

U.O.S. Patologia Neonatale:
Via Passeroni, 30 - 00122 Roma
Tel. 06 56481 - Fax 06 56482460 - pediatriagrassi@yahoo.it



M F

CARTELLA CLINICA NEONATALE

Bracciale Anno

Neonata/o: Cognome/Nome _____ Gruppo - RH TCD

Data/Ora di nascita _____ Tipo di parto _____

Madre: Cognome/Nome _____ Gruppo - RH Età _____

Regione di provenienza _____ Attività Lavorativa _____

Padre: Cognome/Nome _____ Gruppo - RH Età _____

Regione di provenienza _____ Attività Lavorativa _____

Indirizzi dei genitori _____

_____ Tel. _____

ANAMNESI OSTETRICA

Anamnesi familiare _____

Malattie sistemiche acute e croniche sofferte nel corso della gravidanza: m. infettive, diabete, cardiopatie, ipertensione, ecc - riportare il periodo d'insorgenza _____

Altri fattori: allergie, amniocentesi, poli/oligoidramnios, reperti ecografici, alimentazione, aumento di peso, stati di stress, ecc. _____

Farmaci droghe/fumo _____

CARTELLA NASCITA

APGAR a 1 m' _____ 5 m' _____ 10 m' _____ Dx _____ % Bt _____ % ml _____ Ht _____ % Peso Kg _____ Lunghezza cm _____ Circonferenza cranica cm _____ Circonferenza toracica cm _____	
---	--

Sofferenza fetale - acuta <input type="checkbox"/> - cronica <input type="checkbox"/> - liquido amniotico tinto <input type="checkbox"/> - periodo esp. prolungato <input type="checkbox"/> - rottura prec. membrane _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ultima mestruazione _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Età gestazionale _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tipo di parto
Anomalie funicolo/utero - prolasso <input type="checkbox"/> - nodo vero <input type="checkbox"/> - giri di funicolo n. _____ <input type="checkbox"/> - brevità assoluta <input type="checkbox"/> - vasi funicolo n. _____ <input type="checkbox"/> - _____ <input type="checkbox"/>	- spontaneo <input type="checkbox"/> - podalico <input type="checkbox"/> - ventosa <input type="checkbox"/> - forcipe <input type="checkbox"/> - cesareo elezione <input type="checkbox"/> - cesareo per _____ <input type="checkbox"/> - _____ <input type="checkbox"/>

TERAPIA _____

ALTRE OSSERVAZIONI _____

ALIMENTAZIONE _____

Data _____ Ora _____

Il Medico _____

Condizioni generali _____

Respiro _____ Pianto _____

Tono muscolare _____ Edemi _____

Rifl. di Moro _____ Prensione _____

Tremori _____ Suzione _____

Cute e annessi _____

Capo _____

Font.: bregmatica _____ occhi _____ orecchie _____

lamboidea _____ labbra _____ naso _____

Suture _____

Torace _____

Cuore _____

Addome _____

fegato _____ milza _____

Genitali/Ano _____

Sistema nervoso _____

Altri dati obiettivi _____

Lined area for notes.

DIMISSIONE

Data _____ ora _____ peso Kg _____

Indagini per le malattie dismetaboliche, ipotiroidismo effettuate il _____

Diagnosi alla dimissione _____

Lined area for diagnosis notes.

Condizioni alla dimissione _____

Lined area for conditions notes.

Si affida a _____

Il Medico _____