

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

MENARCA ETA'

CONTRACCEZIONE.....

ANAMNESI CHIRURGICA

Chirurgia ginecologica No Sì _____

Altra chirurgia No Sì _____

Complicanze anestesilogiche in interventi precedenti No Sì _____

Ultimo PAP Test in data _____ Esito _____

Colposcopia eseguita in data _____ Esito _____

HPV test : eseguito in data _____ Esito _____

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA

Precedenti Parti	Nella gravidanza attuale ha un nuovo partner? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		Para						
Nome Cognome neonato	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita D D M M Y Y	Età	Peso alla nascita Gr.	Percentile	E.G. Wks D	Condizioni attuali	Chi si prende cura del bambino? (specificare)	
Luogo di nascita	Riassunto prenatale		Complicanze		Colestasi <input type="checkbox"/>	SGA o IUGR <input type="checkbox"/>			
			GDM <input type="checkbox"/>		Anomalie congenite <input type="checkbox"/>	Placenta previa <input type="checkbox"/>			
			PIH <input type="checkbox"/>		PET <input type="checkbox"/>	HELLP <input type="checkbox"/>	Placenta Accreta <input type="checkbox"/>		
Inizio travaglio	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Anestesia Nessuna <input type="checkbox"/>	Parto Normale <input type="checkbox"/>	3° stadio Normale <input type="checkbox"/>	Perineo Intatto <input type="checkbox"/>				
	Indotto <input type="checkbox"/>	Epidurale/spinale <input type="checkbox"/>	Assistito : <input type="checkbox"/> operativo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pilotato <input type="checkbox"/>	Emorragia <input type="checkbox"/>	Episiotomia <input type="checkbox"/>				
TC programmato <input type="checkbox"/>	Generale <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	indicazioni:.....	Ritenzione placenta <input type="checkbox"/>	Lacerazione Grado 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°/4° <input type="checkbox"/>				
Informazioni sul travaglio		Allattamento	Seno <input type="checkbox"/>	Riassunto Postnatale		Depressione Post Natale <input type="checkbox"/>			
			Artificiale <input type="checkbox"/>			Psicosi Puerperale <input type="checkbox"/>			
			Misto <input type="checkbox"/>						

Legenda:

GDM =	Diabete gestazionale	SGA=	Piccolo per l'età gestazionale
PIH =	Iperensione indotta dalla gravidanza	IUGR=	Ridotta crescita intrauterina
PET=	Pre eclampsia/Eclampsia		
HELLP=	Elevata Emolisi, enzimi epatici e diminuzione di Piastrine		

ANAMNESI GINECOLOGICA / OSTETRICA REMOTA

Precedenti Parti		Nella gravidanza attuale ha un nuovo partner?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Para								
Nome Cognome neonato		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita		Età	Peso alla nascita	Percentile	E.G.		Condizioni attuali	Chi si prende cura del bambino/a?			
			D	D	M	M	Y	Y	Gr.	Wks	D			
Luogo di nascita		Riassunto prenatale			Complicanze			<input type="checkbox"/>	SGA o IUGR	<input type="checkbox"/>				
					GDM <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Anomalie congenite	<input type="checkbox"/>	Placenta previa	<input type="checkbox"/>		
					PIH <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HELLP	<input type="checkbox"/>	Placenta Accreta	<input type="checkbox"/>
Inizio	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Anestesia	Nessuna <input type="checkbox"/>	Parto	Normale <input type="checkbox"/>	3° stadio	Normale <input type="checkbox"/>	Perineo	Intatto <input type="checkbox"/>					
travaglio	Indotto <input type="checkbox"/>	Epidurale/spinale <input type="checkbox"/>		Assistito : <input type="checkbox"/> operativo <input type="checkbox"/> pilotato	<input type="checkbox"/>	Emorragia	<input type="checkbox"/>	Episiotomia	<input type="checkbox"/>					
TC programmato	<input type="checkbox"/>	Generale <input type="checkbox"/>		TC	<input type="checkbox"/>	Ritenzione placenta	<input type="checkbox"/>	Lacerazione Grado 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°/4° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Informazioni sul travaglio		Allattamento	Seno <input type="checkbox"/>		Riassunto Postnatale			Depressione Post Natale		<input type="checkbox"/>				
			Artificiale <input type="checkbox"/>					Psicosi Puerperale		<input type="checkbox"/>				
			Misto <input type="checkbox"/>											

Precedenti Parti		Nella gravidanza attuale ha un nuovo partner?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Para								
Nome Cognome neonato		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita		Età	Peso alla nascita	Percentile	E.G.		Condizioni attuali	Chi si prende cura del bambino/a?			
			D	D	M	M	Y	Y	Gr.	Wks	D			
Luogo di nascita		Riassunto prenatale			Complicanze			<input type="checkbox"/>	SGA o IUGR	<input type="checkbox"/>				
					GDM <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Anomalie congenite	<input type="checkbox"/>	Placenta previa	<input type="checkbox"/>		
					PIH <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HELLP	<input type="checkbox"/>	Placenta Accreta	<input type="checkbox"/>
Inizio	Spontaneo <input type="checkbox"/>	Anestesia	Nessuna <input type="checkbox"/>	Parto	Normale <input type="checkbox"/>	3° stadio	Normale <input type="checkbox"/>	Perineo	Intatto <input type="checkbox"/>					
travaglio	Indotto <input type="checkbox"/>	Epidurale/spinale <input type="checkbox"/>		Assistito : <input type="checkbox"/> operativo <input type="checkbox"/> pilotato	<input type="checkbox"/>	Emorragia	<input type="checkbox"/>	Episiotomia	<input type="checkbox"/>					
TC programmato	<input type="checkbox"/>	Generale <input type="checkbox"/>		TC	<input type="checkbox"/>	Ritenzione placenta	<input type="checkbox"/>	Lacerazione Grado 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°/4° <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Informazioni sul travaglio		Allattamento	Seno <input type="checkbox"/>		Riassunto Postnatale			Depressione Post Natale		<input type="checkbox"/>				
			Artificiale <input type="checkbox"/>					Psicosi Puerperale		<input type="checkbox"/>				
			Misto <input type="checkbox"/>											

Gravidanze interrotte precocemente

Anno	E.G.	Motivo dell'interruzione	Commenti
Y Y Y Y	Settimane:		
Y Y Y Y	Settimane:		
Y Y Y Y	Settimane:		
Y Y Y Y	Settimane:		

Data.....

Firma.....