

Cognome _____

Nome _____

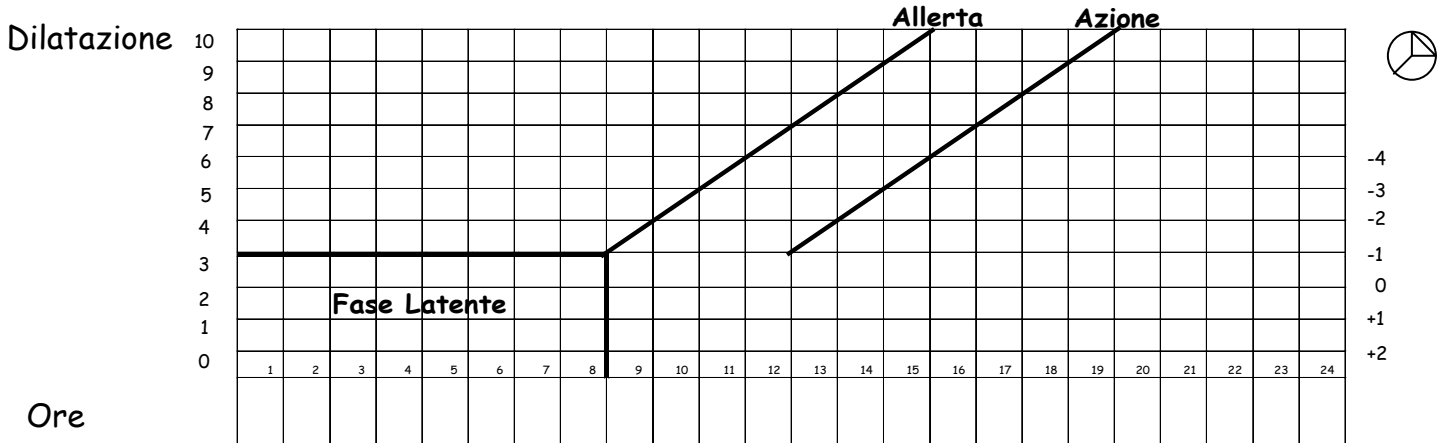
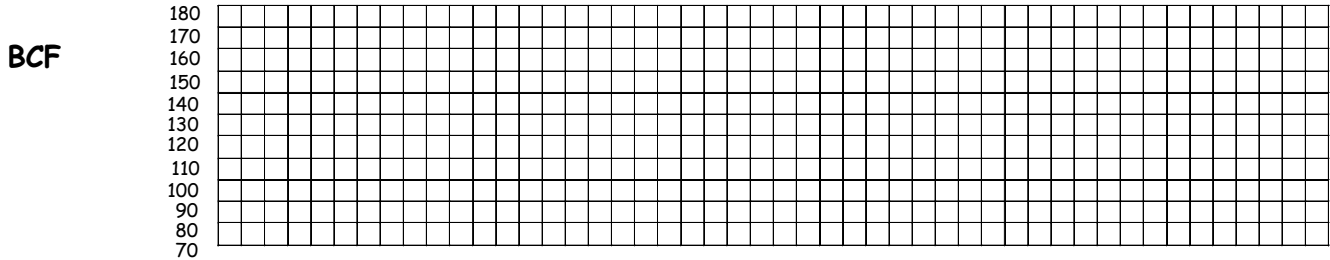
N.C. _____ Grav ___ Par ___

Ingresso il _____ ore _____

Rottura membrane il _____ ore _____

VALUTAZIONE RISCHIO:

Iniziale ore	: BASSO	ALTO
MDG	OST	
Modifica ore	: BASSO	ALTO
MDG	OST	



Ore

Membrane

Contrazioni
in 10 min

Somministr.

Firma

Note _____

**PARTOGRAMMA**

Dipartimento Materno Infantile

 CENTRO NASCITA AREA NASCITA

Rev. 0

Pag. 2 di 2

I e II stadio del TRAVAGLIO

DATA									
ORA									
IDRATAZIONE									
ALIMENTAZIONE									
MINZIONE									
FC MATERNA									
PA									
TC°									
SpO ₂									
POSIZIONE MATERNA									
MOXIBUSTIONE									
USO DELL'ACQUA									
PREMITO									
MODALITA' DI SPINTA									
FIRMA OSTETRICA									

Inizio prodromi ore	
Inizio travaglio ore	
Inizio fase espulsiva ore	
Parto ore	
Secondamento ore	

Posizione al parto	
Esiti perineali	
Sutura	
Anestesia locale	
Perdita ematica	

Ostetrica A	
Ostetrica B	

Altro:
