



Sumário de Alta Maternidade

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Diagnóstico principal: Trabalho de parto Parto cesáreo eletivo

Outro: _____

Principais achados clínicos: Contrações uterinas Dilatação cervical Perda de líquido via vaginal

Outros: _____

Procedimentos diagnósticos relevantes e resultados : Sim Não

Ultrassonografia: _____

Cardiotocografia: _____

Laboratorial: _____

Outros: _____

Procedimentos terapêuticos (médicos e equipe multidisciplinar) :

Monitorização trabalho de parto Parto vaginal Vaginal instrumental _____

Cesárea Outros: _____

Anestesia: Não Sim Local _____ Raquidiana Peridural Combinada Geral

Condições de Alta: Puerpério Fisiológico Óbito Outra :

Destino: Residência Atendimento Domiciliar

Transferência para outro hospital / clínica _____

Médico / Assinatura: _____

CRM: _____ Data: ____/____/____

Declaro que recebi em ____/____/____ às ____ h ____ explicações sobre essas orientações e tive oportunidade de fazer perguntas, sendo respondidas satisfatoriamente.

Nome do Paciente / Responsável: _____

Assinatura: _____

Entregar para o paciente a 1ª via (original) e a 2ª via para que o paciente entregue ao seu médico. Manter a 3ª via no prontuário



1ª VIA