

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

U.M...../...../..... Certa Incerta

Carattere del ciclo mestruale Regolare Irregolare

Concepimento con tecniche di fecondazione assistita NO Sì
 tecnica data transfer.....

UM.....EPP.....
EPP. ECOGRAFICA.....

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gravidanza singola | <input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare bigemina | <input type="checkbox"/> Gravidanza gemellare trigemina |
| <input type="checkbox"/> Monocoriale | <input type="checkbox"/> Bicoriale | <input type="checkbox"/> Tricoriale |
| <input type="checkbox"/> Monoamniotica | <input type="checkbox"/> Biamniotica | <input type="checkbox"/> Triamniotica |
| | | <input type="checkbox"/> Vanishing twin |

Fattori di rischio significativi

Fattori di rischio Antenatali presenti SI NO

FARMACI _____

ALLERGIE _____

GRUPPO SANGUIGNO.....FATTORE RH.....

TEST DI COOMBS..... Eseguito in data

IMMUNOPROFILASSI ESEGUITA ALLA 28^a SETTIMANA SI NO

SCREENING EMOGLOBINOPATIE ESEGUITO SI NO

SCREENING EMOGLOBINOPATIE ESEGUITO NORMALE PATOLOGICO

| | |
|---|---|
| Problemi psico-sociali <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dettagli | Emorragia antepartum <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | Sito/Posizione placenta |
| | Ipertensione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | Proteinuria <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Crescita fetale Regolare <input type="checkbox"/> Anomalie della crescita <input type="checkbox"/> | Assenza di problemi prenatali sospetti <input type="checkbox"/> |

Fattori di rischio per tromboembolismo

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|---|---|
| Terapia con anti-coagulanti <input type="checkbox"/> | Storia familiare di VTE o trombofilia <input type="checkbox"/> | APLA/ Lupus <input type="checkbox"/> | Trombofilia <input type="checkbox"/> | Precedente VTE <input type="checkbox"/> | Comorbilità <input type="checkbox"/> |
| Età > 35 aa <input type="checkbox"/> | BMI > 30 <input type="checkbox"/> | Parità > 3 <input type="checkbox"/> | Fumatrice <input type="checkbox"/> | Immobilità <input type="checkbox"/> | Pre-eclampsia <input type="checkbox"/> |
| Vene varicose severe <input type="checkbox"/> | Ricorrenti infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> | Disidratazione <input type="checkbox"/> | OHSS <input type="checkbox"/> | Gravidanza gemellare <input type="checkbox"/> | Malattie ipertensive <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Non identificato <input type="checkbox"/> |
| Valutazione effettuata per VTE <input type="checkbox"/> SI | Percorso avviato per VTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | |

LEGENDA ABBREVIAZIONI :

VTE/TEV: Venous thromboembolism /Tromboembolismo venoso

APLA: Antiphospholipid Antibody/Anticorpi Antifosfolipidi

OHSS: Ovarian hiperstimulation syndrome/ Sindrome da iperstimolazione ovarica

BMI: Body Mass Index/Indice di massa corporea

TORCH - INFETTIVOLOGICI

| | Esame presente | | Esito | | Note (segnalare data ultimo referto) |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Si | No | Pos. | Neg. | |
| HbsAg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| HCV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TPHA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Toxotest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rubeotest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tampone GBS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <i>Urinocoltura</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Commento _____

Numero di visite prenatali Meno di 5 Da 6 a 10 Più di 11

ESAMI PRENATALI DELLA GRAVIDANZA

| | Si | No | N° | Commenti e reperti anomali/patologici |
|--------------------------------------|----|----|----|---------------------------------------|
| Test combinato | | | | |
| Amniocentesi | | | | |
| Biopsia villi coriali | | | | |
| Altre tecniche di diagnosi prenatale | | | | |
| Ecografia I° trimestre | | | | |
| Ecografia II° trimestre | | | | |
| Ecografia III° trimestre | | | | |
| Altre indagini | | | | |

Commento _____

| PESO (kg) | 45.3 | 47.6 | 49.8 | 52.1 | 54.4 | 56.7 | 58.9 | 61.2 | 63.5 | 65.7 | 68.0 | 70.3 | 72.5 | 74.8 | 77.1 | 79.3 | 81.6 | 83.9 | 86.1 | 88.4 | 90.7 | 92.9 | 95.2 | 97.5 | 99.7 | 102.0 | 104.3 | 106.5 | 108.8 | 111.3 | 113.4 | |
|--------------|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| ALTEZZA (cm) | INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 152 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | |
| 154 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | |
| 157 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | |
| 160 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 43 | 44 | |
| 162 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | |
| 165 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
| 167 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 40 | | |
| 170 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | | |
| 172 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | | |
| 175 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 32 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | |
| 177 | 14 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 32 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | 37 | | |
| 180 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | | |
| 182 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | 36 | | |
| 185 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 35 | 36 | 37 | | |
| 187 | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | | | |
| 190 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | | | | |
| 193 | 12 | 13 | 13 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 30 | 31 | 31 | 32 | | | | |

| Categoria BMI | Rischi per la salute basati sul solo BMI | Rischi in presenza di fattori di rischio |
|---------------|--|--|
| 19-24 | Minimo | Basso |
| 25-26 | Basso | Moderato |
| 27-29 | Moderato | Alto |
| 30-34 | Alto | Molto alto |
| 35-39 | Molto alto | Estremamente alto |
| 40 + | Estremamente alto | Estremamente alto |

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| Peso pregravidico <input type="checkbox"/> BMI <18 Kg/m ² <input type="checkbox"/> BMI >30 Kg/m ² | Peso a termine _____ | Altezza _____ <input type="checkbox"/> BMI >30-35 Kg/m ² |
|--|-----------------------------|---|

CONTROLLI IN GRAVIDANZA

No
Si dove Ospedale Consultorio Privato Privato Intramoenia

Settimane 1° visita _____ n° visite in gravidanza _____

Da chi Ostetrica Medico Medico/ostetrica
 n° ecografie _____

PRECEDENTI RICOVERI No
 Si dove _____ data _____

Motivo _____

PRECEDENTI RICOVERI No
 Si dove _____ data _____

Motivo _____

PRECEDENTI RICOVERI No
 Si dove _____ data _____

Motivo _____

PREPARAZIONE ALLA NASCITA No Si Dove ? _____

Se **SI**, definire metodo e tipo di corso _____

Se **NO** ha frequentato in precedente gravidanza Si

ABITUDINI ALIMENTARI Dieta libera No Si
tipo _____

Richiesta di analgesia peridurale No Si
Donazione sangue cordonale No Si eterologa autologa dedicata

MISURAZIONI SINFISI - FONDO**

** Da rilevare sempre al momento del ricovero per avere una stima dello sviluppo dalla 24esima settimana

