

**AMBULATORIO DI PATOLOGIA
E SORVEGLIANZA OSTETRICA**

Cognome

Nome

Nata a

Residente a

Gruppo Sanguigno

TEL

CF

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Ipertensione |
| <input type="checkbox"/> Tromboflebiti | <input type="checkbox"/> Tumori |
| <input type="checkbox"/> Pat. cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Altro |

ANAMNESI PATOLOGICA

.....

.....

.....

Interventi Chirurgici

.....

.....

Allergie

Fumo **Sostanze** **Alcool**

Trasfusioni

ANAMNESI OSTETRICA

Anno	Parto/TC/Aborto	Peso	Sesso	Età Gestaz.	Note

Anamnesi Ginecologica

Menarca Cicli Ritmo Intensità Durata

PAP TEST

.....

GRAVIDANZA ATTUALE

UM. UM. calcolata EPP

Peso pre-gravidico BMI

Assunzione Farmaci

.....

- Rubeo Toxo CMV VDRL TPHA
- HBSAg HCV HIV Altro

Tampone Vagino-Rettale per streptococco agalactiae data pos neg

Inviata da

Patologia

.....

.....

CURVA GLICEMICA data ESITO

Diagnostica Prenatale SI NO

Se eseguita risultato e tipologia

.....

VISITA di ACCETTAZIONE in AMBULATORIO data

.....

.....

.....

INVIATA A RICOVERO

TRASFERITA PRESSO

UM**EPP****EGUS**

Data				
Pressione arteriosa				
Peso				
EMOCROMO				
Glicemia				
Hb glicosilata				
Azotemia				
Creatininemia				
Uricemia				
GOT/GPT				
Bilirubina				
Ac.Biliari				
Sideremia				
Ferritina				
Esame urine				
Urinocoltura				
TOXOTEST				
TEST DI COOMBS				
altro				
Esame obiettivo				

ECOGRAFIA

DATA

.....

.....

.....

DATA

.....

.....

.....

DATA

.....

.....

.....

CONSULENZE

CARDIOLOGICA

OCULISTICA

NEFROLOGICA

NEUROLOGICA

ANGIOLOGICA

DIABETOLOGICA

DATA	AFI	CARDIOTOCOGRRAFIA	ALTRO

ESITO DELLA GRAVIDANZA

.....

.....

