DECORSO CLINICO PUERPERIO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

GIORNATA _____

Data _____ Ora _____

Temperatura			**Esami ematici**	In corso	Si ☐	No ☐
PA				Da eseguire	Si ☐	No ☐
SpO2				Presenti in cartella	Si ☐	No ☐
Frequenza Cardiaca			**CVP**	Presente	Si ☐	No ☐
Frequenza Respiratoria			**Catetere epidurale**	Presente	Si ☐	No ☐
Diuresi				Rimozione	Si ☐	No ☐
Seno e capezzoli			☐ **Bakri ballon** ☐ **palloncino intrauterino**	Presente	Si ☐	No ☐
				Rimozione	Si ☐	No ☐
Allattamento Valutazione poppata						
Relazione primaria						
Utero						
Lochiazioni						
Arti inferiori						
Alvo						
Ferita						
Perineo						
Dolore NRS			**Mastosuttore**		Si ☐	No ☐
Stanchezza						
Condizione psico-sociale						
Esercizi perineali postnatali						

Rischio di caduta *	Si ☐	No ☐		* Aldrete Score ☐	Bromage Score ☐	
Counselling	Si ☐	No ☐		**Attivazione servizi sociali**	Si ☐	No ☐
Attacco al seno	Si ☐	No ☐		Decorso fisiologico	Si ☐	No ☐

NOTE: _____

_____

Firma dell'Ostetrica: _____

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Diagnosi	Obiettivi	Interventi