REGIONE DEL VENETO **REGISTRO NASCITA**

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Regione _____

Azienda USL _____

Istituto/Azienda Ospedaliera _____

Comune di evento _____

MADRE

La madre vuole partorire in anonimato? si |__| 1. no |__| 2.

COGNOME della puerpera |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOME della puerpera |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (giorno/mese/anno)

Cittadinanza _____

Comune (Provincia) o Stato Estero di nascita _____

Tipo Identificativo della puerpera:

Codice Fiscale..... |__| 1.
STP .....|__| 2.
ENI ..... |__| 3.
TEAM.....|__| 4.
Codice Fiscale Provvisorio (11 cifre) ..... |__| 5.
Non presente/Sconosciuto .....|__| 6.

Identificativo della puerpera |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Senza fissa dimora: sì |__| 1. no |__| 2.

Se no, specificare:

Comune (Provincia) o Stato estero di RESIDENZA _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono_____

DOMICILIO diverso dalla residenza: sì |__| 1. no |__| 2.

Se domicilio diverso da residenza o senza fissa dimora, specificare:

Comune (Provincia) o Stato estero di domicilio _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono_____

Stampa Xerox mod B792.01

Titolo di studio:

Analfabeta……..|__| 1.
Sa leggere e scrivere……|__| 2.
Licenza elementare/Scuola primaria..... …|__| 3.
Diploma di scuola media inferiore/Scuola secondaria di 1° grado……|__| 4.
Diploma di scuola media superiore/Scuola secondaria di 2° grado…….|__| 5.
Diploma universitario o laurea triennale.....…….|__| 6.
Laurea o superiore/Laurea magistrale o superiore……|__| 7.
Non noto/non dichiarato……...|__| 8.

Condizione professionale/non professionale:

Occupata ..... |__| 1.
Disoccupata .....|__| 2.
In cerca di prima occupazione ..... |__| 3.
Studentessa .....|__| 4.
Casalinga ..... |__| 5.
Altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc) .....|__| 6.
Non nota/non dichiarata……|__| 7.

Ha lavorato durante la gravidanza? sì |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, numero settimane di lavoro |__|__|

Stato civile:

Nubile……...|__| 1.
Coniugata……..…|__| 2.
Separata…….....|__| 3.
Divorziata……..…...|__| 4.
Vedova……..|__| 5.
Unita civilmente ……..|__| 6.
Già in unione civile (in decesso del partner) …..|__| 7.
Già in unione civile (per scioglimento unione) ….....|__| 8.
Non noto/non dichiarato……..|__| 9.

Coabitazione:

Partner…….....|__| 1.
Famiglia (genitori, fratelli/sorelle, etc.)……..|__| 2.
Amici o altre persone (senza nessun vincolo di parentela)….....|__| 3.
No, da sola…….……...|__| 4.
Altro……..|__| 5.
Non nota/non dichiarata …….……..…..|__| 6.

Numero di Cartella Clinica/SDO della puerpera (AA/XXXXXX) |__|__|/|__|__|__|__|__|__|

Altezza (cm) |__|__|__|

Peso pregravidico (Kg) |__|__|__| Non noto: |__|

Presenza di mutilazioni genitali: sì |__| 1. no |__| 2.

Se sì, specificare il tipo di mutilazione:

1° tipo…....|__| 1.
2° tipo……..|__| 2.
3° tipo….....|__| 3.
4° tipo…….……...|__| 4.

Precedenti concepimenti: sì |__| 1. no |__| 2.

Se sì, specificare:

Num. parti precedenti	|__|__|		
Num. nati vivi	|__|__|	di cui con malformazioni	|__|__|
Num. nati morti	|__|__|	Num. aborti spontanei	|__|__|
Num. IVG	|__|__|	Num. tagli cesarei precedenti	|__|__|
Data ultimo parto	|__|__| |__|__| |__|__|__|__| giorno/ mese / anno		

Presenza malattie materne pregravidiche: sì |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se si, specificare il tipo di malattia materna insorta prima della gravidanza: __

Ipertensione	sì |__| 1.	no |__| 2.	Cardiopatia	sì |__| 1.	no |__| 2.
Altra patologia cronica sistemica (ematologica, autoimmune, endocrinopatia, renale, ginecologica, neurologica, respiratoria, digerente, infezione)	sì |__| 1.	no |__| 2.	Diabete	sì |__| 1.	no |__| 2.
Patologia tumorale	sì |__| 1.	no |__| 2.	Disturbi psichici (psicotici, dell'umore, d'ansia, da condizione medica generale)	sì |__| 1.	no |__| 2.
Dipendenze	sì |__| 1.	no |__| 2.			

Altro (interventi chirurgici pregressi, altro): _____

Condizioni pre-esistenti che impediscono in modo assoluto l'allattamento materno:

Alattogenesi ereditaria……..,….|__| 1.
Sindrome di Sheehan……..…..|__| 2.
Mastectomia bilaterale…….……..…….|__| 3.
Ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare) …...|__| 4.

PADRE

Indicare se attualmente il padre è: vivo |__| 1. deceduto |__| 2. sconosciuto |__| 3.

(Se il padre è sconosciuto andare alla sezione Gravidanza)

COGNOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (giorno/mese/anno)

Cittadinanza _____

Comune (Provincia) o Stato Estero di nascita _____

Tipo Identificativo del padre:

Codice Fiscale..... |__| 1.
STP .....|__| 2.
ENI ..... |__| 3.
TEAM.....|__| 4.
Codice Fiscale Provvisorio (11 cifre) ..... |__| 5.
Non presente/Sconosciuto .....|__| 6.

Identificativo della padre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Senza fissa dimora: sì |__| 1. no |__| 2.

Se no, specificare:

Comune (Provincia) o Stato estero di RESIDENZA _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono_____

DOMICILIO diverso dalla residenza: sì |__| 1. no |__| 2.

Se domicilio diverso da residenza o senza fissa dimora, specificare:

Comune (Provincia) o Stato estero di domicilio _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono_____

Titolo di studio:

Analfabeta……..|__| 1.
Sa leggere e scrivere……|__| 2.
Licenza elementare/Scuola primaria..... …|__| 3.
Diploma di scuola media inferiore/Scuola secondaria di 1° grado……|__| 4.
Diploma di scuola media superiore/Scuola secondaria di 2° grado…….|__| 5.
Diploma universitario o laurea triennale.....…….|__| 6.
Laurea o superiore/Laurea magistrale o superiore……|__| 7.
Non noto/non dichiarato……...|__| 8.

Condizione professionale/non professionale:

Occupato…….|__| 1.
Disoccupato……|__| 2.
In cerca di prima occupazione……|__| 3.
Studente……..|__| 4.
Casalingo…..……..|__| 5.
Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc)……..…|__| 6.
Non nota/non dichiarata……..…|__| 7.

Esposizione a fattori di rischio

Abitudine al fumo: si |__| 1. no |__| 2. Non noto |__| 3.

Se si, numero di sigarette al giorno |__|__|

GRAVIDANZA

Accertamenti in gravidanza

Visite di controllo: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, numero di visite di controllo in gravidanza: |__||__|

Prima visita di controllo in gravidanza a settimane |__|__|

Ecografie: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, numero di ecografie |__||__|

con riscontro di:

quadro normale…….|__||__| patologia degli annessi…….|__||__|

malformazione del feto……..…|__||__| patologia del feto……..……|__||__|

Indagini prenatali

Solo Translucenza Nucale (NT) si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo |__| 1. Negativo |__| 2

Test combinato si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo (rischio elevato) |__| 1. Negativo |__| 2

Tri test si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo (rischio elevato) |__| 1. Negativo |__| 2

Test integrato si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo (rischio elevato) |__| 1. Negativo |__| 2

DNA fetale libero circolante si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo |__| 1. Negativo |__| 2 Non conclusivo (fallito) |__| 3.

Ecografia morfologica si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo |__| 1. Negativo |__| 2

a settimane: |__|__|

Risonanza Magnetica fetale si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, indicare l'esito Positivo |__| 1. Negativo |__| 2

Apparato coinvolto:

Sistema nervoso centrale…….|__| 1.
Apparato respiratorio……|__| 2.
Apparato gastrointestinale…….|__| 3.
Apparato genito-urinario…….……|__| 4.
Apparato cardiologico……..….|__| 5.
Placenta e annessi…….|__| 6.

Indagini prenatali invasive

Esecuzione di indagini prenatali invasive: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, specificare:

Villocentesi si |__| 1. no |__| 2 Non noto |__| 3.

Se sì, esito: Positivo |__| 1. Negativo |__| 2 Non conclusivo (fallito) |__| 3.

Amniocentesi si |__| 1. no |__| 2 Non noto |__| 3.

Se sì, esito: Positivo |__| 1. Negativo |__| 2 Non conclusivo (fallito) |__| 3.

Cordocentesi si |__| 1. no |__| 2 Non noto |__| 3.

Se sì, esito: Positivo |__| 1. Negativo |__| 2 Non conclusivo (fallito) |__| 3.

Presenza di indicazione prevalente per l'esecuzione di indagini prenatali invasive:

Assenza di indicazioni evidenziabili …….|__| 1.
Anamnesi genetica positiva ……..…|__| 2.
Test di screening ad alto rischio ……..…….|__| 3.
Volontà materna/della coppia ……..…….|__| 4.
Patologia fetale……..….|__| 5.
Non noto…….....|__| 6.

Esito del test o della sequenza di test diagnostici positivi (indicarne solo uno):

Anomalie nel numero e nella morfologia dei cromosomi ……....|__| 1.
Trisomia 21……..…….|__| a.
Altra anomalia del numero (es.: trisomie 13, 18; sindrome di Turner) ….……|__| b.
Anomalie nella forma (es.: delezioni, duplicazioni) ….……..….|__| c.
Altro….……...|__| d.

Anomalie genetiche ……..……|__| 2.
Fibrosi cistica…….…….|__| a.
Talassemia……..……|__| b.
Malattie neuromuscolari (SMA, DM) …….…….|__| c.
Malattie metaboliche ereditarie (FKT, lisosomiali) …….……|__| d.
X Fragile…….……|__| e.
Altro…….……|__| f.

Malformazioni genetiche ……..……|__| 3.
Malformazioni cardiache……|__| a.
Malformazioni scheletro……|__| b.
Malformazioni addome…….…..|__| c.
Malformazioni encefalo…….…..|__| d.
Malformazioni multiple……..|__| e.
(Labio)(Palato)schisi……..|__| f.
Spina bifida……..|__| g.
Altro……..|__| h.

Infezioni ……..……..|__| 4.
CMV…….|__| a.
Toxoplasmosi……..|__| b.
Altro……...|__| c.

Decorso della gravidanza

Decorso: Fisiologico |__| 1. Patologico |__| 2.

Se patologico, indicare:

Condizioni materne pregresse	sì	|__| 1.	no	|__| 2.
Condizioni materne insorte in gravidanza	sì	|__| 1.	no	|__| 2.
Condizioni fetali	sì	|__| 1.	no	|__| 2.

Presenza malattie insorte in gravidanza: sì |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, specificare:

Disordini ipertensivi (ipertensione, preeclampsia, eclampsia, sindrome HELLP)	sì	|__| 1.	no |__| 2.	Diabete gestazionale	sì	|__| 1.	no |__| 2.
Infezione (es.: CMV, toxoplasma,sifilide, etc.)	sì	|__| 1.	no |__| 2.	Disturbi psichici (psicotici, dell'umore, d'ansia, da condizione medica generale)	sì	|__| 1.	no |__| 2.
Dipendenze	sì	|__| 1.	no |__| 2.	Comparsa ex novo di patologia sistemica e/o tumorale	sì	|__| 1.	no |__| 2.

Altre patologie: _____

Minacce di aborto:	sì	|__| 1.	no	|__| 2.	non noto	|__| 3.	
Minacce di parto prematuro	sì	|__| 1.	no	|__| 2.	non noto	|__| 3.	
Difetto di accrescimento fetale:	sì	|__| 1.	no	|__| 2.	non noto	|__| 3.	

Datazione

Esecuzione della datazione ecografica: sì |__| 1. no |__| 2.

Se sì, settimane compiute in cui è stata eseguita |__||__|

Età gestazionale al parto (settimane compiute) |__|__|

Amenorrea sì |__| 1. no |__| 2. Non nota |__| 3.

Se sì, Settimane compiute di amenorrea al parto |__||__|

Procreazione assistita

Trattamento farmacologico per l'induzione dell'ovulazione sì |__| 1. no |__| 2. Non noto |__| 3.

Concepimento con tecniche di procreazione medico assistita: sì |__| 1. no |__| 2.

Se sì, specificare

Tecnica di procreazione:

Omologa……..…|__| 1.
Ovodonazione……...|__| 2.
Donazione di gameti maschili……|__| 3.
Embriodonazione……..…|__| 4.

Metodo di procreazione:

Solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione……|__| 1.
IUI (inseminazione intrauterina)…….|__| 2.
GIFT (trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio)……..…|__| 3.
FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni nell'utero)……...…|__| 4.
ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita)…|__| 5.
Altre tecniche……...|__| 6.

Consanguineità

Consanguineità tra madre e padre: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se sì, grado:

Parenti di 4° grado (figli di fratelli/sorelle)……|__| 1.
Parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/o di un suo primo cugino)……..|__| 2.
Parenti di 6° grado (secondi cugini)……|__| 3.

Stili di vita della madre

Assunzione di acido folico:

Prima del concepimento e nei primi 3 mesi di gravidanza ……|__| 1.
Prima del concepimento, nei primi 3 mesi e oltre……..…|__| 2
Solo dopo il concepimento……....…|__| 3.
Non assunto……..…|__| 4.
Assunto con tempistica sconosciuta……..|__| 5.
Non noto……..…|__| 6.

Abitudine al fumo: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Se si, numero di sigarette al giorno |__|__|

Se sì, specificare l'abitudine:

Ha smesso prima della gravidanza ……|__| 1.
Ha smesso a inizio gravidanza…….…..__| 2
Ha smesso durante la gravidanza……....…|__| 3.
Ha continuato a fumare durante la gravidanza……|__| 4.

Assunzione bevande alcoliche:

Astemia ……...…|__| 1.
Ha smesso prima della gravidanza ……|__| 2.
Ha smesso a inizio gravidanza……|__| 3
Ha smesso durante la gravidanza…….....…|__| 4.
Ha continuato ad assumere alcol durante la gravidanza……|__| 5.
Non noto……|__| 6.

Assistenza pre e in gravidanza

Visita pre-concezionale in vista della gravidanza: si |__| 1. no |__| 2. non noto |__| 3.

Partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita
- No…….|__| 1.
- No, frequentato in gravidanza precedente……|__| 2
- Sì, consultorio……|__| 3.
- Sì, ospedale pubblico……..…|__| 4.
- Sì, struttura privata……|__| 5.
- Non noto……|__| 6.

Gravidanza seguita mediante percorso BRO:

- Sì, fino al parto…….|__| 1.
- Sì, ma solo parte della gravidanza……...|__| 2.
- No……..….|__| 3.

Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza:
- Consultorio famigliare pubblico…….|__| 1.
- Ambulatorio distrettuale…….|__| 2
- Ambulatorio ospedaliero……|__| 3.
- Ambulatorio privato……..…|__| 4.
- Consultorio familiare privato……|__| 5.
- Nessun servizio utilizzato……|__| 6.

Professionista che ha prevalentemente seguito la gravidanza:
- Ostetrica/o…….|__| 1.
- Ginecologa/o……..….|__| 2
- Ostetrica/o e ginecologa/o……|__| 3.
- MMG……..…|__| 4.
- Nessuno……|__| 5.
- Non noto/non dichiarato……|__| 6.