

1. No momento da admissão

MÃE

Nome da Parturiente: _____

Data de Nascimento da Gestante: ____/____/____ Nº do Prontuário: _____

A mulher levou o cartão do pré-natal?

- Não, classificar o risco
- Sim

Revisar: grupo sanguíneo e fator RH, Hemograma, HIV, VDRL, Urina, Ultrassonografia, IGM para toxoplasmose e Hepatite B

Resultados importantes: _____

A parturiente necessita ser referenciada para outro hospital?

- Não
- Sim, providenciado

Iniciou o partograma?

- Não, iniciará quando a dilatação for ≥ 4 cm
- Sim

Iniciar o registro quando o colo do útero estiver ≥ 4 cm. A partir de então o colo deve dilatar ≥ 1 cm/h em média.

- Registrar as contrações, frequência cardíaca da mãe e do feto a cada 30 minutos.
- Registrar a temperatura a cada seis horas.
- Registrar pressão arterial a cada quatro horas ou a cada 2 horas se em uso de Sulfato de Magnésio

A parturiente necessita receber....

Antibióticos?

- Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial
- Não
- Sim, administrado

Considerar a administração de antibiótico na presença do sinal abaixo ou outros motivos:

- Ruptura das membranas >18 horas
- Outro motivo: _____

Anti-hipertensivo?

- Não
- Sim, administrado

Nome do anti-hipertensivo: _____

Sulfato de Magnésio?

- Não
- Sim, administrado

Administrar Sulfato de Magnésio à parturiente se:

- Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica
- PAD ≥ 110 mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência
- Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito
- Náuseas e vômitos
- Reflexos patelares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção)

Antirretrovirais?

- Não, exame negativo
- Sim, administrado

Administrar antirretroviral se soropositividade confirmada.

Há disponibilidade de material para higienizar as mãos e luvas para cada exame vaginal?

- Não
- Sim

- Água
- Sabão
- Papel toalha
- Solução alcoólica
- Luvas

Foi estimulada a presença de um acompanhante durante o parto?

- Não
- Sim

A parturiente ou o acompanhante foram orientados quanto aos sinais de alerta para pedir ajuda, se necessário?

- Não
- Sim

Sinais de alerta para pedir ajuda:

- Sangramento
- Forte dor abdominal
- Forte dor de cabeça ou alterações visuais
- Incapacidade de urinar
- Sensação de urgência de parir
- Diminuição dos movimentos fetais

MÃE

Preenchido por: _____

Nome: _____

Cargo/Função: _____

2. Imediatamente antes da expulsão (ou cesariana) MÃE
RECÉM-NASCIDO
A parturiente apresenta indicação de cesárea?

-
- Não
-
-
- Sim

Marque a indicação de cesárea:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2 cesáreas prévias | <input type="checkbox"/> Trabalho de parto por mais de 24 horas |
| <input type="checkbox"/> Situação transversa | <input type="checkbox"/> Placenta prévia total |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia classe III e IV | <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia fetal | <input type="checkbox"/> Apresentação anômala |
| <input type="checkbox"/> Tumor que obstrua o canal de parto | <input type="checkbox"/> Herpes genital ativo |
| <input type="checkbox"/> Desprendimento prematuro da placenta normoinserida | <input type="checkbox"/> HIV positivo, exceto comprovada baixa carga viral |
| | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

A parturiente apresenta indicação de episiotomia?

-
- Não
-
-
- Sim

Motivo: _____

A parturiente necessita receber....
Antibióticos?

-
- Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial
-
-
- Não
-
-
- Sim, administrado

Considerar a administração de antibiótico se:

-
- Ruptura das membranas >18 horas
-
-
- Outro motivo: _____

Nome do anti-hipertensivo: _____

Administrar à parturiente Sulfato de Magnésio se:

- Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica
- PAD ≥ 110 mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência
- Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito
- Náuseas e vômitos
- Reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção)

Sulfato de Magnésio?

-
- Não
-
-
- Sim, administrado

O material essencial para o parto está disponível próximo da cama?

-
- Luvas
-
-
- Solução alcoólica ou sabão e água
-
-
- Ocitocina – 10 unidades
-
-
- 2 pinças Kelly

Cuidados imediatos após o nascimento:

- Verificar presença de segundo bebê
- Administrar ocitocina intramuscular no primeiro minuto após o parto
- Expulsão da placenta antes de 30 minutos
- Massagem do útero após expulsão da placenta
- Confirmar que o útero está contraído

Identificou e informou um segundo profissional para auxiliar o parto, caso necessário?

-
- Não
-
-
- Sim

Nome: _____

Está presente algum profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal (máximo 2 anos)?

-
- Não
-
-
- Sim

Nome: _____

Marque o material essencial que está disponível próximo da cama:
PARA ASPIRAÇÃO

-
- Sondas traqueais Nº 6,8 e 10 e gástricas curtas Nº 6 e 8
-
-
- Dispositivo para aspiração de mecônio
-
-
- Aspirador a vácuo com manômetro

MEDICAMENTOS

-
- Adrenalina
-
-
- Expansor de volume (SF 0,9% ou Riger-lactato)

PARA CATETERISMO UMBILICAL

-
- Campos estéreis
-
-
- Sonda traqueal Nº 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F

PARA VENTILAÇÃO

-
- Reanimador manual neonatal/Balão auto-inflável
-
-
- Máscaras de ventilação 00, 0 e 1
-
-
- Oxímetro de pulso

OUTROS

-
- Luvas e óculos
-
-
- Lâmina estéril para cortar o cordão umbilical
-
-
- Clampe para cordão umbilical
-
-
- Fontes de oxigênio/ar comprimido
-
-
- Fonte de calor radiante
-
-
- Relógio de parede

PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

-
- Laringoscópio com lâmina reta Nº 00, 0 e 1
-
-
- Cânulas de intubação traqueal Nº 2,5/3/3,5/4

Preenchido por:

 Nome: _____
 Cargo/Função: _____

Preenchido por:

 Nome: _____
 Cargo/Função: _____

3. Logo após o nascimento

MÃE

RECÉM-NASCIDO

A puérpera está sangrando além do esperado?

- Não
 Sim

Se está sangrando além do esperado:

- Massagem do útero
- Considerar uterotônico adicional
- Iniciar via intravenosa
- Misoprostol retal
- Ativar equipe de resposta rápida para emergência
- Tratar a causa: atonia uterina, retenção da placenta/fragmentos, lacerações vaginais, ruptura uterina

A puérpera necessita receber...

Antibiótico?

- Não
 Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial
 Sim, administrado

Considerar a administração de antibiótico se:

- Parto muito manipulado
 Fórceps
 Cesárea
 Outro motivo: _____

Anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, administrado

Nome do anti-hipertensivo: _____

Sulfato de magnésio?

- Não
 Sim, administrado

Administrar Sulfato de Magnésio se:

- Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão arterial crônica
- PAD ≥ 110 mmHg e/ou sintomas clínicos: cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência
- Dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito
- Náuseas e vômitos
- Reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção)

O recém-nascido necessita...

Ser referenciado para outro hospital?

- Não
 Sim, providenciado

Iniciar tratamento com antibiótico?

- Não
 Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial
 Sim, administrado

Cuidado especial ou vigilância?

- Não
 Sim, providenciado

Iniciar terapia antirretroviral?

- Não
 Sim, administrado

Clampeou o cordão de 1 a 3 minutos?

- Não. Motivo: _____. Sim

Realizou contato pele a pele?

- Não. Motivo: _____. Sim

Iniciou amamentação na primeira hora?

- Não. Motivo: _____. Sim

Administrou vitamina K? Não Sim

Identificou o RN com pulseira? Não Sim

Verifique os critérios da sua instituição

Marque se o bebê apresenta algum desses sintomas e necessidade de reavaliação clínica e/ou laboratorial:

- Respiração rápida (>60/min) ou lenta (<30/min)
 Tiragem intercostal, ruídos respiratórios ou convulsões
 Pouca mobilidade ou nula, mesmo quando estimulado
 Temperatura <35°C (não aumentando após ser aquecido) ou temperatura >38°C
 Ruptura das membranas >18 horas
 Outro: _____

Marque ou descreva o motivo:

- Prematuridade
 Peso ao nascer <2500 g
 Precisa de antibiótico
 Precisou de reanimação
 Outro: _____

Se a mãe tiver HIV+, iniciar a profilaxia nas primeiras 4 horas após o nascimento

Orientou a puérpera e o acompanhante a pedir ajuda caso existam sinais de alerta?

- Não
 Sim

Sinais de alerta:

- Icterícia
- Respiração rápida ou dificuldade de respirar
- Frio extremo
- Cianose ou palidez
- Febre
- Interrupção da alimentação
- Menos atividade que o normal

Preenchido por:

Nome: _____

Carço/Função: _____

Preenchido por:

Nome: _____

Carço/Função: _____

4. Antes da alta

MÃE

RECÉM-NASCIDO

O sangramento da puérpera está controlado?

- Não, tratar e adiar alta
 Sim

Se está sangrando além do esperado:

- Massagear o útero
- Considerar uterotônico adicional
- Iniciar via intravenosa
- Tratar a causa: atonia uterina, retenção da placenta/fragmentos, lacerações vaginais, ruptura uterina

A puérpera necessita receber...

Antibiótico?

- Não
 Não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial
 Sim, administrado

Considerar a administração de antibiótico se:

- Suspeita de endometrite
 Outro motivo: _____

A puérpera foi orientada sobre a necessidade de seu acompanhamento após alta e sinais de alerta para pedir ajuda?

- Não
 Sim

Sinais de alerta da Mãe

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dor de cabeça • Alteração do estado de consciência • Dor abdominal intensa | <ul style="list-style-type: none"> • Alterações visuais • Dificuldade respiratória • Dificuldade para esvaziar a bexiga • Febre ou calafrios |
|--|--|

Se o recém-nascido fazia uso de antibiótico, o tratamento foi finalizado?

- Não Não se aplica
 Sim

O recém-nascido está mamando bem?

- Não, orientar as boas práticas de amamentação e adiar alta
 Sim

Se a mãe tiver HIV+, a mãe e o recém-nascido receberam suficiente antirretrovirais para o período de seis semanas?

- Não Sim, para a mãe Não se aplica
 Sim, para o bebê Sim, para a mãe e o bebê

Orientou a mãe sobre o acompanhamento do bebê após alta e os sinais de alerta para pedir ajuda?

- Não Sim

Sinais de Alerta do Bebê

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Febre • Respiração rápida ou dificuldade de respirar • Frio extremo • Não urina ou não evacua • Interrupção da alimentação correta | <ul style="list-style-type: none"> • Crises convulsivas • Menos atividade que o normal • Icterícia • Regurgitação por via oral ou vômitos • Cordão enrijecido, supurativo e com mau odor • Cianose |
|--|--|

O RN apresenta icterícia? Não Sim (Voltar para reavaliação com 48 horas ou adiar alta)Realizou exame para o grupo sanguíneo e fator RH? Não Sim

Realizou:

- | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Vacina BCG? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Vacina Hepatite B? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Teste do Pezinho? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Teste da Orelhinha? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Teste do Olhinho? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Teste da Linguinha? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |
| Teste do Coraçõozinho? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Encaminhado |

Preenchido por:

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Preenchido por:

Nome: _____

Cargo/Função: _____