

CATEGORIZZAZIONE RISCHIO AL RICOVERO

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

NOTA BENE: la categorizzazione del rischio va completata in ambulatorio GAT e rivalutata al ricovero per conferma

CONDIZIONI/PATOLOGIE PREGRESSE	Sì	No	Commenti
Ipertensione			
Diabete			
Nefro/uropatie			
Trapianto d'organo			
Cistiti ricorrenti e calcolosi renali			
Cardiopatia lieve			
Cardiopatia moderata/grave			
Patologia tiroidea/altri problemi endocrini			
Malattie infettive (HCV, HIV, HBV, MST)			
Malattie autoimmuni			
Traumi gravi (bacino)			
Patologia neurologica/Epilessia			
Patologia Psichiatrica			
Malattie ematologiche			
Insufficienza epatica (steatosi ed epatopatie severe)			
Trombo-embolia o coagulopatia			
Patologie genetiche			
Malformazioni ed anomalie apparato genitale			
Neoplasia			
Fumo (Se sì quantità/die; se NO indicare se ha smesso a inizio gravidanza)			
Alcool			
Uso di droghe			
Esposizione a radiazioni o farmaci			
Asma severa			
Trasfusioni			
Ogni altra patologia o condizione di rischio, indicare quale _____			

CONDIZIONI/PATOLOGIE GRAVIDANZE PREGRESSE	Sì	No	Commenti
Ipertensione			
Aborto abituale > di 3			
Pre-Eclampsia			
Eclampsia			
HELLP			
Diabete			
Nefro/uropatie			
Cistiti ricorrenti e calcolosi renali			
Patologia tiroidea/altri problemi endocrini			
Malattie infettive (HCV, HIV, HBV, MST)			
Psicosi puerperale			
Emorragia post partum			
Immunizzazione materno – fetale			
Cerchiaggio, TC*			
Morte fetale o morte perinatale-Aborto tardivo-Parto Pretermine-Pregresso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in TIN			
Pregresso nato con anomalia congenita o patologia genetica*			
Placenta ritenuta			
Aborto abituale >di 3			
Incontinenza (urinaria/fecale)			
Ogni altra patologia o condizione di rischio, indicare quale _____			

CONDIZIONI/PATOLOGIE GRAVIDANZA ATTUALE	Sì	No	Commenti
Età < 16 e > 40			
Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante			
Perdite ematiche vaginali			
Gravidanza multipla			
Ipertensione/pre-eclampsia/HELLP			
Diabete			
Cardiopatie			
Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ectasy) attuali o pregresse			
Abuso di fumo e alcool			
Esposizione a raggi o farmaci *			
Endocrinopatie			
Esposizione a TBC			
Epatopatie			
Malattie eredo familiari e congenite anche relative al partner e alla sua famiglia			
Sifilide – HIV – malattie sessualmente trasmesse			
Patologie oncologiche			
Anemizzazione (I-III trim. Hb < 11,0/II trim. Hb < 10,5)			
Infezione urinaria			
Precedenti Tromboembolici/coagulopatie attuali o pregresse			
Tromboflebite			
Colestasi gravidica			
Infezioni sistemiche			
Infezioni genitali (Chamydia, Herpes, ecc)			
Disagio sociale/psichico			
Patologie psichiatriche			
Interventi chirurgici			
Malattie autoimmuni			
Asma Severa			
Nefropatie /uropatie			
Altre malattie materne			
Traumi (incidenti stradali)			
PROM			
Polidramnios/Oligoidramnios/Anidramnios			
Incontinenza cervicale			
Metrorragia (I°, II°, III° trimestre)			
Fibromi uterini sintomatici			
Masse pelviche sintomatiche			
Sanguinamenti anomali			
Isoimmunizzazione materno-fetale			
Rilievi ecografici anomali			
Patologie fetali/malformazioni fetali			
Ritardo di crescita accertato o sospetto			
Macrosomia fetale			
Patologia tiroidea/altri problemi endocrini			
BMI <18 o >35			
Condizione sociale sfavorevole			
Dati di laboratorio anomali*			
Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana			

Violenza di genere			
Mutilazioni genitali femminili			
Ogni altra patologia o condizione di rischio, indicare quale _____			

() In presenza della condizione / patologia (criterio di esclusione), l'ostetrica attiva la consulenza del medico ostetrico-ginecologico*

GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO **GRAVIDANZA A MEDIO RISCHIO** **GRAVIDANZA A RISCHIO**

Terapia in atto al momento del ricovero (se già compilata in ambulatorio e invariata non compilare)

.....
.....
.....

Data _____

FIRMA DELL'OSTETRICA

FIRMA DEL MEDICO
