





RECÉM-NASCIDO			REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EXAME FÍSICO	PESO / IG	EX. FÍSICO IMEDIATO	PUERPÉRIO IMEDIATO						
SEXO <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M	VORL <input type="checkbox"/> -  <input type="checkbox"/> +	APGAR MINUTO  <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º  <input type="checkbox"/> 6 OU MENOS	<input type="checkbox"/> SIM  <input type="checkbox"/> NÃO	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> g  MENOS DE 2.500 g <input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div> Sem  <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> ADEQ.  <input type="checkbox"/> PEQUENO  <input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL  <input type="checkbox"/> ANORMAL				HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO	TEMPERATURA		
											PULSO (BATIMENTO / MINUTO)			
											PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg)			
ESTATURA <div><div></div><div></div></div> cm	EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA  <input type="checkbox"/> NORMAL  <input type="checkbox"/> ANORMAL	EXAME NEUROL.  <input type="checkbox"/> NORMAL  <input type="checkbox"/> ANORMAL  <input type="checkbox"/> DUBIOSO	PATOLOGIAS  <input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> OUTRA  <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> HIPOBILI. <input type="checkbox"/> NENHUMA  <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> A. CONG.						INVÓL. UTERINA					
PER. CEF. <div><div></div><div></div></div> cm									CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS					
									VITAMINA A					
RN ALOU./CONJ.  <input type="checkbox"/> SIM  <input type="checkbox"/> NÃO		ALTA DO RN  <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> C/ PATOL.  <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> ÓBITO	IDADE NA ALTA/ TRANSFERÊNCIA  <div><div></div><div></div></div> DIAS  <div><div></div><div></div></div> HORAS		IDADE AO FALECER  <div><div></div><div></div></div> DIAS  <div><div></div><div></div></div> HORAS		ALIMENTAÇÃO  <input type="checkbox"/> PEITO  <input type="checkbox"/> MISTO  <input type="checkbox"/> ARTIFIC.		ALTA MATERNA  <input type="checkbox"/> SADIO  <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA  <input type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA	MORTE MATERNA  <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ  <input type="checkbox"/> PARTO  <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	ORIENT. / CONTRACEPÇÃO  <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM			