



Libretto della gestante

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtiroi

Informazioni per la gestante:

	Data	Firma
Alimentazione ed igiene della gravidanza	/ /	
Attività fisica	/ /	
Astensione dall'alcool e dal fumo/ droghe	/ /	
Prevenzione delle infezioni in gravidanza	/ /	
Informazioni sul percorso nascita	/ /	
Screening delle cromosomopatie; screening del I trimestre	/ /	
Informazione sulla cura del perineo	/ /	
Informazione sul supporto psicologico e sociale in gravidanza e puerperio	/ /	
Informazione sui punti nascita e le possibili modalità del parto	/ /	
Informazione su analgesia in travaglio	/ /	
Informazione sul rivolgimento per manovre esterne se presentazione podalica	/ /	
Promozione dell'allattamento	/ /	

	Data	Sede
Corso di preparazione al parto	/ /	
Colloquio anestesiologicalo	/ /	
Colloquio donazione sangue del cordone ombelicale	/ /	

Vaccinazioni raccomandate in gravidanza

	Data
Tetano-Difterite-Pertosse (per tutte le gestanti a 28-32 SG)	/ /
Anti-influenzale (nella stagione influenzale)	/ /

ANAMNESI

7

RISCHI SPECIFICI IN GRAVIDANZA 15

ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE 29

ECOGRAFIE 41

PARTO E PUERPERIO 47



Questo libretto deve essere conservato accuratamente e presentato ad ogni visita ginecologica, al momento del parto, alla visita in puerperio e a tutte le gravidanze successive

Cognome

.....

Nome

.....

Data di nascita

.....

Numero di telefono

.....

Indirizzo

.....

.....

.....

Codice fiscale

.....

Ginecologo/a curante

.....

Ostetrica di riferimento

.....

I dati di questa pagina saranno riportati in forma anonima per la statistica nazionale (CedAP)

DATI DELLA MADRE

Cognome Nome

Data nascita / / Comune nascita

Prov. Nazione

Residenza: Comune Prov.

Cittadinanza

Telefono fisso Mobile

Lingua madre

Richiesta mediatore culturale Sì No

Informazioni sull'attività lavorativa

Condizione Professionale

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Occupata | <input type="checkbox"/> Studente |
| <input type="checkbox"/> Disoccupata | <input type="checkbox"/> Casalinga |
| <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione | <input type="checkbox"/> Altra condizione |

Posizione professionale

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Imprenditrice | <input type="checkbox"/> Lavoratrice autonoma |
| <input type="checkbox"/> Libera professionista | <input type="checkbox"/> Operaia |
| <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Militari forze dell'ordine e religiosi |
| <input type="checkbox"/> Impiegata | <input type="checkbox"/> Mai esercitato attività lavorativa stabile |

Titolo di studio

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laurea magistrale | <input type="checkbox"/> Diploma scuola media |
| <input type="checkbox"/> Laurea breve | <input type="checkbox"/> Licenza elementare |
| <input type="checkbox"/> Diploma scuola superiore | <input type="checkbox"/> Nessun titolo |

Congedo di maternità Sì No

Inizio a settimane di gravidanza

Stato Civile

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nubile | <input type="checkbox"/> Separata | <input type="checkbox"/> Divorziata | <input type="checkbox"/> Vedova | <input type="checkbox"/> Madre single |
| <input type="checkbox"/> Informazione non comunicata | | | | |
| <input type="checkbox"/> Coniugata: data matrimonio / / | | | | |

Abitudini voluttuarie

- Mai fumato
- Ha smesso in gravidanza iniziale
- Ha smesso prima della gravidanza
- Ha smesso in gravidanza iniziale
- Ha smesso prima della gravidanza
- Ha smesso in gravidanza iniziale
- Ha smesso prima della gravidanza
- Ha continuato a fumare
- Ha continuato ad assumere alcool in gravidanza
- Ha assunto eccezionalmente alcool in gravidanza

DATI DEL PADRE

Cognome Nome

Data nascita / / Comune nascita

Prov. Nazione

Residenza: Comune Prov.

Telefono fisso Mobile

Informazioni sull'attività lavorativa

Condizione Professionale

- Occupato
- Disoccupato
- In cerca di prima occupazione
- Studente
- Casalingo
- Altra condizione

Posizione professionale

- Imprenditore
- Libero professionista
- Dirigente
- Impiegato
- Lavoratore autonomo
- Operaio
- Militari forze dell'ordine e religiosi
- Mai esercitato attività lavorativa stabile

Titolo di studio

- Laurea magistrale
- Laurea breve
- Diploma scuola superiore
- Diploma scuola media
- Licenza elementare
- Nessun titolo

Stato Civile

- Celibe
- Separato
- Divorziato
- Vedovo
- Informazione non comunicata
- Coniugato

ANAMNESI



Altezza

..... cm

Peso

..... kg

BMI pregravidico..... Kg/m²**Gruppo sanguigno****ABo**

.....

Rh

.....

N. di protocollo

.....

Data

.....

Allergie

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI FAMILIARE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito di tipo 1 | <input type="checkbox"/> Patologie malformative o genetiche |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito di tipo 2 | <input type="checkbox"/> Madre pre-eclampsia |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatie congenite |
| <input type="checkbox"/> Tromboembolismo | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Malattie emorragiche | |

Anamnesi patologica partner

.....

.....

Ulteriori note di anamnesi

.....

.....

ANAMNESI PERSONALE

- Negativa per patologie
- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Obesità: BMI ≥ 30 Obesità: BMI ≥ 40
- Variazioni significative di peso
- Età ≥ 40 o < 18 anni
- Trombosi o emorragie.....
- Trombofilia.....
- Infezioni.....
- Patologia autoimmune.....
- Patologia renale e urinaria.....
- Patologia cardiocircolatoria.....
- Patologia tiroidea.....
- Patologia respiratoria.....
- Patologia epatica.....
- Patologia neurologica.....
- Patologia muscoloscheletrica.....
- Patologia ematologica.....
- Interventi chirurgici.....

-
- Incontinenza urinaria/fecale.....
 - Disagio psichico o sociale.....
 - Abuso di tabacco Abuso di alcool
 - Abuso di droghe.....
 - Farmaci assunti.....

Altro.....

Anamnesi lavorativa

- Riconosciuti rischi nell'ambiente di lavoro

ANAMNESI REMOTA OSTETRICO-GINECOLOGICA

- Negativa per patologie
- Sterilità di coppia
- Poliabortività
- Malformazioni o anomalie uterine
- Mutilazione genitale femminile
- Pregresso taglio cesareo
- Pregressa chirurgia pelvica o uterina
- Pregressa chirurgia perineale
- Pregresso parto pretermine
- Pregresso aborto tardivo
- Pregresso diabete gestazionale
- Precedente figlio ≥ 4500 g
- Pregressa pre-eclampsia o ipertensione indotta dalla gravidanza
- Pregresso neonato IUGR o SGA
- Pregresso distacco di placenta
- Pregressa epatopatia gravidica
- Pregressa trombocitopenia gestazionale
- Pregressa MEF o morte neonatale
- Precedente figlio con patologia o malformazione
- Pregressa emorragia post partum
- Pregressa lacerazione perineale di alto grado (III°, IV°)
- Pregressa distocia di spalla
- Pregressa depressione post partum
- Altro

.....

.....

Pap-test Esito Data / /

ANAMNESI GRAVIDANZA ATTUALE

Attualmente negativa per patologie

Esecuzione visita preconcezionale

Diagnosi tardiva di gravidanza

Epoca gestazionale incerta

Consanguineità

No Cugini I° grado Cugini II° grado

Altro _____

Esposizione ad agenti teratogeni

Infezioni

Isoimmunizzazione Rh

Altro _____

Gravidanza gemellare

Monocoriale Bicoriale

Monoamniotica Biamniotica

Bigemina Trigemina

Altro _____

Fecondazione assistita

<input type="checkbox"/> IUI	<input type="checkbox"/> FIVET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> GIFT <input type="checkbox"/> Altre _____	<input type="checkbox"/> Ovulazione indotta
<input type="checkbox"/> Omologa	Eterologa <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile	<input type="checkbox"/> Embriodonazione
<input type="checkbox"/> A fresco	<input type="checkbox"/> Crioconservazione	<input type="checkbox"/> Test preimpianto

Assunzione acido folico

<input type="checkbox"/> Prima del concepimento	<input type="checkbox"/> Nel I° trimestre
<input type="checkbox"/> Oltre il I° trimestre	<input type="checkbox"/> Non assunto

PARITÀ / / /

Parti precedenti

Anno	SG	Sesso	Peso	Tipo di parto

Aborti precedenti

Anno	SG	Peso	Modalità

Note

.....

Complicazioni in gravidanza	Complicanze puerperio	Complicanze neonato

Complicazioni	Complicanze post aborto	Diagnosi

RISCHI SPECIFICI IN GRAVIDANZA



RISCHIO GENETICO/ MALFORMATIVO

- Consanguineità
- Pregresso feto/neonato malformato
- Familiarità per malformazioni/ patologie genetiche
- Pregressa cromosomopatia
- Assunzione farmaci
- Esposizione a radiazioni ionizzanti
- Screening ecografico patologico o sospetto
- Altro.....

Consulenza genetica

.....

Consulenza teratologica

.....

Indagine invasiva

.....

Ecografia II° livello

.....

.....

Ecocardiografia fetale

.....

.....

Note.....

.....

TEST COMBINATO 1° TRIMESTRE / SCREENING PER CROMOSOMOPATIE

In esenzione

Data / / Firma

- Rischio basso
- Rischio intermedio
- Rischio alto
- Non eseguito
- Non desiderato il calcolo del rischio per cromosomopatie
- NT > 99° PCT
- PAPP A bassa < 0,30 MoM

NIPT

- Rischio basso
- Rischio alto

Esame invasivo

- | | Data | Esito |
|---------------------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> CVS | / / | |
| <input type="checkbox"/> Amniocentesi | / / | |
| <input type="checkbox"/> Cordocentesi | / / | |

Immunoprofilassi Si No

Note

.....

.....

.....

RISCHIO METABOLICO

DIABETE GESTAZIONALE

OGTT indicazioni secondo Linee Guida Nazionali

- BMI ≥ 30
 - Precedente diabete gestazionale
 - Glicemia a digiuno nel primo trimestre $\geq 100 < 126$ mg/dl
- Altro

OGTT 75g 16-18 SG

Data / /

■ Normale

■ Patologico

OGTT 75g 24-28 SG

Data / /

■ Normale

■ Patologico

- BMI ≥ 25 ma < 30
- Età ≥ 35 anni
- Pregresso neonato macrosoma (≥ 4500 g)
- Provenienza da aree geografiche ad alta prevalenza (Pakistan, India, Bangladesh, Egitto, Marocco, Algeria, Penisola Arabica)
- Familiarità di I° grado per diabete tipo 2

OGTT 75g 24-28 SG

Data / /

■ Normale

■ Patologico

Criteria diagnostici di diabete gestazionale

Digiuno	≥ 92 mg/dl
1 ora	≥ 180 mg/dl
2 ore	≥ 153 mg/dl

DIABETE PREGRAVIDICO

- Diabete pregravidico di tipo 1
- Diabete pregravidico di tipo 2
- Glicemia I trimestre ≥ 126 mg/dl

Hb glicata

Data / /	Data / /	Data / /

Chetoni

Data / /	Data / /	Data / /

- microinfusore
- microsensore
- telemonitoraggio

CONSULENZA DIABETOLOGICA

.....

TERAPIA IN ATTO

.....

.....

Note

.....

RISCHIO PATOLOGIE IPERTENSIVE E PRE-ECLAMPSIA

Almeno 1 fattore ad alto rischio:

- Ipertensione arteriosa
- Pre-eclampsia pregressa grave o pretermine (< 34SG)
- Patologia autoimmune
- Nefropatia
- Diabete pregravidico di tipo 1 o 2
- Altro

Almeno 2 fattori di rischio moderato:

- 1^a gravidanza o intervallo inter-gravidico >10 anni o nuovo partner
- ≥ 40 anni
- BMI ≥ 35
- Familiarità per pre-eclampsia (madre, sorelle)
- Gravidanza gemellare

Fattore di rischio allo screening del I trimestre:

- rischio pre-eclampsia > 1/200

Terapia

- ASA 100
- ASA 150

Doppler delle arterie uterine

Data	SG	Esito
/ /
/ /

Note

.....

RISCHIO PARTO PRETERMINE/ ABORTO TARDIVO

- Pregresso parto pretermine
- Pregresso aborto tardivo
- Pregresso aborto settico
- Interventi sul collo dell'utero
- Malformazioni uterine
- Infezioni genitali del I trimestre
- Altro

Provvedimenti:

- Progesterone vaginale
- Cerchiaggio
- Lattoferrina
- Pessario di Arabin
- Monitoraggio cervicometrico
- Altro

Ricerche microbiologiche cervico-vaginali

	Data	Esito
Tampone vaginale	/ /

.....

Tampone cervicale molecolare	/ /
------------------------------	-----	-------

.....

Urocoltura	/ /
------------	-----	-------

.....

Note

.....

RISCHIO TROMBOEMBOLICO ANTEPARTUM

- Pregresso ictus
- Pregressa embolia polmonare
- Altra pregressa patologia specificata

Tromboprofilassi secondo consulenza ematologica

- Pregressa TVP + Trombofilie ad alto rischio (Omozigosi Fattore V, Omozigosi Fattore II, Eterozigosi Composte, Deficit AT III, Deficit Prot. S, Deficit Prot. C, S. da Ab antifosfolipidi)
- TVP ricorrenti
- Pregressa TVP in terapia anticoagulante orale a lungo termine

Rischio molto alto

LMWH ad alte dosi dal I trimestre (50% o 75% o dose terapeutica piena).
Management in collaborazione con ematologo

- Pregressa TVP (eccetto una singola TVP correlata a chirurgia maggiore)

Rischio alto

LMWH a dosi profilattiche dal I trimestre. Management in collaborazione con ematologo

- Pregressa TVP singola, correlata a chirurgia maggiore
- Trombofilia ad alto rischio (Omozigosi Fattore V, Omozigosi Fattore II, Eterozigosi Composte, Deficit AT III, Deficit Prot. S, Deficit Prot. C)
- Comorbidità materne: tumori, insufficienza cardiaca, Lupus in fase attiva, malattie infiammatorie intestinali, poliartropatie infiammatorie, S. nefrosica, DM tipo I con nefropatia, anemia falciforme, tossicodipendenza ev in atto
- Procedure chirurgiche in gravidanza
- OHSS (solo nel I° trimestre)

Rischio intermedio

LMWH a dosi profilattiche dal I° trimestre

- Obesità (BMI > 30KG/m²)
- Età > 35 anni
- Parità ≥ 3
- Fumo
- Vene varicose evidenti
- Preeclampsia
- Immobilità (paraplegia, algie con ridotta mobilità)
- Storia familiare di TVP idiopatica o estrogeno – correlata in familiari di I° grado
- Trombofilie a basso rischio (Eterozi-gosi Fattore V, Eterozigosi Fattore II)
- Gravidanza multipla
- FIVET/ICSI

Fattori di rischio transitori:

- Disidratazione/Iperemesi
- Infezione sistemiche in atto
- Viaggi lunghi > 4 ore

Valutazione dell'opportunità di profilassi del tromboembolismo in gravidanza o in puerperio sulla base della combinazione di più fattori di rischio (v. anche LG RCOG 2020)

Dosi Terapeutiche

Enoxaparina (Clexane)

100U/Kg/12h antepartum poi 150U/Kg/die postpartum

Dosi Profilattiche

< 50 kg: Enoxaparina (Clexane) 2000U/die

50-90 kg: Enoxaparina (Clexane) 4000U/die

90-130 kg: Enoxaparina (Clexane) 6000U/die

130-170 kg: Enoxaparina (Clexane) 8000U/die

> 170 kg: Enoxaparina (Clexane) 60U/kg/die

Controindicazioni all'uso di LMWH antepartum

- Emofilia o altri problemi della coagulazione (malattia di Von Willebrand, Coagulopatia Acquisita)
- Sanguinamento antepartum attivo
- Altro rischio di emorragia severa (es. Placenta Praevia)*
- Trombocitopenia (PLT < 75x10⁹/L)
- Ictus ischemico o emorragico nelle precedenti 4 settimane
- Patologia renale severa (GFR < 30ml/min/1,73 m²)
- Patologia epatica severa (PT oltre il range di riferimento o varici esofagee note)
- Ipertensione non controllata (Sistolica > 200 mmHg, diastolica > 120 mmHg)

* Nelle pazienti ospedalizzate affette da placenta praevia e, in generale nelle gestanti ad alto rischio emorragico, è necessario considerare un'attenta valutazione individuale del rischio tromboembolico ed emorragico. Se possibile, è opportuno privilegiare metodiche non farmacologiche di tromboprofilassi (calze elastiche, idratazione adeguata, evitare l'immobilità prolungata).

RISCHIO OBESITÀ

Se BMI ≥ 30 :

- Acido folico 5 mg
- Supplementazione vit D
- Considerare tromboprofilassi
- Considerare profilassi pre-eclampsia con ASA 150
- Controllo del peso settimanale
- Monitoraggio PA settimanale
- Consulenza nutrizione clinica possibilmente entro I° trimestre
- Informazione su esercizio fisico
- Informazione su aumento ponderale
- OGTT 16-18 SG
- OGTT 24-28 SG
- Esame urine ad ogni controllo
- Profilo epatico, renale e tiroideo nel I°, II° e III° trimestre
- Biometria a 30 e 35 settimane
- Discussione del luogo del parto
- Consulenza anestesiológica
- Profilassi dell'emorragia post-partum (gestione attiva del III° stadio)

Se BMI ≥ 35 eseguire anche:

- Monitoraggio PA 3x sett da 24 SG
- Valutazione induzione del travaglio non oltre 41 SG
- Biometrie seriate da SG 24
- Diagnosi di disturbi del sonno e apnee ostruttive se sintomatica
- Se comorbidità considerare presentazione presso punto nascita di II° livello
- Se comorbidità considerare presentazione per chirurgia bariatrica dopo il parto

Se BMI ≥ 40 eseguire anche:

- Ecografia morfologica precoce
- Elettrocardiografia per screening cardiomiopatia
- Considerare induzione del travaglio non oltre 40 SG
- Considerare presentazione per chirurgia bariatrica dopo il parto

PROFILASSI DELL'ISOIMMUNIZZAZIONE RH/ALLOIMMUNIZZAZIONE

Screening test di Coombs indiretto

(indicato per tutte le gestanti)

I° trimestre

Data / /

Negativo

Positivo

Titolo _____

Anticorpo _____

28 SG

Data / /

Negativo

Positivo

Titolo _____

Anticorpo _____

Immunoprofilassi Rh

Indicato se gestante Rh negativa a 28 SG ed in occasione di ogni evento immunizzante (Dosaggio: < 20 SG 625UI; > 20 SG 1500 UI)

	Data	Firma
28 SG	/ /	
Evento immunizzante	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Note _____

PATOLOGIE EMATOLOGICHE

- Trombocitopenia
- Emoglobinopatie (talassemia, anemia falciforme...)
- Anemia grave
- Altro

FUNZIONE TIROIDEA

Dosaggio del TSH

Indicato dosaggio nel I° trimestre in tutte le gravidanze; indicata ripetizione nel II° e III° trimestre nel caso di tireopatie, diabete di tipo I° e obesità.

I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre
.....
.....
.....

Terapia

Consulenza endocrinologica

Altro

STATO PSICOLOGICO EMOZIONALE

- Patologia psichiatrica pregressa o attuale
- Pregressa depressione post-partum
- Disagio sociale
- Abuso di sostanze (droghe, alcol)
- Età < 18 anni
- Altro.....

Domande di Whooley modificate

I° trimestre

- Vivo serenamente la gravidanza
- Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- Ho bisogno di aiuto

II° trimestre

- Vivo serenamente la gravidanza
- Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- Ho bisogno di aiuto

III° trimestre

- Vivo serenamente la gravidanza
- Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- Ho bisogno di aiuto

Note.....
.....
.....

ALTRE PATOLOGIE

ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE



ESAMI EMATOCHIMICI, SIEROLOGICI E MICROBIOLOGICI: LEA PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

18-3-2017 Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 65

PRIMO TRIMESTRE

M07-M13

Emocromo

Anticorpi anti eritrociti (test di coombs indiretto)

Glucosio

Virus rosolia anticorpi IgG

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Treponema pallidum

HIV 1-2

Urine esame completo

Esame colturale dell'urina

Qualora non eseguiti in funzione preconcezionale.

Gruppo sanguigno

Hb - emoglobinopatie

In caso di fattori di rischio riconosciuti:

Virus epatite C (HCV)

Screening molecolare patogeni cervicali

Esame colturale vaginale

Solo se sospetta infezione acuta

Virus rosolia IgG e IgM

M09- M13

HCG frazione libera e PAPP-A

Solo in associazione con 88.78.4 Ecografia NT

Non esenti ma raccomandate I° trimestre secondo il percorso nascita provinciale:

TSH AST ALT yGT creatinina ferritina

CMV IgG IgM

HBsAg HCV Varicella IgG IgM

SECONDO TRIMESTRE**M14-M18****In caso di sieronegatività**

Virus rosolia IgG e IgM Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Se indicato

OGTT

M19-M23**In caso di sieronegatività**

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

M24-M27

Esame urine

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Se indicato

OGTT

TERZO TRIMESTRE**M28-M32**

TCI

Emocromo

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

M33-M37

Emocromo

Esame urine

Treponema pallidum

HBsAg

HIV

Tampone vaginoretale GBS

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

Esame colturale dell'urina

! Tutte le visite ostetriche sono esenti

ESAMI IMMUNOSIEROLOGICI

	I° trimestre		III° trimestre	
LUE	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
HIV	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
HbsAg	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
HCV	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

	Data	IgG	IgM
Rosolia	I° trimestre	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	16 settimane	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

	Data	IgG	IgM
Toxo	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
CMV	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Varicella	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Morbillo	/ /	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

ESAMI BATTERIOLOGICI E TAMPONI

Eventuali tamponi vaginali o cervicovaginali

Data	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Urinocoltura

Data	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

TAMPONE VAGINO-RETTALE PER STREPTOCOCCO B

Data / / Positivo Negativo

Altro _____

VISITE IN GRAVIDANZA

Epicrisi

Parità UM

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
SG				
PA				
Peso				
Sinfisi-fondo				
Visita vaginale SF				
BCF/MAF				
Edemi/Varici				
Note				
Terapia				
Firma				
Esami				
Hb/Eri				
Urine/ Urocoltura				
Glicemia				
TSH				
TCI				
Altro				

EPP _____

EPP corretta _____

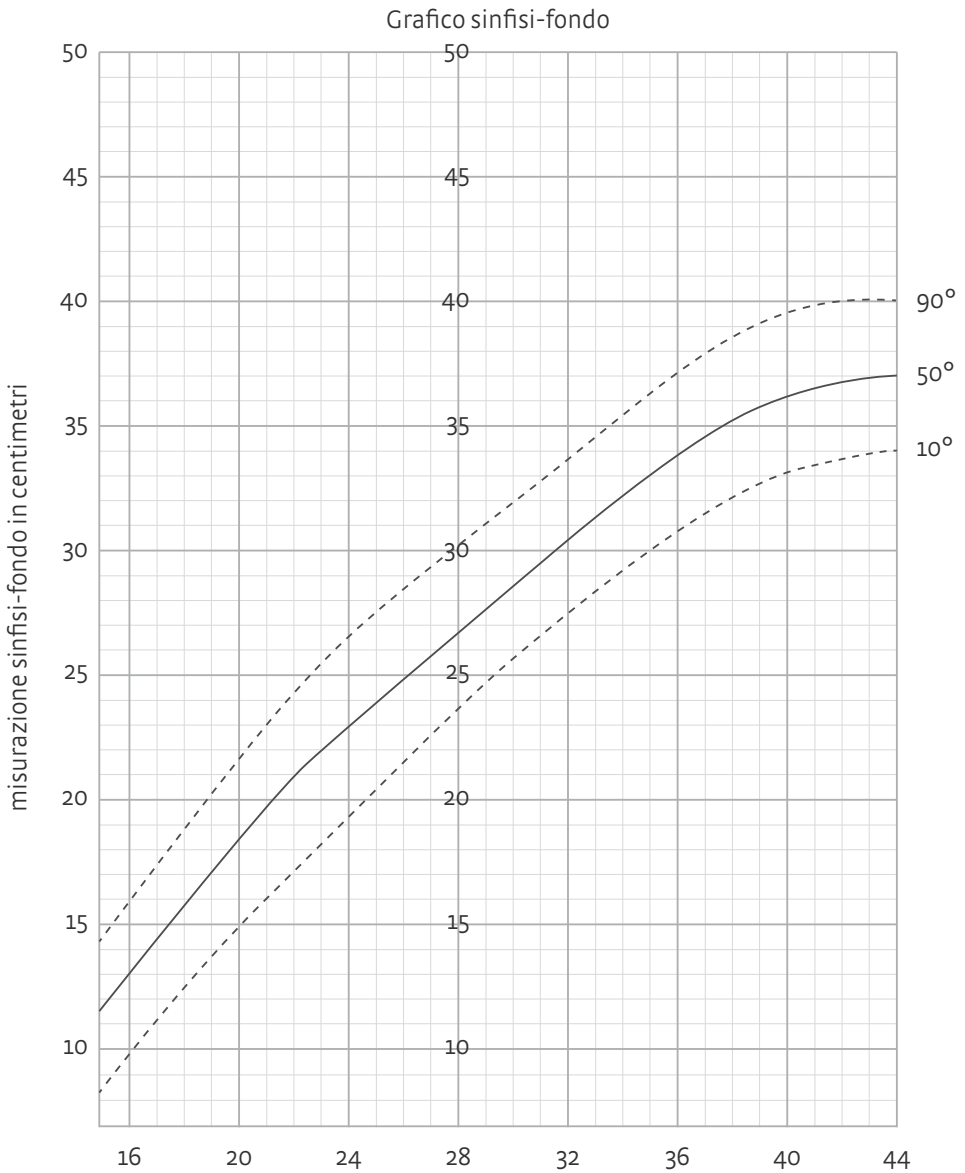
/ /

/ /

/ /

/ /

MISURAZIONE SINFISI-FONDO



settimane di gravidanza

Carta della distanza sinfisi-fondo basata sui dati di Cardiff
(Clavert J.P. et al BMJ 285: 846-47)

Note / ricoveri

Lined area for notes and admissions.

CONTROLLI PERITERMINE

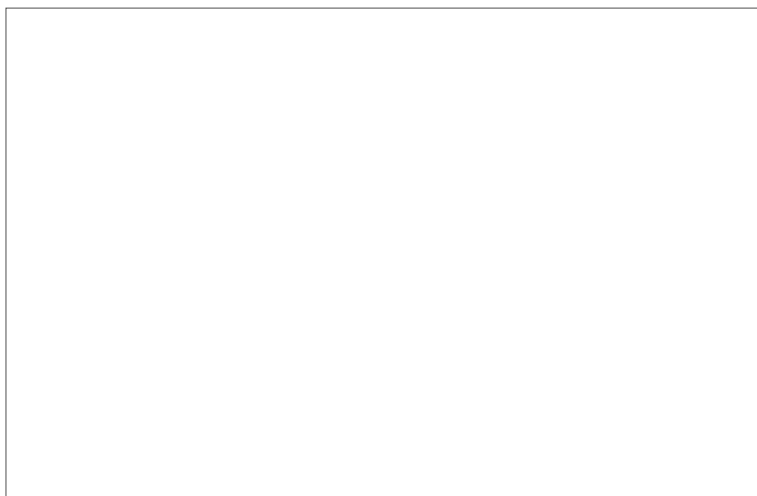
Data	/ /	/ /	/ /	/ /
SG				
Peso materno				
Visita				
CTG				
US/LA				
PA				
Note				
Firma				

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

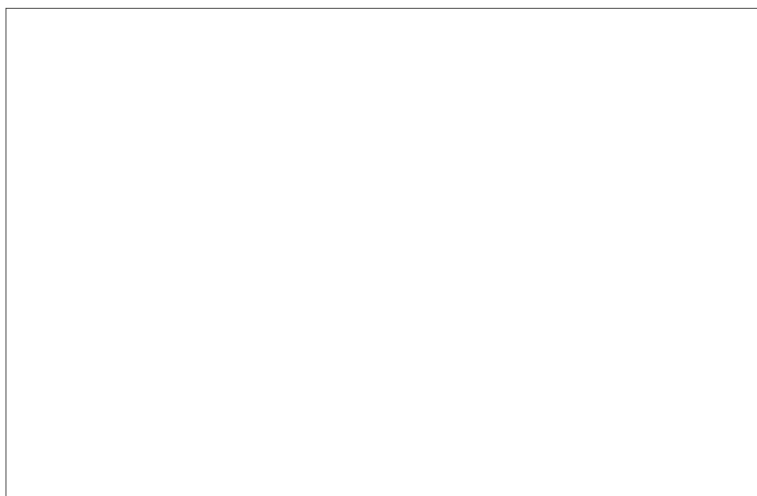
ECOGRAFIE



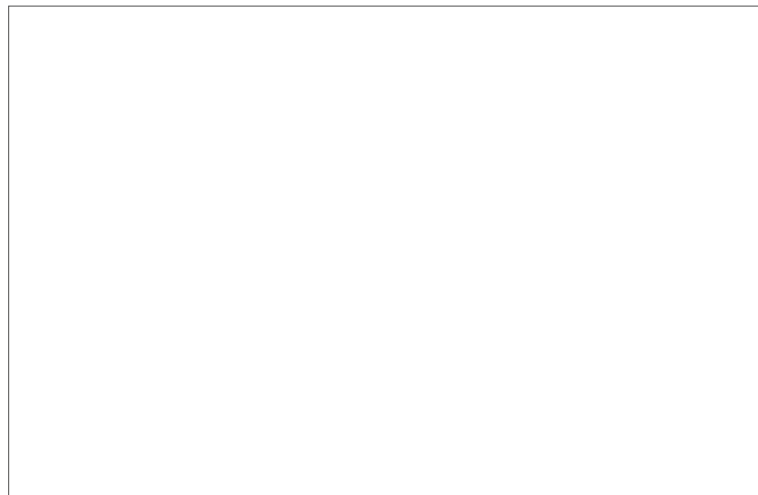
SPAZIO PER EVENTUALI ETICHETTE ECOGRAFICHE



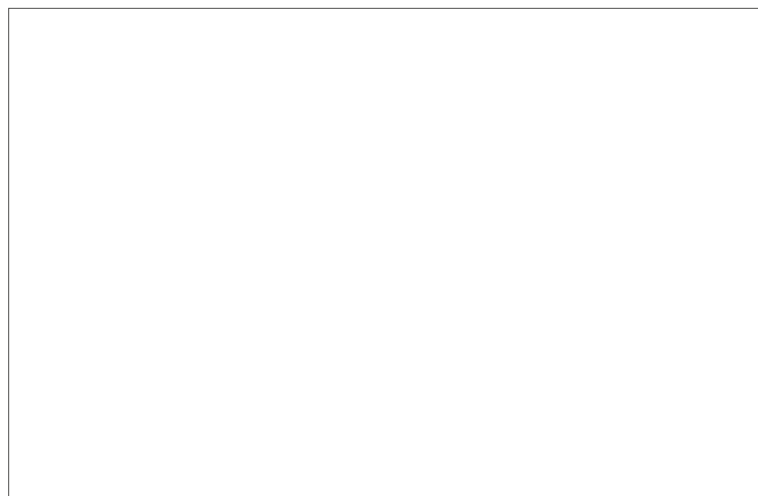
SG 8-10 In esenzione



SG 20 In esenzione



SG 30 In esenzione solo se indicazione medica

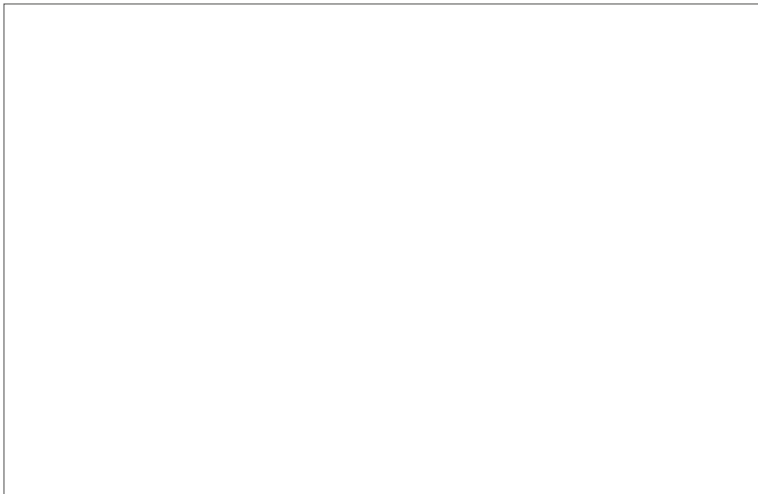
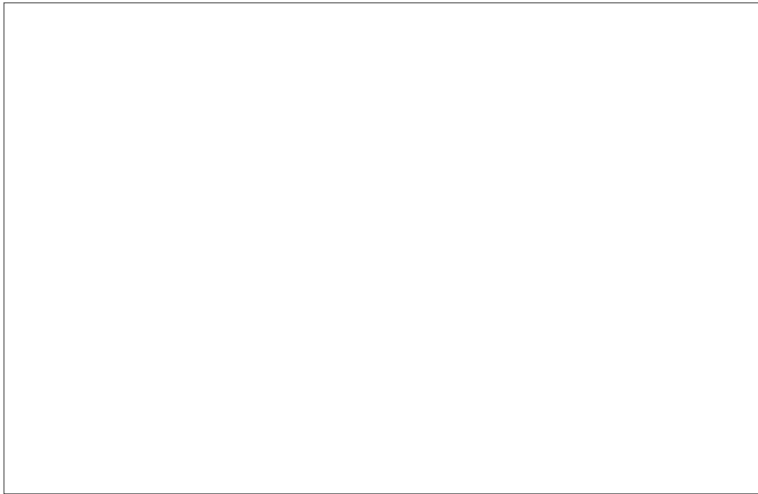


SG 35 In esenzione

PARTO E PUERPERIO



SPAZIO PER ETICHETTA PARTO



PARTO

Data / / SG _____

Nascita fuori reparto

Parto a domicilio programmato

Induzione del travaglio Meccanica Prostaglandine Ossitocina Amnioressi

Indicazione _____

Ora	1° nato	2° nato
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Presentazione	<input type="checkbox"/> Cef <input type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Trasn	<input type="checkbox"/> Cef <input type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Trasn
Mod. del parto	<input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> TC
Indicazione		
Controllo del dolore in travaglio	<input type="checkbox"/> anest. generale <input type="checkbox"/> anest. locale <input type="checkbox"/> anest. spinale <input type="checkbox"/> anest. epidurale <input type="checkbox"/> immersione in acqua <input type="checkbox"/> farmacologico	<input type="checkbox"/> anest. generale <input type="checkbox"/> anest. locale <input type="checkbox"/> anest. spinale <input type="checkbox"/> anest. epidurale <input type="checkbox"/> immersione in acqua <input type="checkbox"/> farmacologico
Peso	g	g
Lunghezza	cm	cm
Circ. cranica	cm	cm
Apgar 1 min		
Apgar 5 min		
pH (art. ombelicale)		
Contatto pelle a pelle:	<input type="checkbox"/> 1 ora ininterrotta	
Donaz. SCO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Perineo

Intatto

Lacerazione I° grado

Lacerazione II° grado

Lacerazione III° grado a

Episiotomia

Lacerazione III° grado b o c

Lacerazione IV° grado

Lacerazione vaginale profonda

Lacerazione cervicale

Indicazione _____

Altro _____

Complicazioni al parto

- Emorragia post partum
 - Febbre
 - Ritenzione di materiale coriale
 - Complicanze ipertensive
 - Mancato secondamento
 - Altro
-
-

PUERPERIO

Puerperio fisiologico

- Sì No

Complicanze

.....

.....

Hb PA

Gruppo sanguigno neonata/o

- Profilassi anti- D Sì No

Allattamento

- Materno
- Misto
- Artificiale
- Tiralatte
- Inibizione medica della lattazione (Cabergolina)

Altro

.....

DIMISSIONE

Madre e bambina/o dimessi il / /

Madre dimessa il / / Bambina/o dimessa/o il / /

Dimissione protetta

Sì No

Indicazione.....

Controlli clinici previsti

Controllo ostetrico

Visita ginecologica 6 settimane dopo il parto

Altro.....

Terapia prescritta

Eparina a basso peso molecolare

Ferro e integratori

Altro.....

Esami ematochimici prescritti

Emocromo tra.....

OGTT 6 settimane dopo il parto

TCI 6 mesi dopo il parto

TSH tra.....

Altro.....

Vaccinazioni consigliate

Antirubeolica

DTP

MMR-V

Epatite B

DATI PER CEDAP (CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO)

Da compilare al momento della rivalutazione del rischio ostetrico nel terzo trimestre.

Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

<input type="checkbox"/> Ambulatorio distrettuale	<input type="checkbox"/> Ambulatorio ospedaliero pubblico
<input type="checkbox"/> Ambulatorio privato	<input type="checkbox"/> Consultorio familiare privato
<input type="checkbox"/> Consultorio familiare pubblico	<input type="checkbox"/> Nessun servizio

Professionista che ha prevalentemente seguito la gravidanza nella struttura indicata

<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Ginecologa/o
<input type="checkbox"/> Ostetrica/o e ginecologa/o	<input type="checkbox"/> MMG
<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Non noto

Decorso della gravidanza

- Fisiologico
- Patologico per condizione materna preesistente
- Patologico per condizione materna insorta in gravidanza
- Patologico per condizione fetale

PERCORSO NASCITA

Screening

Primo trimestre

Bollino

Data

/ /

Firma

Note

Terzo trimestre

Bollino

Data

/ /

Firma

Note

Al ricovero

Bollino

Data

/ /

Firma

Note



**Ulteriori informazioni
sul percorso nascita**