ANAMNESI SOCIALE OSTETRICA

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

Gruppo sanguigno:	Gruppo sanguigno partner :

INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE

DATI DELLA PAZIENTE	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
TITOLO DI STUDIO	
PROFESSIONE	
SETTORE LAVORATIVO *definire categorie*	
TELEFONO	
STATO CIVILE	

Partner conosciuto si no se si

DATI DEL PARTNER	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
TITOLO DI STUDIO	
PROFESSIONE	
SETTORE LAVORATIVO *definire categorie*	
TELEFONO	
DATA DEL MATRIMONIO	

Etnia di appartenenza	**utente**	**partner**
Africa Nord Africa (es. Marocco, Algeria)	☐	☐
Sub-Sahariana (es. Somalia, Kenia, Niger)	☐	☐
Asia		
Bangladesh	☐	☐
India	☐	☐
Pakistan	☐	☐
Estremo Oriente (es. Giappone, Korea, Cina)	☐	☐
Sud est Asiatico (es. Malesia, Tailandia, Filippine)	☐	☐
Caraibico (es. Barbados, Giamaica, Trinidad e Tobago)	☐	☐
Europa (es. Gran Bretagna, Irlanda, Grecia, Polonia)	☐	☐
Medio Oriente (es. Egitto, Israele, Siria, Yemen)	☐	☐
Altro……	☐	☐

Lingua parlata Italiana ☐ altro ☐

Se altro indicare quale (esempio: lingua madre; buona comprensione inglese, francese, ecc):

_____

Comprensione della lingua italiana	SI ☐	NO ☐
Attivazione mediazione culturale	SI ☐	NO ☐
Attivazione interpretariato telefonico	SI ☐	NO ☐
Programmazione intervento	SI ☐	NO ☐

Anamnesi psicosociale *NB: da compilare durante gli accessi all'ambulatorio ospedaliero GAT (Gravidanza A Termine)*

Passate o presenti malattie mentali/disturbi psichici	SI ☐	NO ☐
Precedenti trattamenti/o ricoveri	SI ☐	NO ☐

Se sì specificare (per quali motivi è stata ricoverata e se riguarda la gravidanza in corso o una gravidanza precedente) _____

_____

Anamnesi clinica familiare	SI ☐	NO ☐
Il/La vostro/a partner ha mai manifestato disturbi psichici?	SI ☐	NO ☐

Durante l'ultimo mese si sente angosciata: *NB: da compilare durante gli accessi all'ambulatorio ospedaliero GAT*

Si sente giù, senza via di uscita;	SI ☐	NO ☐
Ha scarso interesse/piacere nel fare le cose;	SI ☐	NO ☐
Si sente molto in ansia/preoccupato/a;	SI ☐	NO ☐
C'è qualcosa di cui sente di aver bisogno/aiuto ?	SI ☐	NO ☐
Condizioni socio – economiche stabili	SI ☐	NO ☐
Gravidanza in adolescenza (età 14-19aa)	SI ☐	NO ☐
In carico allo Spazio Giovani	SI ☐	NO ☐

Data …… Firma……