



PRESIDIO OSPEDALIERO _____

SCHEMA OSTETRICA DI REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI VITALI MATERNO-FETALE

COGNOME E NOME DELLA GRAVIDA

DATA

ORA												
PRESSIONE ARTERIOSA MATERNA												
FREQUENZA CARDIACA MATERNA												
SpO2 MATERNA												
BCF												

ORA												
PRESSIONE ARTERIOSA MATERNA												
FREQUENZA CARDIACA MATERNA												
SpO2 MATERNA												
BCF												

ORA												
PRESSIONE ARTERIOSA MATERNA												
FREQUENZA CARDIACA MATERNA												
SpO2 MATERNA												
BCF												

FIRMA OSTETRICA/ CHE

