica Arritmica: _____ Frequência cardíaca: _____ rpm

PA sentada: _____ x _____

PA DLE: _____ x _____

Abdome: Flácido Visceromegalias: _____

Giordano: Ausente Presente

Edema: Generalizado Membros: Unilateral Bilateral: ___/4+

Reflexos: Normais Exacerbados Diminuídos

AU: _____ cm **Tônus:** Normal Aumentado

BCF: Presente: _____ bpm Ausente

Mov. Fetais: Presente Ausente

Dinâmica Uterina Ausente Presente: ___/10 min ; Intensidade: _____ ; Duração : _____

Especlar: _____

Toque:

Colo uterino: Posterior Medianizado Anterior Grosso Médio Fino Impérvio Pérvio: _____ cm

Apresentação: Cefálica Pélvica Córmica Plano de De Lee _____

Membranas: Íntegras Rotas em ___/___/___ as ___:___ horas

Amnioscopia: Não Sim

Líquido: Claro Meconial: ___/4+

Grumos: Ausentes Finos Grossos

Bacia:

Promontório Atingível: Não Sim **Espinhas ciáticas Salientes:** Não Sim Ângulo subpúbico **maior** 90° Não Sim

Intercorrências durante o exame obstétrico: _____

10. Exames Complementares:

Tipo Sanguíneo: A B AB O RH: Positivo Negativo Coombs Indireto: _____

Glicemia: _____ mg/dl GTT: (___/___/___): ___/___ Strepto B: (___/___/___) Positivo Negativo

Hb HT: (___/___/___): ___/___

Ocitocina			
-----------	--	--	--

14. Parto

Acompanhante no trabalho de parto: companheiro mãe outro: _____

Acompanhante no parto: companheiro mãe outro: _____

Local: CPN CO Admissão Outros: _____

Tipo: Normal Pélvico Fórcepe Vácuo Extrator
 Espontâneo Induzido Conduzido

Posição ao parto: Litotômica Verticalizada Cócoras Simms Quatro apoios Outros: _____

Justificativa: _____

Analgesia medicamentosa: Não Realizada Bloqueio de pudendo Combinada Raqui Peridural

Períneo: Íntegro Rotura: I Grau II Grau III Grau IV Grau
 Episiotomia Médio lateral Mediana

Justificativa quanto à realização de episiotomia: _____

Desprendimento da Apresentação: OP OS Outros: _____

Hora do nascimento: _____

RN1: Vivo Apgar: ___/___/___ Peso: _____g Feminino Masculino Natimorto

RN2: Vivo Apgar: ___/___/___ Peso: _____g Feminino Masculino Natimorto

Dequitação: Espontânea Manual Peso: _____g

Canal de Parto: Revisado Não Revisado

Incisão: Cesárea Segmentar Cesárea Segmento Corporal Pfannenstiel Mediana

Anestesia: Raqui Peridural Geral

Intercorrências: Ausente Retenção placentária Atonia Inversão Prolapso cordão

Antibiótico: Ausente Profilático Curativo

Justificativa: _____

Contato pele a pele: Realizado Não realizado

Justificativa: _____

Encaminhamento do RN: AC Unidade Neonatal

14. Observações pertinentes: _____

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: _____

Equipe:

Médico: _____ CRM: _____

Auxiliar 1: _____ CRM: _____

Auxiliar 2: _____ CRM: _____

Anestesiologista: _____ CRM: _____

Enfermeiro: _____ COREN: _____

Neonatologista: _____ CRM: _____

15. Puerpério Imediato:

Hora	Loquiação	Pulso	PA	Involução Uterina	Conduta	Examinador
1ª						
2ª						

*Observações: *Uso de Ocitocina pós-parto imediato***Alta:**

Data: ___/___/___ Hora ___:___

Responsável (nome legível)/Carimbo/Assinatura: _____

16. Puerpério:

Data					
Tipo de Parto					
Queixa					
Evacuação					
Diurese					
Mucosas					
Pulso					
PA					
Mamas					
Involução Uterina					
Loquiação					
Cicatriz					
MMII					
Intercorrências:					
a)Maternas					
b)Neonatais					

Conduta	
---------	--

Alta:

Data: ___/___/___ Hora ___:___

Responsável (nome legível)/Carimbo/Assinatura _____