

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PLANO TERAPÊUTICO</b>	PLT.UOBT-MEAC.018	
Título do Documento	<b>PÓS-PARTO ABDOMINAL</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 4	

<b>DATA:</b>	<b>ALERGIA:</b>		Preencha os dados completos do (a) paciente <b>OU cole aqui a etiqueta de identificação</b>
<b>NOME:</b>			
DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE:		
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:	

PLANO TERAPÊUTICO	HORÁRIOS
1) Dieta BRANDA, APÓS ALTA ANESTÉSICA.	
2) Soro Fisiológico 0,9%. Administrar 3000 mL, <b>EndoVenoso</b> , 42 gotas/Minuto.	
3) Ocitocina 5 Unidades Internacionais/mL, AMPOLA com 1mL. Administrar 2mL (10 Unidades Internacionais) nos 3 primeiros Soros Fisiológicos.	
4) CETOPROFENO 100 mg, frasco-ampola. DILUIR 100 mg em 100 mL de Soro Fisiológico 0,9% e administrar E.V. de 12/12 horas. <b>ATENÇÃO: SE PACIENTE ALÉRGICA A CETOPROFENO E/OU OUTROS AINES, SUSPENDER ESSE ITEM E MANTER O ITEM 6.</b>	
5) DAPIRONA 500 mg/mL, AMPOLA. DILUIR 2 mL em 18 mL de água destilada e administrar E.V. LENTO SE DOR PERSISTENTE, até no MÁXIMO de 6/6 horas. <b>ATENÇÃO: SE PACIENTE ALÉRGICA A DAPIRONA E/OU OUTROS AINES, SUSPENDER ESSE ITEM E MANTER O ITEM 6.</b>	
6) TRAMADOL 50 mg/mL, AMPOLA. DILUIR 1 mL em 100 mL de Soro Fisiológico 0,9% ADMINISTRAR, até no MÁXIMO de 6/6 horas. <b>FAZER SOMENTE SE NÃO FIZER O ITEM 4 e 5.</b>	
7) BROMOPRIDA 5 mg/mL, AMPOLA. DILUIR 2 mL em 18 mL de água destilada e administrar E.V. de 8/8 horas.	
8) ONDANSETRONA 2 mg/mL, AMPOLA. DILUIR 2 mL em 18 mL de água destilada e administrar E.V. SE VÔMITOS PERSISTENTES, até no MÁXIMO de 8 /8 horas.	
9) HIDROCORTISONA 100 mg, FRASCO-AMPOLA. RECONSTITUIR 200 mg, ADICIONANDO 2 mL de água destilada EM CADA. DILUIR o conteúdo reconstituído em 100 mL Soro Fisiológico 0,9%. ADMINISTRAR E.V. INFUNDIR EM NO MÍNIMO 15 minutos, SE PRURIDO INTENSO OU REAÇÃO ALÉRGICA.	
10) SIMETICONA 40 mg COMPRIMIDO. Administrar 1 comprimido (40 mg) de 6/6 horas por Via Oral. OU, NA FALTA DA FORMA FARMACÊUTICA COMPRIMIDO, fazer: SIMETICONA 75 mg/mL, GOTAS. Administrar 11 gotas (40 mg) de 6/6 horas por Via Oral.	
11) OBSERVAR SANGRAMENTO TRASNVAGINAL. CASO AUMENTADO CHAMAR PLANTONISTA.	
12) DEAMBULAR APÓS 6 horas DO TÉRMINO DA CIRURGIA.	
13) SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS.	
14) Seguir PRO.MED-OBS.038 – V1 PROTOCOLO PREVENÇÃO DE ISOIMUNIZAÇÃO/ANEMIA FETAL	

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PLANO TERAPÊUTICO</b>	PLT.UOBT-MEAC.018	
Título do Documento	<b>PÓS-PARTO ABDOMINAL</b>	Emissão: 25/09/2025	Próxima revisão: 25/09/2027
		Versão: 4	

PLANO TERAPÊUTICO	HORÁRIOS
15)	
16)	
17)	
18)	
19)	
20)	
21)	
22)	
23)	
24)	
25)	
26)	
27)	
28)	
29)	
30)	



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PLANO TERAPÊUTICO		PLT.UOBT-MEAC.018
Título do Documento	PÓS-PARTO ABDOMINAL		Emissão: 25/09/2025
			Versão: 4
			Próxima revisão: 25/09/2027

**HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
4	25/09/2025	Atualização da versão

**RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Raimundo Homero de Carvalho Neto, Assuero Silva Meira, Juliana de Lima Comaru, Walécia Diana Gadelha Maia, Jordana Parente Paiva	
VALIDAÇÃO	
<b>Raquel Cavalcante Mota</b> Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Clarisse Uchoa de Albuquerque</b> Chefe da Unidade de Obstetrícia	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
<b>Zeus Peron Barbosa do Nascimento</b> Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.031744/2025-10, assinado eletronicamente.

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.  
 Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*