



Servicio de Ginecología y Obstetricia

FECHA:

H.C Nº

Nombre y Apellido del Paciente:.....

Edad:.....años

G:..... P:..... C:..... Ab:.....

G y F:.....

La paciente cursa:.....

de puerperio de parto vaginal / postoperatorio de cesárea abdominal por:.....

CVS: T°:.....°C FC:.....Lat./min. TA:.....mmHg

Examen Físico:

Mamas:

Blandas:

Semiturgentes:

Turgentes:

Indoloras:

Dolorosas:

Secretantes:

No secretantes:

Lactancia:

Positiva:

Negativa:

Abdomen:

Blando:

Tenso:

Indoloro:

Doloroso:

Sin reacción peritoneal:

Con reacción peritoneal:

RHA: Positivo:

Negativos:

Gases: Positivos:

Negativos:

Catarsis: Positiva:

Negativa:

Diuresis: Positiva:

Negativa:

Características:.....

Utero:

Duro:

Blando:

Bien retraído:

Mal retraído:

Altura uterina:.....

Loquios:

Escasos:

Moderados:

Abundantes:

Hemáticos:

Serohemáticos:

Serosos:

No fétidos:

Mal olientes:

Fétidos:

Herida quirúrgica:.....

Drenaje:.....Débito:.....

Episiorrafia / Sutura de desgarro:.....

Miembros inferiores: Edema:.....

Dolor:.....

Pendiente:.....

Comentarios:.....