
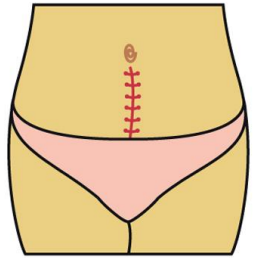

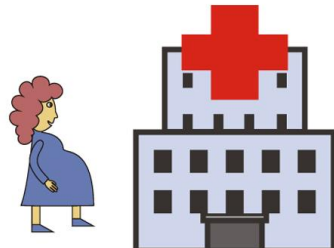
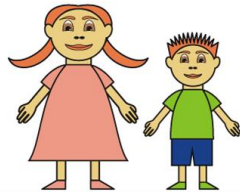











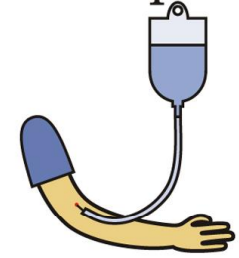








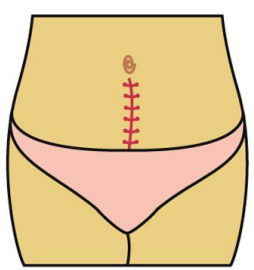

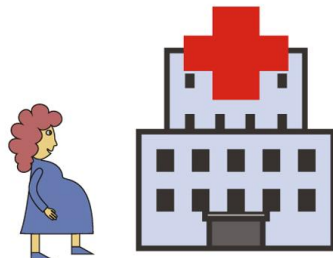






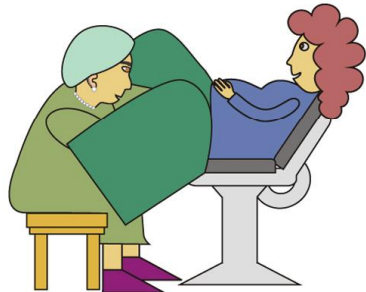




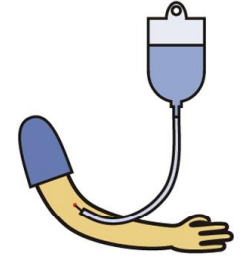






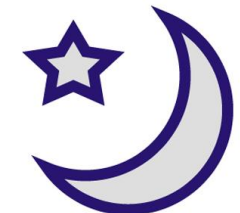


				Yes	No	Pain?	Blood stain?	Vomit?		
<b>I'm the midwife</b>				January	February	March	April	May	June	
<b>Last menstrual period</b>				July	August	September	October	November	December	
1	2	3	4	How old are you? 	have you had cesarean section? 	Are you allergic to any medicine? 	Have you had any disease?		Did you have any antenatal care? 	
5	6	7	8	How many children have you had? 	Date of the surgery 	Are you taking any medication?	Have you had any operation?			Do you have your pregnancy file? 
9	10	11	12	Is your water gone? 		Has there been any bleeding? 		Do you have any contractions? 		
13	14	15	16	Colour of the fluids: Transparent  Yellow  Green 	When? 		When? 		How often are they coming? 	
17	18	19	20		Drip 	Shower 	W.C. 	Drink 	Sit down 	Walk 
21	22	23	24	Breath slowly		Pants	Push	<b>Don't</b> push	Do you feel like to push?	
25	26	27	28	Everything is fine		Don't worry	Everything you're feeling is normal	The doctor is going to give you a hand	A caesarean section is required	
29	30	31		Day 		Night 				


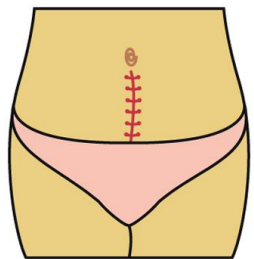

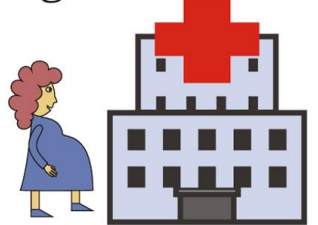











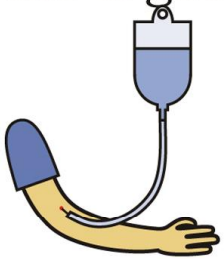









				القِيء؟	الْوَسْخ؟	الْوَجَع؟	لَا نَعَمْ		
يُونِيو				اَبْرِيْل	مَارَس	فَبْرَايِر	يَنَايِر	أَنَا الْقَابِلَةُ	
دُجَنْبِر				اَكْتُوْبِر	سُتْتَبِر	غَسْت	وَلْيُوَز	تَارِيخ دَاخِر حِيْضَة	
1	2	3	4	كْتَعَايِي مَشِي مَرَض؟	عَنْدَاك الْحَسَاسِيَّة لِدَوَا؟	عَمَلِي شِي عَمَلِيَّة دَسِيْزَارِيَا؟	شَحَال فَعْمَرَك؟	مَشِي عِنْدَ الطَّيِّبِ فَهَادَ الْحَمْل؟	
5	6	7	8	عَمَلِي شِي عَمَلِيَّة؟	كُتْشِرِي شِي دَوَا؟	عَمَلِي شِي عَمَلِيَّة دَسِيْزَارِيَا؟	شَحَال عِنْدَاك دَالْعِيَال؟		
9	10	11	12						
13	14	15	16	غَادِي نَقَابِكْ	فِيَكِ الْوَجَع؟	هَبْطُ مَعَاكِ الدَّم؟	هَبْطُ مَعَاكِ الْمَاء؟	مَشِي عِنْدَاك لِيْرَط دَالْحَمْل؟	
17	18	19	20						
21	22	23	24						
25	26	27	28	اَجْلَسِي	اِثْرِي	مِرْحَاصْ	دُوشَا	صَوِيْرُو	غَادِي نَقَابِكْ
29	30	31							
النَّهَارُ		اللَّيْلُ		مَا تَكِيْشِي	اَتَكِي	اِنْقَحِي	اِنْقَحِي	تَنْقَسِي بَشُوِيَا	كُتْشِي مَزِيَانْ
				الطَّيِّبُ غَادِي يَسَاعَدَاك	اللي كُتْشِي بِهَ عَادِي	مَاتَقْلِقِيْشِي	مَاتَقْلِقِيْشِي	كُتْشِي مَزِيَانْ	غَادِي نَعْمَلَكْ الْعَمَلِيَّة دَسِيْزَارِيَا



<b>Soy la matrona</b>				<b>Sí</b>	<b>No</b>	¿Dolor?	¿Manchas?	¿Vómitos?		
<b>Fecha última regla</b>				enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	
				julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	
1	2	3	4	¿Qué edad tienes? 	¿Tienes alguna cesárea? 	¿Alérgica a medicamentos? 	¿Alguna enfermedad?		¿Has ido al médico en el embarazo? 	
5	6	7	8	¿Cuántos hijos tienes? 	¿Cuándo fué? 	¿Toma alguno habitualmente?	¿Alguna operación?		¿Tienes cartilla? 	
9	10	11	12	¿Has roto bolsa? 	¿Has sangrado? 	¿Tienes contracciones? 	Te voy a explorar 			
13	14	15	16	<b>Color del líquido:</b> Transparente Amarillo Verde 	¿Cuándo? 	¿Cuándo? 	¿Cada cuantos minutos? 			
17	18	19	20	Suero 	Ducha 	W.C. 	Beber 	Sentarte 	Caminar 	
21	22	23	24							
25	26	27	28							
29	30	31								
<b>Día</b> 		<b>Noche</b> 		Respira despacio	Sopla	Empuja	<b>NO</b> empujes	¿Tienes ganas de empujar?		
				Todo va bien	No te preocupes	Todo lo que sientes es normal	El médico te va a ayudar	Hay que hacerte una cesárea		



				Oui	Non	Vous avez mal?	Vous avez des pertes?	Vous avez des vomissements?							
<b>Je suis la sage-femme</b>				janvier		février		mars		avril		mai		juin	
<b>Date de vos dernières règles</b>				juillet		août		septembre		octobre		novembre		décembre	
1	2	3	4	Qu'elle âge avez-vous? 		avez-vous une césarienne? 		Vous êtes allergique aux médicaments? 		Êtes-vous malade?		Vous êtes allé en consultation pendant la grossesse? 			
5	6	7	8	Combien d'enfants avez-vous? 		Quelle date? 		Prenez vous des médicaments habituellement?		Avez-vous été opéré?		Avez-vous un carnet du control de la grossesse? 			
9	10	11	12	Avez-vous des pertes des eaux? 		Avez-vous saigné? 		Avez-vous des contractions? 		Je vais vous faire un touché 					
13	14	15	16	Quel couleur? Transparents  Jaune Vert		Quand? 		Quand? 		Avec quel fréquence? 					
17	18	19	20	Goute à goutte 		Douche 		Toilette 		Boire 		S'asseoir 		Marcher 	
21	22	23	24												
25	26	27	28												
29	30	31													
<b>Jour</b> 				<b>Nuit</b> 		Respirer lentement		Souffler		Pousser		<b>Ne</b> poussez pas		Avez-vous envie de pousser?	
						Tout va bien		Soyez tranquille		Tout ce que vous avez c'est normal		Le médecin va vous aider		Nous devons vous faire une césarienne	