ASP LAZIO 1R.A.D. GRAVIDANZA 1MODELLO INTEGRATO D11/D12

ISTITUTO DI CURA OSPEDALE G. B. GRASSI 120 061 N. RICOVERO

ABORTO SPONTANEO ☐ IVG ☐ DATA INTERVENTO G M A

A. DATI ANAGRAFICI

1. DATA DI NASCITA G M A 2. COMUNE DI NASCITA (O STATO SE ESTERO)

B. STORIA OSTETRICA

1. DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE G M A
2. TOTALE GRAVIDANZE PRECEDENTI
   - 2.A PARTI
   - 2.B ABORTI SPONTANEI
   - 2.C IVG
3. NATI VIVI DA PARTI PRECEDENTI
4. NATI MORTI DA PARTI PRECEDENTI

C. GRAVIDANZA ATTUALE

1. DATA INIZIO ULTIMA MESTRUAZIONE G M A
2. ETÀ GESTAZIONALE (IN SETTIMANE COMPIUTE)

C.1 ALTRI DATI

1. SETTIMANA PRIMA VISITA
2. ACCERTAMENTI SPECIALI (1= NO • 2= AMN. • 3= COR. • 4= AL.)

D. ASSISTENZA PRESTATA

1. ANESTESIA/ANALGESIA (1= NO • 2= GEN. • 3= LOC. • 4= PERID./SPIN.)

SUPPLEMENTO INFORMATIVO IVG

1. CONDIZIONI PARTICOLARI PER IVG OLTRE IL 120° GIORNO (1= GRAVE PERICOLO DI VITA PER LA DONNA) (2= ANOMALIE MALF. FETALI - COMPILARE MODELLO AD HOC)
2. URGENZA (1= URGENTE • 2= NON URGENTE)
3. CERTIFICAZIONE (1= CONSULTORIO • 2= MEDICO DI FIDUCIA 3= SERVIZIO OST. GINEC. • 4= ALTRA STRUTTURA 5= MANCANTE PER PERICOLO DI VITA) — DATA DELLA CERTIFICAZIONE
4. ASSENSO PER MINORE (1= GENITORI • 2= GIUDICE TUTELARE • 3= MANCANTE PER URGENZA 4= MANCANTE PER PERICOLO DI VITA)

SUPPLEMENTO INFORMATIVO ABORTO SPONTANEO

1. CAUSA DELL'ABORTO
2. TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA
3. COMPLICAZIONI (0= NESSUNO • 1= EMORRAGIA • 2= INFEZIONE • 3= ALTRO)

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data .....
Firma .....

IL MEDICO DICHIARANTE

.....

.....

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO PROVINCIALE DI ISCRIZIONE E NUMERO TESSERA ORDINE DEI MEDICI