

1. IDENTIFICAÇÃO DO OBSTETRA

Nome		CRM
Endereço		Telefones de Contato
Bairro	Data do Atendimento	Hora do Atendimento

2. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA (ASSOCIADA)

Nome	Matrícula
Empresa	Telefones de Contato

3. PROCEDIMENTOS

Local	Telefone
Nº da Autorização	Tipo
Médico Solicitante	CRM

OBSTÉTRICO

Aborto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Semanas	CID
Transtornos Maternos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CID

TÉRMINO DA GRAVIDEZ

Parto	Tipo de Alta Materna	CID
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesário	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Inalterado	
<input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Agravado <input type="checkbox"/> A pedido	

PÓS-NASCIMENTO

Complicações no Período Puerpério <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CID
---	-----

RECÉM-NASCIDO

Tipo de Nascimento	Situação	Situação Semanas
<input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Trigêmeos	<input type="checkbox"/> Vivo Prematuro <input type="checkbox"/> Morto	
<input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Vivo a Termo	
Houve Atendimento na Sala de Parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CID
Complicações no Período Neonatal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CID
Encaminhado a UTI / CTI Neonatal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CID
Tipo de Alta que Ocorreu		CID
<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Agravado <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Inalterado		

4. DATA E ASSINATURA

_____ / _____ / _____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Médico
-------------------------------	---