





Parturiente: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Paridade: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ ABO/RH: \_\_\_\_\_ Inf. Adicional: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário	P.A.	Dinâmica / Uterina	FCF	Colo Uterino	Apresentação / Fetal	Bolsa / Líquido Amniótico	Medicação	Examinador

1. Deslocamento prematuro de placenta?  Sim  Não
2. Desproporção Cefalo-pélvica?  Sim  Não
3. Distócia Funcional?  Sim  Não
4. Distócia de Trajeto?  Sim  Não
5. Sofrimento Fetal Agudo?  Sim  Não
- Se sim, qual?  Centralização fetal  Cardiotoco Cat III  
 Mecônio  Bradicardia Fetal  
 Outro
- Qual outro sofrimento fetal? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. Prolapso de cordão umbilical?  Sim  Não
7. Placenta prévia (PP) centro-total ou centro-parcial?  Sim  Não

8. Vasa Prévia?  Sim  Não
9. Placenta acreta?  Sim  Não
10. Distensão segmentar (Anel de Bandl)/ ruptura interina?  Sim  Não
11. Mal Formação Fetal?  Sim  Não
- Se sim, quais?  Cardíaca ou grandes vasos  SNC  
 Gastrointestinal  Esquelética  
 Pulmonar  Outra
- Qual outra malformação fetal: \_\_\_\_\_
12. Patologia materna com indicação de cesárea?  Sim  Não
- Se sim, qual?  Pré-eclâmpsia grave  Eclâmpsia  
 HELLP  Cetoacidose  
 Cardiopatia  Sepses  
 Outra
- Qual outra patologia materna: \_\_\_\_\_