

# CHECK-LIST PARTO SEGURO

HOSPITAL:

NOME PACIENTE:

DATA DA ADMISSÃO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

SES:

<b>ADMISSÃO</b>	<p><b>10. Os testes rápidos foram realizados?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>11. A gestante foi informada sobre o procedimento que será realizado?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>12. A equipe de atendimento ao parto foi completamente apresentada?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>13. Paciente deseja colocar DIU no pós parto imediato?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>14. Os materiais e medicamentos para o parto estão completos para a assistência à mulher e bebê?</b> ( ) Sim ( ) Não, falta _____</p> <p><b>15. Bandeja de parto/RN dentro da validade de esterilização?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>16. Contagem compressas:</b> _____ ( ) NA</p> <p><b>17. Contagem instrumental:</b> _____ ( ) NA</p> <p><b>Ass. do profissional:</b> _____</p>	<p><b>20. Pulseira de identificação colocada no RN e na Mãe?</b> ( ) Não ( ) Sim, nº _____</p> <p><b>21. Checar se a puérpera precisa iniciar:</b> Antibiótico? ( ) Sim ( ) Não Anti-hipertensivo? ( ) Sim ( ) Não Sulfato de Magnésio? ( ) Sim ( ) Não Medicação antirretroviral? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>22. A puérpera apresenta sangramento:</b> ( ) Fisiológico ( ) Aumentado, pedir ajuda</p> <p><b>23. Altura de fundo de útero:</b> ( ) Abaixo da cicatriz umbilical ( ) Na altura da cicatriz umbilical ( ) Acima da cicatriz umbilical</p> <p><b>4. O RN necessita de cuidados especiais e/ou acompanhamento nas primeiras horas?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>25. O RN precisa ser transferido?</b> ( ) Não ( ) Sim, para _____</p> <p><b>26. Puérpera e acompanhante foram orientados sobre os sinais de perigo?</b> ( ) Não ( ) Sim</p> <p><b>27. Contagem compressas:</b> _____ ( ) NA</p> <p><b>28. Contagem instrumental:</b> _____ ( ) NA</p> <p><b>29. Colocado DIU?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Ass. do profissional:</b> _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>ANTES DA SAÍDA DO CENTRO OBSTÉTRICO*</b></p> <p><b>*Não se aplica à Casa de Parto</b></p> <p><b>30. Pressão arterial da puérpera:</b> ( ) Normotensa ( ) Hipotensa. Se hipotensa, adiar a alta ( ) Hipertensa. Se hipertensa, adiar a alta</p> <p><b>31. A puérpera apresenta sangramento:</b> ( ) Fisiológico ( ) Aumentado</p> <p><b>32. As medicações prescritas foram administradas e checadas no TrakCare?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>33. Venóclise, soro e sondas identificadas?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) NA</p> <p><b>34. A documentação da puérpera está completa e organizada para o encaminhamento?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Ass. do profissional:</b> _____</p>
<b>ANTES DO PARTO OU CESARIANA</b>	<b>APÓS O NASCIMENTO</b>		<b>ANTES DA ALTA</b>
<p><b>8. Identificação confirmada?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>9. Checar se a mulher precisa iniciar:</b> Antibiótico? ( ) Sim ( ) Não Anti-hipertensivo? ( ) Sim ( ) Não Sulfato de Magnésio? ( ) Sim ( ) Não Medicação antirretroviral? ( ) Sim ( ) Não</p>	<p><b>Parto Normal:</b> ( ) <b>Cesariana:</b> ( )</p> <p><b>18. Realizada administração de Ocitocina IM profilática?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>19. Realizada administração de uterotônicos para contenção de hemorragia pós-parto?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) Não necessário</p>		<p><b>35. A documentação da puérpera está completa e organizada para o encaminhamento?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>36. A documentação do RN está completa e organizada para o encaminhamento?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>37. O número e nome das pulseiras (mãe e RN) foram checadas antes do encaminhamento?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Ass. do profissional:</b> _____</p>