

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.

Se occupata, posizione nella professione

- Imprenditrice o libera professionista|.....|_| 1.
- Altro lavoro autonomo.....|_| 2.
- Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo.....|_| 3.
- Lavoratrice dipendente: impiegata.....|_| 4.
- Lavoratrice dipendente: operaia.....|_| 5.
- Altro lavoro dipendente (apprendista, lavoro a domicilio, ecc)..... |_| 6.

Se occupata, ramo di attività economica

- Agricoltura, caccia e pesca.....|_| 1.
- Industria.....|_| 2.
- Commercio, pubblici servizi, alberghi.....|_| 3.
- Pubblica amministrazione.....|_| 4.
- Altri servizi privati.....|_| 5.

Ha lavorato durante la gravidanza? sì |_| 1. no |_| 2.

Numero settimane di lavoro |_|_|

Stato civile:

- Nubile.....|_| 1.
- Coniugata.....|_| 2.
- Separata.....|_| 3.
- Divorziata.....|_| 4.
- Vedova.....|_| 5.

Se coniugata: data del matrimonio |_|_| |_|_|_|_| (mese/anno)

Se non coniugata, indicare la condizione familiare:

- Convive con partner.....|_| 1.
- Vive senza partner con genitore/i o con altri parenti.....|_| 2.
- Vive senza partner con altre persone.....|_| 3.
- Vive sola.....|_| 4.

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

Se sì: 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)

Esposizione a fattori di rischio

Abitudine al fumo: si 1. no 2.

Se sì, numero di sigarette al giorno

Sezione B: gravidanza

Accertamenti in gravidanza

Numero di visite di controllo in gravidanza:

Prima visita di controllo in gravidanza a settimane

Numero di ecografie

con riscontro di:

quadro normale.....

patologia degli annessi.....

malformazione del feto.....

patologia del feto.....

Indagini prenatali :

Amniocentesi si 1. no 2.

Villi coriali si 1. no 2.

Fetoscopia/funicolocentesi si 1. no 2.

Ecografia morfologica si 1. no 2.

Se sì, a settimane:

Gravidanza seguita mediante percorso BRO

Sì, fino al parto..... 1.

Sì, ma solo parte della gravidanza..... 2.

No..... 3.

Decorso della gravidanza: Fisiologico 1. Patologico 2.

Se patologico specificare il tipo di condizione morbosa insorta durante la gravidanza:

Minacce di aborto sì 1. no 2.

Minacce di parto prematuro sì 1. no 2.

Malattie infettive sì 1. no 2.

Infezioni del tratto genito-urinario sì 1. no 2.

Diabete sì 1. no 2.

Gestosi sì 1. no 2.

Altro: _____

Difetto di accrescimento fetale: sì 1. no 2.

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

Se sì, indicare il metodo di procreazione medico assistita utilizzato:

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.

Età gestazionale al parto (settimane compiute)

Esposizione a fattori di rischio durante la gravidanza

Abitudine al fumo: si 1. no 2.

Se si, numero di sigarette al giorno

Ultimo trimestre durante il quale ha fumato:

Primo trimestre..... 1.

Secondo trimestre..... 2.

Terzo trimestre..... 3.

Informazioni su esposizione a Covid-19

Indicare se la donna ha avuto contatti o infezione sospetta o certa di COVID-19

Non ha avuto un'infezione nota di Covid-19 1

Ha avuto contatti certi con persone infette 2

Ha avuto un'infezione sospetta di Covid-19 (diagnosi solo clinica) ... 3

Ha avuto un'infezione certa di Covid-19..... 4

Non è nota nessuna delle condizioni precedenti..... 5

Se ha avuto infezione COVID-19 certa:

- Dove è stata seguita:
 - È stata assistita presso il suo domicilio..... 1
 - È stata ricoverata in ospedale in un reparto semi-intensivo..... 2
 - È stata ricoverata in ospedale in terapia intensiva..... 3
 - È stata ricoverata in ospedale in altri reparti..... 4
- Data della diagnosi: | | (giorno/mese/anno)

Sezione C: Parto e neonato

N.B.: In caso di parto gemellare, devono essere compilate tante Sezioni C quanti sono i gemelli

C1 – INFORMAZIONI AL MOMENTO DEL PARTO

Luogo del parto:

- Istituto di cura pubblico o privato.....|_| 1.
Abitazione privata.....|_| 2.
In un'altra struttura di assistenza.....|_| 3.
Altrove (strada, mezzi di trasporto, ecc.).....|_| 4.

Parto con percorso assistenziale dedicato alle BRO?

- Sì, fino al termine del parto.....|_| 1.
Solo inizialmente assistito come BRO.....|_| 2.
NO.....|_| 3.

Peso madre al parto (Kg) |_|_|_|_|

Modalità del travaglio: Spontaneo |_| 1. Indotto |_| 2.
Iniziato come spontaneo e poi indotto |_| 3. Assenza di travaglio |_| 4.

Se indotto, tipo di induzione: Farmacologica |_| 1. Amnioressi |_| 2. Entrambe |_| 3.

Posizioni libere in travaglio: sì |_| 1. no |_| 2

Genere del parto: Semplice |_| 1. Plurimo |_| 2.

Se parto plurimo:

Numero di nati |_| di cui non riconosciuti |_|
Numero d'ordine del gemello nel presente parto |_|

Vitalità: Nato vivo |_| 1. Nato morto |_| 2.

(Se nato morto compilazione della sezione D a cura del pediatra/neonatologo)

Punteggio Apgar dopo cinque minuti dalla nascita |_|_|

Presentazione del neonato:

Vertice.....|_| 1. Bregma|_| 4.
Podice.....|_| 2. Faccia.....|_| 5.
Fronte.....|_| 3. Spalla.....|_| 6.

Tipo genitali esterni (*ostetrica*):

Maschili.....|_| 1.
Femminili.....|_| 2.
Indeterminati.....|_| 3.

Modalità del parto:

Spontaneo.....|_| 1.
Uso di forcipe.....|_| 2.
Uso di ventosa.....|_| 3.
Taglio cesareo programmato.....|_| 4.
Taglio cesareo urgente.....|_| 5.

Data del parto |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (giorno/mese/anno) |_|_|_|_|_|_| (ora/minuti)

Tecniche controllo dolore

- Nessuna..... 1.
- Analgesia epidurale..... 2.
- Analgesia spinale..... 3.
- Analgesia combinata epidurale/spinale..... 4.
- Blocco paracervicale..... 5.
- Blocco del nervo pudendo..... 6.
- Analgesia inalatoria..... 7.
- Analgesia farmacologica enterale/parenterale..... 8.
- Travaglio/parto in acqua..... 9.
- Ipnosi..... 10.
- Agopuntura..... 11.
- Altri metodi..... 12.
- Più metodi combinati..... 13.

Se parto cesareo, tipo di anestesia:

- Anestesia generale..... 1.
- Anestesia epidurale..... 2.
- Anestesia spinale..... 3.
- Anestesia combinata epidurale/spinale..... 4.

Complicanze materne legate al parto che hanno comportato:

- Trasferimento in reparti intensivi sì 1. no 2.
- Decesso sì 1. no 2.
- Perdita ematica:
 - nessuna perdita ematica..... 1.
 - perdita inferiore a 500 ml..... 2
 - perdita compresa tra 500 e 1000 ml..... 3
 - perdita superiore a 1000 ml..... 4

Personale sanitario presente al parto:

- Ostetrica/o sì 1. no 2.
- Ostetrico-ginecologo sì 1. no 2.
- Pediatra/neonatólogo sì 1. no 2.
- Anestesista sì 1. no 2.
- Altro personale sanitario o tecnico sì 1. no 2.

Familiari o persone di fiducia presenti al parto:

- Padre del neonato..... 1.
- Altra persona di famiglia della partoriente..... 2.
- Altra persona di fiducia della partoriente..... 3.
- Nessuno dei soggetti sopracitati..... 4.

Profilassi Rh: sì 1. no 2.

Perineo integro sì 1. no 2.

Se perineo non integro:

Episiotomia sì 1. no 2.

Lacerazioni:

- Lacerazioni di 1° grado..... 1.
- Lacerazioni di 2° grado 2.
- Lacerazioni di 3° grado 3.
- Lacerazioni di 4° grado 4.
- No..... 5.

FIRMA DELL'OSTETRICA O DEL MEDICO

Causa di morte confermata dall'autopsia 1.
Risultato autopsia disponibile in seguito 2.
L'autopsia non è stata effettuata 3.
Riscontro autoptico non risolutivo 4.

Sezione E: Malformazioni

Malformazioni diagnosticate 1) (ICD 9 CM)
2) (ICD 9 CM)
3) (ICD 9 CM)

Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita):

Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute)

Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti)

Eventuali malformazioni in famiglia:

Fratelli	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Madre	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Padre	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Genitori madre	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Genitori padre	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Altri parenti madre (fratelli/cugini/zii)	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.
Altri parenti padre (fratelli/cugini/zii)	si	<input type="checkbox"/> 1.	no	<input type="checkbox"/> 2.

Malattie insorte in gravidanza: 1) (ICD 9 CM)
2) (ICD 9 CM)

FIRMA DEL PEDIATRA/NEONATOLOGO
