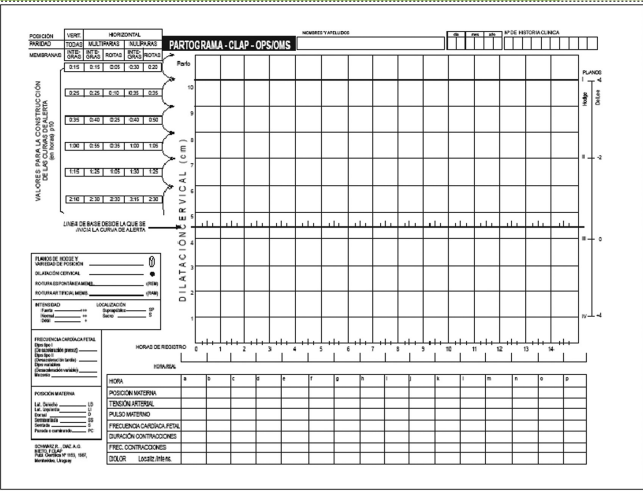
**HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia Clínica No: | | | | | | | | | | | | Fecha de ingreso: DD /MM /AA | | | | | | | | | | | | | | ERP: | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | Edad: | | | | | | Fecha de Nacimiento: DD /MM /AA | | | | | | | | | | | | |
| Médico que ingresa: | | | | | | | | Hora: | | | | | Rh materno: | | | | | | | | Riesgo isoinmunización: | | | | | | | | | Si | | No |
| Motivo de consulta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes patológicos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes quirúrgicos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes obstétricos: | | | | | M: | | | Ciclos: | | | | | Fórmula: | | | | | | | | | FUR: | | | | | | FUP: | | | | |
| Indicación de cesárea previa: | | | | | | | | | | | | | | | | | Parto vaginal post cesárea: Si No | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación: | | | | | | | | | | | | | | Deseo de planificación post parto: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARACLÍNICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Laboratorios:**  (Fecha: DD /MM /AA | | | Toxo IgG: DD /MM /AA  Toxo IgM: DD /MM /AA | | | | | | Rubeola: DD /MM /AA | | | | | | | | | CMV: DD /MM /AA | | | | | | | | | Treponema: DD /MM /AA | | | | | |
| Hepatitis B: DD /MM /AA | | | | | | VIH: DD /MM /AA | | | | | | | | | Cultivo RV: DD /MM /AA | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ecografías** | | | 1: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXÁMEN FÍSICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado general: | | EG: | | | | TA: mmHg | | | | | FC: lpm | | | | | FR: rpm | | | | | | | | Peso: kg | | | | | Talla: cm | | | |
| AU: cm | | FCF: lpm | | | | | | | | | | Presentación: | | | | | | | | | | | | | TV: | | | | | | | |
| Dilatación : | | Borramiento: | | | | | | | | | | Estación: | | | | | | | | | | | | | Variedad de posición: | | | | | | | |
| Membranas: | | I R | | | | | | | | | | Hora ruptura: | | | | | | | | | | | | | Líquido: | | | | | | | |
| **VALORACIÓN DEL RIESGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obstétrico: | | | | | | | Tromboembólico: | | | | | | | | | | | | Alergia: | | | | | | | | | | | | | |
| Caída: | | | | | | | Social | | | | | | | | | | | | Otro: | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEGUIMIENTO DE OXITOCINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha** | **Hora** | | | **Oxitocina (mUm/mL)** | | | | | | **Intensidad contracciones** | | | | | **Duración** | | | | | | | | **TA** | | | | | | | | **FCF** | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PARTO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Fecha del parto: DD /MM /AA | | | | | Hora: | | | | | CNV: | | |
| Tipo de parto: | Vaginal: | | | Cesárea: | | | Indicación: | | | | | |
| Complicación: | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL RECIÉN NACIDO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Peso: gr | | | Talla: cm | | | | | APGAR: | | | | Líquido: |
| Circular: S N | | Contacto piel a piel: S N | | | | Lactancia materna 1 hora: S N | | | | | Alojamiento conjunto: S N | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | |
| Médico que atiende el parto: | | | | | | | | | Médico ayudante: | | | |
| Profesional de enfermería: | | | | | | | | | Auxiliar de enfermería | | | |

**PARTOGRAMA**

****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN – PREVIO EGRESO BINOMIO** | | | | | |
| **Criterio** | **SI** | **NO** | **Criterio** | **SI** | **NO** |
| Historia clínica obstétrica diligenciada completa. |  |  | Recién nacido valorado por pediatría. |  |  |
| Monitorias fetales registradas, diligenciado interpretadas y firmadas. |  |  | Verificación de diuresis del recién nacido. |  |  |
| Consentimiento informado diligenciado completo |  |  | Verificación de meconio del recién nacido. |  |  |
| Acompañamiento de familiar en el trabajo de parto, parto y puerperio Por qué? |  |  | Recién nacido vacunado. |  |  |
| Lactancia materna en la primera hora |  |  | Entrega de orden para reclamar TSH. |  |  |
| Pinzamiento habitual del cordón |  |  | Lactancia materna adecuada. |  |  |
| Alojamiento conjunto |  |  | Asesoría en signos de alarma de la gestante. |  |  |
| Partograma diligenciado completo |  |  | Asesoría en signos de alarma del recién nacido. |  |  |
| CLAP diligenciado completo |  |  | Asesoría en recomendaciones de puericultura y cuidados del binomio. |  |  |
| Asesoría en planificación familiar. |  |  | Verificación de cita de control con ginecología. |  |  |
| Método de planificación administrado. |  |  | Verificación de cita de control con pediatría. |  |  |