

 REGIONE PIEMONTE			
Codice regione 010 - Piemonte	Codice ASR di evento	Codice struttura/Istituto	Comune di evento
Numero scheda parto:		Numero cartella clinica madre:	

Informazioni relative alla madre **			
Dati anagrafici			
Cognome		Nome	
Data di nascita	Comune di nascita		Provincia
Codice fiscale	Codice ISI	Cittadinanza	
Residenza: Comune	Provincia	Regione	ASL
Indirizzo			
Telefono		Data e ora ricovero	

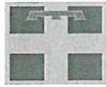
Informazioni socio-demografiche e lavorative			
Titolo di studio	Condizione Professionale	Posizione nella professione	Attività economica
Laurea	Occupato	Imprenditore	Agricoltura/Caccia/Pesca
Diploma scuola media superiore	Disoccupato	Libero professionista	Industria
Diploma scuola professionale	In cerca di prima occupazione	Dirigente	Commercio/Pubblici servizi/Alberghi
Diploma scuola media inferiore	Casalinga	Impiegato	Pubblica amministrazione
Licenza elementare	Studente	Lavoratore autonomo	Altri servizi privati
Nessun titolo	Ritirato dal lavoro	Operaio	
Informazione non comunicata	Altra condizione	Militari, forze dell'ordine e religiosi	
	Informazione non comunicata	Non ha mai esercitato attività lavorativa stabile	

Stato civile	Nubile	Coniugata	Data del matrimonio
Separata	Divorziata	Vedova	Informazione non comunicata

Informazioni relative al padre			
Cognome		Nome	
Cittadinanza	Data di nascita	Comune di nascita	Provincia
Residenza: Comune	Provincia	Regione	ASL
Indirizzo			
Titolo di studio	Condizione Professionale	Posizione nella professione	Attività economica
Laurea	Occupato	Imprenditore	Agricoltura/Caccia/Pesca
Diploma scuola media superiore	Disoccupato	Libero professionista	Industria
Diploma scuola professionale	In cerca di prima occupazione	Dirigente	Commercio/Pubblici servizi/Alberghi
Diploma scuola media inferiore	Casalingo	Impiegato	Pubblica amministrazione
Licenza elementare	Studente	Lavoratore autonomo	Altri servizi privati
Nessun titolo	Ritirato dal lavoro	Operaio	
Informazione non comunicata	Altra condizione	Militari, forze dell'ordine e religiosi	
	Informazione non comunicata	Non ha mai esercitato attività lavorativa stabile	Annullamento della scheda per mancato evento

Certificato redatto da: <i>firma ostetrica</i>	<i>firma medico</i>
--	---------------------

** In caso di donna che vuole partorire in anonimato indicare il codice 999 per "Donna che non vuole essere nominata"

 REGIONE PIEMONTE								
Codice regione 010 - Piemonte		Codice ASR di evento			Codice struttura/istituto			
Dati del neonato								
Cognome				Nome				
Numero di ordine			Numero scheda parto:					
Malattia del feto								
Diagnosi	Codice ICD9CM	Descrizione						
Malattia principale del feto								
Altra malattia del feto								
Malattia principale della madre interessante il feto								
Altra malattia della madre interessante il feto								
Altra circostanza rivelante								
Informazioni sul decesso								
Momento della morte	Riscontro autoptico			Note				
prima del travaglio	causa morte confermata con autopsia							
durante il travaglio	risultato autopsia disponibile in seguito							
durante il parto	autopsia non effettuata							
sconosciuto	Circonferenza torace							
Malformazioni								
Esecuzione esami strumentali		SI	NO	Esecuzione fotografie		SI	NO	
Malformazione diagn. I		Descrizione						
Malformazione diagn. II		Descrizione						
Malformazione diagn. III		Descrizione						
Cariotipo prenatale				Note				
Età gestazionale alla diagnosi di malformazione								
Età neonatale alla diagnosi di malformazione								
Malattie insorte in gravidanza I		Descrizione malattie insorte in gravidanza I						
Malattie insorte in gravidanza II		Descrizione malattie insorte in gravidanza II						
Malformazioni fratelli	SI	Note						
	NO							
Malformazioni madre	SI	Malformazioni genitori madre	SI	Malformazioni altri parenti madre	SI			
	NO		NO		NO			
Malformazioni padre	SI	Malformazioni genitori padre	SI	Malformazioni altri parenti padre	SI			
	NO		NO		NO			
firma del Medico accertatore								

CEDAP - FOGLIO II

N. Scheda Parto:

Reparto:

CONTROLLI IN GRAVIDANZAVisite N°: E.g. I Visita: Percorso: ☐ Consultorio ☐ Studio privato ☐ Ambul. grav. a basso rischio ☐ Ambul. grav. a rischio

U.M.: Ridatazione U.S.:

Bds a 36-37 sett. in PN: ☐ No ☐ Si Agenda di gravidanza: ☐ No ☐ Si Compilata: ☐ No ☐ Si Consegnata
PN: ☐ No ☐ SiIncontri Preparto: ☐ Si ☐ No Luogo: ☐ Consultorio ☐ Ospedale ☐ Ente privato In grav. prec: ☐ Si ☐ NoTipo di incontri: ☐ Teorico ☐ Teorico + preparazione fisica ☐ Preparazione fisicaEcografie N°: ☐ su indicazione clinica ☐ altre Trim. e. g. I°: II°:

Segnalazioni:

Solo Tri Test: ☐ No ☐ Si Solo N. T.: ☐ No ☐ Si Test Combinato: ☐ No ☐ Si Ricerca DNA fetale su
sangue materno: ☐ No ☐ Si Ricerca DNA fetale su sangue materno: ☐ No ☐ SiVilli Coriali: ☐ No ☐ Si Amniocentesi: ☐ No ☐ Si Fetoscopia/Funicolocentesi: ☐ No ☐ SiHbsAg: ☐ Non eseguito ☐ Eseguito con esito positivo ☐ Eseguito con esito negativo ultimo controlloToxo: ☐ immune ☐ affetta ☐ recettiva controllata ☐ recettiva non controllata ☐ non eseguito ultimo controlloRubeo Test: ☐ Immune ☐ Recettiva ☐ Affetta ☐ Non eseguitoRicerca streptococco B alla 35° set.: ☐ No ☐ Si ☐ Pos. ☐ Neg. Test HIV: ☐ No ☐ Si ☐ Pos. ☐ Neg. VDRL: ☐ No ☐ Si
☐ Pos. ☐ Neg. Infezioni genito-urinarie in gravidanza: ☐ No ☐ SiGruppo sanguigno madre: Coombs: ☐ Pos. ☐ Neg. Profilassi RH a 28 settimane: ☐ No ☐ Si Profilassi RH al parto:
☐ No ☐ Si**DECORSO GRAVIDANZA ATTUALE**Decorso: ☐ fisiologico-senza fattori di rischio ☐ con fattori di rischio ☐ patologico

Patologie:

Difetto accr. fetale: ☐ Si ☐ No Diagnosi e.g.: ☐ < 32 sett. e.g. ☐ tra 32 e 36 sett. e.g. ☐ tra 37 e 40 sett. e.g. ☐ solo alla visita di
accettazione Misurazione sinfisi-fondo: ☐ Si ☐ No

Incremento ponderale: IMC (BMI):

Ricoveri N°:

Cause Ricoveri:

Farmaci in gravidanza: ☐ terapeutici ☐ integratoriPMA: ☐ No ☐ Si Tecnica: ☐ Trattamento farmacologico ☐ IUI ☐ GIFT ☐ FIVET ☐ ICSI ☐ Altre tecniche

ANAMNESI

Mutilazione genitali femminili : ☐ No ☐ Si

Fumo: ☐ No ☐ Si Alcool: ☐ No ☐ Si Sostanze:.....

Consanguineità genitori: ☐ IV grado ☐ V grado ☐ VI grado ☐ altro ☐ nessuna

Patologie familiari:

.....

Patologia materna cronica:

.....

Diagnosi ed eventuali segnalazioni:

.....

Gravidanze precedenti N°:

Aborti spontanei N°:

IVG N°:

Parti N°:

di cui T.C. N°:

Data ultimo parto:

Nati morti N°:

Nati vivi N°:

Nati < 37 settimane N°:

Patologia gravidanze pregresse: ☐ No ☐ Si Tipo: ☐ materna in gravidanza ☐ legata al puerperio ☐ fetale ☐ legata al parto

Anamnesi Fratelli:

Sesso	Età	Tipo allattamento	Durata allattamento	Patologie
-------	-----	-------------------	---------------------	-----------

.....

.....

.....

TRAVAGLIO / PARTO

Data ricovero:

Ora ricovero:

Modalità Trav: ☐ spontaneo + accelerazione ☐ indotto + accelerazione ☐ assente ☐ spontaneo ☐ indotto ☐ prostaglandine
☐ ossitocina ☐ amnioressi ☐ meccanica

Rottura membrana da ore: _____ Febbre in travaglio: ☐ No ☐ Si ATB: ☐ Strepto entro 4 ore dal parto ☐ Altro
☐ NO ☐ Strepto prima di 4 ore dal parto

Durata periodo dilatante: _____ Durata periodo espulsivo: _____

CTG: ☐ Non eseguito ☐ continuo normale ☐ continuo alterato ☐ discontinuo normale ☐ discontinuo alterato _____

Partogramma: ☐ Non eseguito ☐ SI alterato ☐ SI normale BCF: ☐ Non eseguito ☐ SI alterato ☐ SI normale _____

Contenimento dolore in travaglio: ☐ No ☐ Si ☐ Narcosi ☐ Peridurale ☐ Combinata CSE ☐ Spinale Anestesia per il
parto: ☐ Narcosi ☐ Peridurale ☐ Combinata CSE ☐ Spinale

Genere del parto: ☐ Semplice ☐ Plurimo _____

Maschi n.:

Femmine n.:

Perdite ematiche : ☐ No ☐ Si

Tipo Secondamento: ☐ Spontaneo completo ☐ Spontaneo incompleto ☐ Manuale

Note su Liquido Amniotico, Funicolo, Altro:

Luogo del parto: ☐ istituto di cura ☐ abitazione privata ☐ altra struttura di assistenza ☐ strade, mezzi di trasporto,altrove ☐ nella stessa struttura

Familiari presenti: ☐ nessuno ☐ padre del neonato ☐ altra persona di famiglia della partoriente ☐ altra persona di fiducia della partoriente

Personale ASR: ☐ Ostetrica ☐ Ass. one-to-one ☐ Pediatra ☐ Anestesista ☐ Ginecologo ☐ Altro sanitario

PARTO / NEONATO

Cognome: Nome:

N. Cart. Clinica: N. ° d' Ordine:

Data parto: Ora parto: E. G. (sett. compiute da u.m.): Giorni:

Modalità parto: __ vaginale spontaneo __ vaginale operativo forcipe __ vaginale operativo ventosa __ con taglio cesareo programmato __ con taglio cesareo urgente __ altro

Indicazioni per il T.C./P.O.:

Posizione partoriente: __ Laterale __ Supina __ Verticale __ Carponi __ In acqua __

Presentazione: __ vertice __ podice __ fronte __ bregma __ faccia __ spalla

Posizione p.p.: __ non rilevata __ ISA __ IDA __ ISP __ IDP __ IST __ IDT Con kristeller: __ No __ Si

Vitalità: __ Nato Vivo __ Nato Morto Apgar a 1': Apgar a 5':

Rianimazione: __ Primi passi __ PPI con maschera __ CPAP __ Intubazione __ Massaggio cardiaco __ Somministrazione farmaci

Profilassi RDS: __ NO __ NON NOTA __ SI - un ciclo completo __ SI - cicli ripetuti __ SI - ciclo incompleto

Osservazioni sala parto Coane: __ pervie __ non pervie Arterie ombelical: __ una __ due __ Urine __ Meconio

Sesso del neonato: __ M __ F __ I Genitali esterni: __ M __ F __ I Malformazioni: __ No __ Si

Peso: Lunghezza: Circonferenza cranica:

Allattamento al seno nella prima ora: __ No __ Si alla dimissione:

Distocia di spalla : __ No __ Si