

MEDICAÇÕES / ANESTESIAS / HORA					
PARTO	Data _____	Hora _____	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesário	<input type="checkbox"/> Forceps
EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
RECÉM NATO	Peso _____	Apgar _____			
OCORRÊNCIAS					

ASSISTENTE _____