



Sezione Generale

Comune di evento

NUMERO di CARTELLA CLINICA | | | | | | |

Sezione A: Informazioni socio-demografiche sul/sui genitore/i

Analfabeta.....| 7.

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)

PADRE

COGNOME e NOME

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

(Se il padre è sconosciuto andare alla sezione B)

CODICE FISCALE del padre

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Comune di nascita

Stato estero di nascita

Cittadinanza

Comune di residenza

Stato estero di residenza

Via

Domicilio diverso dalla residenza:

si ☐ 1. no ☐ 2.

Se sì: specificare:

Titolo di studio:

- Laurea o titoli superiore ☐ 1.
Diploma universitario o laurea breve ☐ 2.
Diploma di scuola media superiore ☐ 3.
Diploma di scuola media inferiore ☐ 4.
Licenza elementare ☐ 5.
Sa leggere e scrivere ☐ 6.
Analfabeta ☐ 7.

Condizione professionale/non professionale

- Occupato ☐ 1.
Disoccupato ☐ 2.
In cerca di prima occupazione ☐ 3.
Studente ☐ 4.
Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc) ☐ 6.

Se occupato, posizione nella professione

- Imprenditore o libero professionista ☐ 1.
Altro lavoratore autonomo ☐ 2.
Lavoratore dipendente: dirigente o direttivo ☐ 3.
Lavoratore dipendente: impiegato ☐ 4.
Lavoratore dipendente: operaio ☐ 5.
Altro lavoratore dipendente (apprendista, lavoratore a domicilio, ecc) ☐ 6.

Se occupato, ramo di attività economica

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

Consanguineità tra madre e padre: si ☐ 1. no ☐ 2.

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.

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 sì, 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/neonatalogo)

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/neonatologo 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

Il padre riconosce il bambino

Nome neonato

Numero braccialetto

Tipo genitali esterni (*pediatra/neonatologo*):

Indeterminati.....	3.
--------------------	----

Peso (gr) Lunghezza (cm) Circonferenza cranica (cm) ,

Se contatto pelle a pelle, ininterrotto per almeno 1 h: sì ☐ 1. no ☐ 2

Necessità di rianimazione: sì ☐ 1. no ☐ 2.

Solo utilizzo di farmaci 3.

Decesso immediatamente dopo il parto (entro 1 ora): sì ☐ 1. no ☐ 2.

Presenza di malformazione/i: sì ☐ 1. no ☐ 2.

(Se nato malformato compilare la sezione E a cura del pediatra/neonatologo)

Malattia o condizione morbosa principale del feto | | | | | (ICD 9 CM)

Altra malattia o condizione morbosa del feto | | | | , | | | | (ICD 9 CM)

Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto | | | | | (ICD 9 CM)

Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto | | | | , | | | | (ICD 9 CM)

Altra circostanza rilevante | | | | | (ICD 9 CM)

Momento del decesso:

Prima del travaglio.....| | 1.

Durante il travaglio.....| | 2.

Durante il travaglio.....	☐	2.
Durante il parto.....	☐	3.

Sconosciuto.....	4.
------------------	----

Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni: si ☐ 1. no ☐ 2.

Esecuzione fotografie in caso di malformazioni: si | | 1. no | | 2.

Riscontro autoptico:

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	☐ 1.	no	☐ 2.
Madre	si	☐ 1.	no	☐ 2.
Padre	si	☐ 1.	no	☐ 2.
Genitori madre	si	☐ 1.	no	☐ 2.
Genitori padre	si	☐ 1.	no	☐ 2.
Altri parenti madre (fratelli/cugini/zii)	si	☐ 1.	no	☐ 2.
Altri parenti padre (fratelli/cugini/zii)	si	☐ 1.	no	☐ 2.

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

FIRMA DEL PEDIATRA/NEONATOLOGO
