

Cognome _____

Nome _____

Cartella n° _____

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

Diabete

Cardiopatie

Tromboflebiti

Tumori

Acc. Cardiovasc.

Atro

ANAMNESI PATOLOGICA

Interventi Chirurgici No Si Quali? _____

Allergie _____ **Fumo** _____ **Sostanze** _____ **Alcool** _____

ANAMNESI OSTETRICA PARITÀ: ____ / ____ / ____ / ____

Anno	Tipo Parto/Aborto	Peso	Sesso	Età gest	Apgar	Note

ANAMNESI GINECOLOGICA

Menarca Cicli successivi R. _____ IR. _____ **RITMO** _____ **INTENSITA'** _____ **DURATA** _____

Note _____

Esame obiettivo generale: _____

GRAVIDANZA ATTUALE

UM _____ UM (calcolata) _____ EPP _____

Emogruppo Fattore Rh _____ Test di Coombs indiretto _____

Peso KG _____ ΔP _____ Farmaci _____

Rubeo _____ Toxo _____ CMV _____ VDRL _____ TPHA _____ HbsAg _____ HIV _____ HCV _____

Tampone vagino-rettale per streptococco agalactiae: Data _____ positivo ; negativo ; non eseguito

Accrescimento _____ Altri esami _____

VISITA DI ACCETTAZIONE *Parametri vitali:* PA _____ FC _____ T° _____

Cervice: Posizione: posteriore ; intermedia ; centralizzata . Dilatazione: _____

Lunghezza: conservata ; raccorciata _____ %; appianata .

Parte presentata: cefalica ; podalica ; traversa posizione _____

Membrane: integre ; rotte . **Liquido amniotico:** chiaro ; tinto _____; ematico **FCF** _____

Esami clinici in PS SI NO

DIAGNOSI di ACCETTAZIONE _____

TRIAGE OSTETRICO

CARDIOTOCOGRAFIA data _____ ora _____ durata _____ Firma _____

CATEGORIA	Linea di base	Variabilità	Decelerazioni	Accelerazioni	Maf	Attività contrattile
NORMALE	→ 110-160	→ ≥5bpm	→ Assenti	→ Presenti	→ Presenti	→ Assente → Irregolare → Regolare
É da considerarsi FISIOLÓGICO un tracciato in cui tutti i parametri rientrano in questa categoria						
SOSPETTO	→ 100-109 → 161-180	→ <5bpm per un periodo tra 40 - 90 minuti	→ Precoci → Variabili → Di durata < 3 minuti	→ Assenti		
É da considerarsi SOSPETTO un tracciato in cui anche uno solo dei parametri rientri nella categoria SOSPETTO						
PATOLOGICO	→ <100 → >180 → sinusoidale per > 10 minuti	→ <5bpm per un periodo ≥ 90 minuti	→ Variabili → Tardive → Prolungate > 3 minuti		→ Assenti	→ Assente → Presente → Regolare → Irregolare
É da considerarsi PATOLOGICO un tracciato in cui 2 o più parametri rientrano nella categoria SOSPETTO o 1 o più in quella PATOLOGICO						

Ora/Valutazione _____ / _____ Firma _____

VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

PROBLEMI MATERNI		PROBLEMI FETALI	
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Ritardo di crescita	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Prematurità < 37 sett	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Gravidanza OT > 42 sett	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Oligoamnios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
PROM > 24 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Flussimetria alterata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Induzione del travaglio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Liquido amniotico tinto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Emorragia antepartum	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Prestazione podalica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile
Altre patologie materne	<input type="checkbox"/> SI (specificare) _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile	Raccolta dati impossibile: <input type="checkbox"/> Problemi linguistici <input type="checkbox"/> Deficit neuro-cognitivi <input type="checkbox"/> Paziente non vigile / collaborativa <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> SI (specificare) _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non disponibile		

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL RISCHIO	
Epoca gestazionale a termine (da 37sett + 1 giorno a 41 sett + 2 giorni)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Feto singolo in presentazione cefalica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assenza di patologia fetale nota	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CTG fisiologico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Travaglio insorto spontaneamente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Liquido amniotico limpido	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rottura delle membrane alle >24 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Placenta normo inserita	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assenza di patologia materna nota (esami clinici, strumentali nella norma, pregresso TC) N.B. Il tampone positivo per streptococco non classifica di per sé il travaglio come alto rischio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ALTRO (specificare) N.B. la compilazione di questo campo classifica il travaglio come ad alto rischio _____ _____ _____	
Raccolta dati impossibile: <input type="checkbox"/> Problemi linguistici <input type="checkbox"/> Deficit neuro-cognitivi <input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ _____	

CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO

<p>→ BASSO RISCHIO</p> <p>Tutti i criteri sono soddisfatti e non è stato compilato il campo "Altro"</p>	<p>→ ALTO RISCHIO</p> <p>Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto o è stato compilato il campo "Altro"</p>
--	---

La paziente viene inviata in Blocco Parto Reparto di degenza data _____ ora _____

TRAVAGLIO PRODROMICO / INDUZIONE

PARAMETRI		DATA																			
		ORA																			
C E R V I C E	POSIZIONE	Posteriore																			
		Intermedio																			
		Centralizzato																			
	LUNGHEZZA	Conservato																			
		Raccorciato %																			
		Appianato																			
	CONSISTENZA	Rigido																			
		Soffice																			
PERVIETÀ	Chiuso																				
	Dilatato																				
F E T O	LIVELLO PP	Non impegnata																			
		Ben confrontata allo SS																			
	FCF	Frequenza																			
	CTG	Eseguita																			
MEMBRANE AMNIOTICHE		Integre																			
		Rottura alta																			
		Rotte																			
LIQUIDO AMNIOTICO		Assente																			
		Ematico																			
		Chiaro																			
		Tinto																			
ATTIVITÀ CONTRATTILE		Assente																			
		Frequenza																			
		Intensità (D-M-F)																			
		Incoordinata																			
FIRMA																					
METODI CONTENIMENTO DEL DOLORE																					
METODO DI INDUZIONE																					
PARTO ANALGESIA																					

Data e ora di ingresso in Blocco Parto _____

Diagnosi di ingresso in Blocco Parto _____

TRAVAGLIO PRODROMICO / INDUZIONE

PARAMETRI		DATA																					
		ORA																					
C E R V I C E	POSIZIONE	Posteriore																					
		Intermedio																					
		Centralizzato																					
	LUNGHEZZA	Conservato																					
		Raccorciato %																					
		Appianato																					
	CONSISTENZA	Rigido																					
		Soffice																					
PERVIETÀ	Chiuso																						
	Dilatato																						
F E T O	LIVELLO PP	Non impegnata																					
		Ben confrontata allo SS																					
	FCF	Frequenza																					
	CTG	Eseguita																					
MEMBRANE AMNIOTICHE		Integre																					
		Rottura alta																					
		Rotte																					
LIQUIDO AMNIOTICO		Assente																					
		Ematico																					
		Chiaro																					
		Tinto																					
ATTIVITÀ CONTRATTILE		Assente																					
		Frequenza																					
		Intensità (D-M-F)																					
		Incoordinata																					
FIRMA																							
METODI CONTENIMENTO DEL DOLORE																							
METODO DI INDUZIONE																							
PARTO ANALGESIA																							

NOTE _____

TRAVAGLIO PRODROMICO / INDUZIONE

PARAMETRI		DATA																	
		ORA																	
C E R V I C E	POSIZIONE	Posteriore																	
		Intermedio																	
		Centralizzato																	
	LUNGHEZZA	Conservato																	
		Raccorciato %																	
		Appianato																	
	CONSISTENZA	Rigido																	
		Soffice																	
PERVIETÀ	Chiuso																		
	Dilatato																		
F E T O	LIVELLO PP	Non impegnata																	
		Ben confrontata allo SS																	
	FCF	Frequenza																	
	CTG	Eseguita																	
MEMBRANE AMNIOTICHE		Integre																	
		Rottura alta																	
		Rotte																	
LIQUIDO AMNIOTICO		Assente																	
		Ematico																	
		Chiaro																	
		Tinto																	
ATTIVITÀ CONTRATTILE		Assente																	
		Frequenza																	
		Intensità (D-M-F)																	
		Incoordinata																	
FIRMA																			
METODI CONTENIMENTO DEL DOLORE																			
METODO DI INDUZIONE																			
PARTO ANALGESIA																			

NOTE _____

PUERPERIO								
DATA								
ORA								
FONDO UTERINO								
LOCHIAZIONI								
PERINEO								
SUTURA								
MINZIONE								
ALVO								
DOLORE								
ESAMI EMATICI								
PROFILASSI ANTI-D								
ALLATTAMENTO								
SENO								
CAPEZZOLI								
SUZIONE								
OSSERVAZIONI VARIE								
FIRMA								

PUERPERIO								
DATA								
ORA								
FONDO UTERINO								
LOCHIAZIONI								
PERINEO								
SUTURA								
MINZIONE								
ALVO								
DOLORE								
ESAMI EMATICI								
PROFILASSI ANTI-D								
ALLATTAMENTO								
SENO								
CAPEZZOLI								
SUZIONE								
OSSERVAZIONI VARIE								
FIRMA								

INDICAZIONE ALLA TROMBOPROFILASSI

Nome _____ Cognome _____ Età _____

Peso (inizio gravidanza): _____ Peso (fine gravidanza) _____ Altezza _____

BMI _____ kg/m²

1. Profilassi per 6 settimane
2. Profilassi per 10 giorni
3. Mobilizzazione precoce e idratazione

Dose: _____

Roma _____

Dott. _____

VISITA DI DIMISSIONE

Condizioni generali _____

Involuzione uterina _____

Lochiazioni _____

Gen esterni _____

DATA _____

IL PRIMARIO _____

INVIO PRESSO IL CONSULTORIO	PROBLEMATICA IN ATTO
Di _____	_____
Modalità _____	_____
_____	_____
_____	_____

DATA _____

FIRMA DELL'OSTETRICA _____

