

# Scheda di assistenza al travaglio/parto

Cognome e Nome .....

D.N. .... n° Cartella .....

## Classificazione iniziale del travaglio

**BASSO RISCHIO**

**ALTO RISCHIO**

**IL MEDICO**

.....



## PERIODO ESPULSIVO

<b>ORE</b>										
POSIZ. FETO										
LIVELLO PP										
<b>bcf</b>	1 ora									
180										
170										
160										
150										
140										
130										
120										
110										
100										
90										
MAC / LA										
N° contrazioni										
INTENSITÀ										
POSIZ. MADRE										
FARMACI										
FIRMA										

## ASSISTENZA AL PARTO

**PARTO** data ..... ora ..... E.G. .... PARITÀ .....

### MODALITÀ

- SPONTANEO
- V.O.
- TC ELEZIONE
- TC URGENTE

### RESENTAZIONE:

.....

### POSIZIONE FETALE

.....

### POSIZIONE MATERNA

### SECONDAMENTO:

dopo ..... minuti

- Spontaneo
- Manuale
- Ritenzione di membrane
- .....

### ROTTURA MAC:

- Amniorexi
- Precoce
- Prematura
- Tempestiva

### LIQUIDO AMNIOTICO

- Normale
- Anidramnios
- Oligoamnios
- Polidramnios

### COLORE L.A.:

- Limpido
- Lievemente tinto
- Fortemente tinto
- Ematico

**PERDITA EMATICA:** ..... **CC**

**ESITI PERINEALI:**     Perineo integro     Episiotomia     .....

Lacerazione I     Lacerazione II     Lacerazione III

**ANALGESIA:**     Epidurale     Spinale     Generale     Locale

**NOTE:** .....

.....

.....

.....

**OPERATORI:** MEDICO .....

OSTETRICA .....

ANESTESISTA .....

NEONATO			
	I	II	
ORE			
PESO			
SESSO			
<b>CONDIZIONI</b>			
vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
premorto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
morto in travaglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
morto dopo la nascita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ASPETTO</b>			
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malformato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>FUNICOLO</b>			
Clampaggio a minuti:			
Giri			
N° giri			
Lunghezza			
Nodi			
N° vasi			
<b>SKIN TO SKIN</b>			
<b>I SUZIONE</b>			
<b>BAGNETTO</b>			
<b>EGA FUNICOLO</b>			
ph			
eccesso di Be			

APGAR I NATO	1'	5'	10'
F.C.	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Respiro	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Tono muscolare	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Riflessi	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Colorito	2 1 0	2 1 0	2 1 0
TOT.			
OPERATORE .....			

APGAR II NATO	1'	5'	10'
F.C.	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Respiro	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Tono muscolare	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Riflessi	2 1 0	2 1 0	2 1 0
Colorito	2 1 0	2 1 0	2 1 0
TOT.			
OPERATORE .....			

CONTROLLI POST PARTUM			
I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto			
	15'	60'	120'
ORE			
PA			
FC			
DIURESI	<input type="checkbox"/> SPONTANEA <input type="checkbox"/> CATETERE ml ..... / .....	<input type="checkbox"/> SPONTANEA <input type="checkbox"/> CATETERE ml ..... / .....	<input type="checkbox"/> SPONTANEA <input type="checkbox"/> CATETERE ml ..... / .....
PERDITE EMATICHE	<input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> abbondanti	<input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> abbondanti	<input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> abbondanti
FONDO UTERINO (contratto, livello)			
PERINEO			
FERITA CHIRURGICA			
ALTRO			
FIRMA			
DATA E ORA TRASFERIMENTO IN REPARTO: .....			
FIRMA .....			