**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 /AAToxo 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. |  |  |