

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

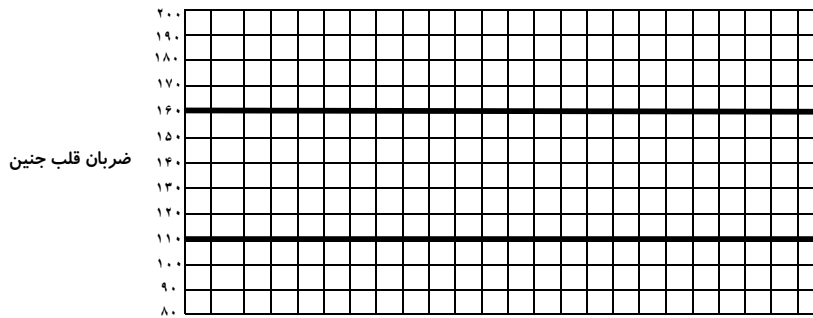
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

شماره پرونده:

فرم پارتوگراف

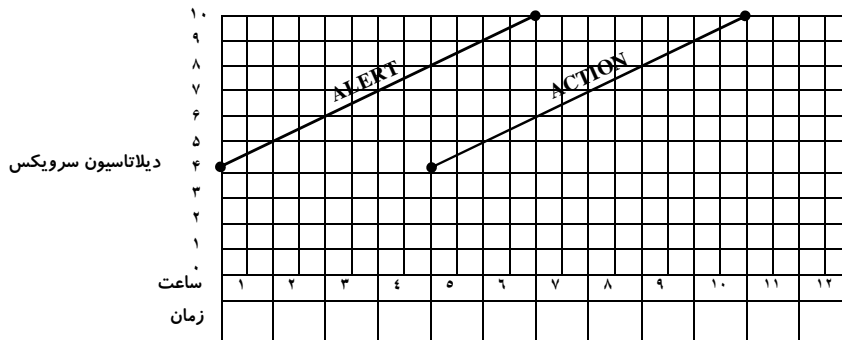
نام خانوادگی: نام پدر: تعداد بارداری: تعداد زایمان:
تاریخ پذیرش: ساعت پذیرش: ساعت شروع فاز فعال: ساعت پارگی کیسه آب:



تاریخ زایمان:

زمان زایمان: ساعت دقیقه

مابع آمنیوتیک



جنس نوزاد: دختر پسر

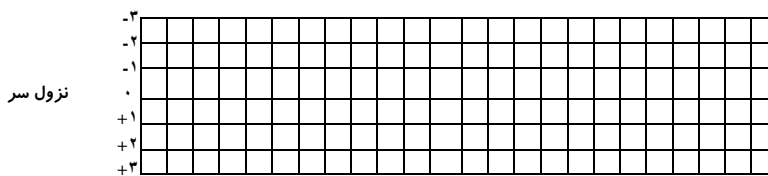
زمان خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:

ناقص کامل

اپی زیاتومی: بلی خیر

درجه پارگی:



پوزیشن زایمان:

upright لیٹاتومی

تعداد انقباض در 10 دقیقه

اکسی توسین قطره / دقیقه

داروهای مصرفی

علائم حیاتی مادر
فشارخون
نبض
درجه حرارت

ساعت انتقال به بخش:

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت:

مهر و امضاء عامل زایمان