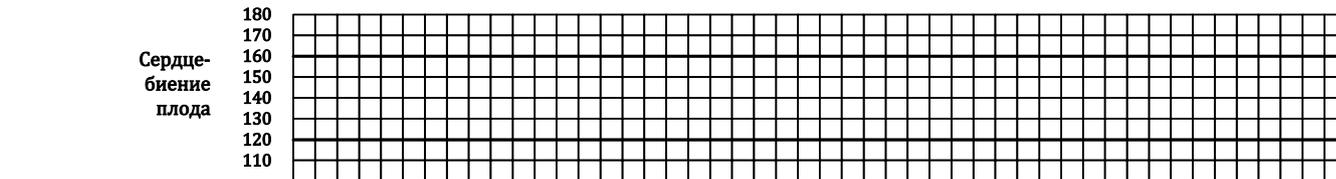


ПАРТОГРАММА

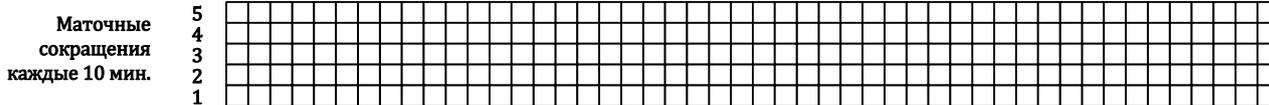
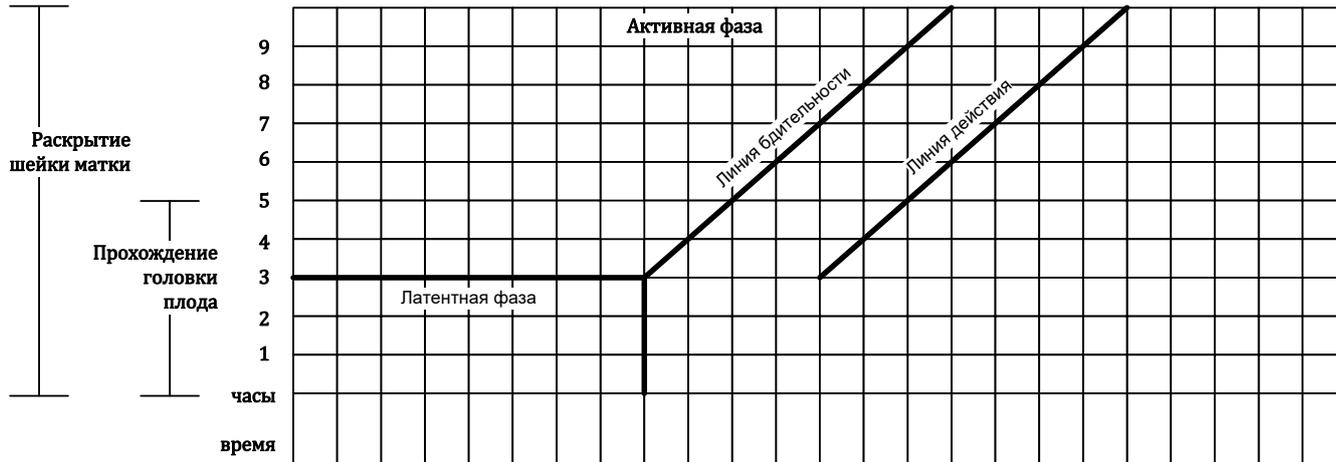
Ф.И.О. _____ Беременность _____ Регистрационный номер _____

Дата поступления _____ Время поступления _____ Безводный период _____



Околоплодные воды
Конфигурация головки

A grid for recording amniotic fluid levels and fetal head configuration.

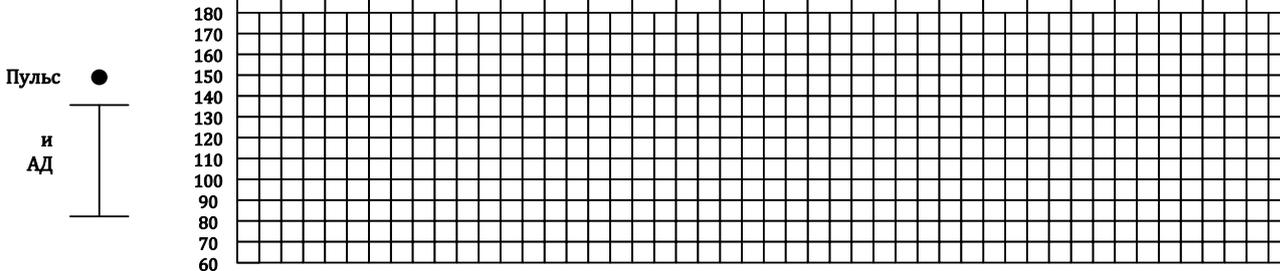


Доза окситоцина и скорость введения

A grid for recording oxytocin dosage and infusion rate.

Полученные лекарства

A grid for recording administered medications.



Температура

A grid for recording temperature.

Белок

Моча Ацетон

Объем

A grid for recording protein, urine acetone, and volume.

Партограмма

Фамилия _____ Регистрационный номер _____

1	Потуги начались	Дата ____/____/____	Время в ____ ч ____ мин
2	Родился плод	Пол М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	Масса (грамм) _____
	Рост (см)	Окружность головки (см)	Крик _____
	Кожные покровы	Рефлексы	Мышечный тонус _____
	Оценка по шкале АПГАР через 1 минут (баллов)	Оценка по шкале АПГАР через 5 минут (баллов)	
3.	Новорожденный осмотрен неонатологом	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Время в ____ ч ____ мин
4.	Ведение III периода родов	Группа риска низкая <input type="checkbox"/> высокая <input type="checkbox"/>	Наличие венозного доступа Есть <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	Наличие плазмозаменителей	Катетеризация мочевого пузыря Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Окситоцин Не введен <input type="checkbox"/>
	Есть <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Утеротоника окситоцин 10 ЕД в\м <input type="checkbox"/> метилэргобревин + окситоцин в\в <input type="checkbox"/>
	Контролируемое потягивание за пуповину Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Выведение последа + наружный массаж матки Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Продолжительность III периода _____ мин _____ сек
	Учтенная кровопотеря по периодам родов _____ мл	Дольки плаценты _____	Дефекты плаценты Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> _____
	Оболочки	Пуповина	
5.	Осмотр шейки матки и родовых путей	Разрыв Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	В случае разрыва: Восстановлена целостность шейки матки и промежности в случае _____

Дежурный врач _____ /____/____
Подпись ДатаЗав. отделением _____ /____/____
Подпись Дата