



## SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP

### **Non- Stress Tests** Instructions for Patients

Non-Stress test have been ordered by your doctor to determine the well-being of your baby. The fetal monitor will be used to check the baby's heart rate and to monitor uterine contractions.

Instructions:

1. Leave a urine specimen in the bathroom with your name on the cup.
2. Sign in at the NST room.
3. Plan to spend 20 minutes to one hour for each test—depending on the activity of your baby.
4. Schedule physician appointments on the same day of your NST to avoid unnecessary trips to Perinatal Center.
5. NST's are repeated every 3-4 days (unless ordered otherwise by your doctor).
6. It is Important to **keep all appointments**.
7. If you are unable to keep your appointment, please call to reschedule.

Notify your doctor if you have:

1. Decreased fetal movements.
2. Regular uterine contractions.
3. Leakage of clear fluid from the vagina.
4. Vaginal bleeding like a period.
5. Questions or concerns about your baby/pregnancy.

**It is important to keep all your scheduled doctors appointments!**

I HAVE RECEIVED, READ, AND UNDERSTAND THESE INSTRUCTIONS

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

### **Exámenes Sin Esfuerzos** Instrucciones para Pacientes

Exámenes sin esfuerzos han sido ordenados por su doctor para determinar el bienestar de su bebe. El monitor fetal sera usado para chequear los latidos del corazon del bebe y controlar las contracciones uterinas.

Instrucciones:

1. Deje un especime de orina en el bano.
2. Programe con gastar 20 minutos a una hora por cada examen – dependiendo en la actividad de su bebe.
3. Haga las citas con su medico el mismo dia de su NST para evitar viajes innecesarios al Centro Perinatal
4. Los NST son repetidos cada 3 –4 dias (a menos que haya otras ordenes de su doctor).
5. Es importante cumplir con todas sus citas medicas.
6. Su usted no puede cumplir con su cita, favor llamar para hacer una nueva.

Informe su doctor si usted tiene:

1. Disminucion de movimiento fetal.
2. Contracciones uterinas regulares.
3. Escape de fluido claro por la vagina.
4. Sangre por la vagina como menstruacion.
5. Preguntas o preocupaciones acerca de su bebe/embarazo.

**Es importante cumplir con todas las fechas de sus citas medicas!**

YO HE RECIBIO, LEIDO, Y ENTENDIDO ESTS INSTRUCCIONES

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

