



SCHEDA REGIONALE DI MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DI ATOSIBAN

(redatta sulla base delle Linee Guida sul Parto Pretermine redatte dal Collegio dei Primari Ginecologi del Veneto)

OSPEDALE _____	LOCALITA' _____	PROV. _____
REPARTO _____	A.S.L. _____	

CODICE ASSISTITO _____	N° CARTELLA NOSO GRAFICA _____	
ETA' PAZIENTE _____	DATA RICOVERO _____	DATA DIMISSIONE _____
PARITA' _____	ETA' GESTAZIONALE _____	

REQUISITI PER L'IMPIEGO DELL'ATOSIBAN*	
ETA' GESTIONALE (compresa tra 24 e 32 settimane)	
CONTRAZIONI UTERINE (regolari, della durata di 30 secondi ad una frequenza di ≥ 4 ogni 30 minuti)	
STATO DELLA CERVICE (dilatazione cervicale da 1 a 3 centimetri, oppure da 0-3 nelle nullipare, e scomparsa del collo uterino $\geq 50\%$)	
TEST PER LA FIBRONECTINA FETALE POSITIVO	<input type="checkbox"/>
INDICAZIONI ALLA TERAPIA CON ATOSIBAN	
CARDIOPATIA SCOMPENSATA	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE POLMONARE (<45 mmHg)	<input type="checkbox"/>
ACCERTATA INTOLLERANZA ALLA RITODRINA	<input type="checkbox"/>
MANCATA RISPOSTA ALLA TERAPIA CON β -MIMETICI	<input type="checkbox"/>
TERAPIA CON ATOSIBAN	
DURATA COMPLESSIVA (ore)**	PARTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DATA DEL PARTO	
DURATA COMPLESSIVA DECENZA	

* L'indicazione alla terapia Atosiban richiede la presenza di tutti i requisiti e di almeno una delle indicazioni.

** Non deve superare le 48 ore.

Lo specialista