

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

Controllo al momento del parto (entro 30' dal parto) ore _____ NRS _____		firma
Pressione arteriosa (mmHg) _____	Polso (bpm) _____	
Globo di sicurezza	presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/>	
Perdita ematica valutata con sacca ml _____ stimata ml _____	Cateterismo vescicale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Eows score		

Controllo dopo 1 ora dal parto ore _____ NRS _____		firma
Pressione arteriosa (mmHg) _____	Polso (bpm) _____	
Globo di sicurezza	presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/>	
Perdita ematica valutata con sacca ml _____ stimata ml _____	Cateterismo vescicale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Eows score		

Controllo dopo 2 ore dal parto ore _____ NRS _____		firma
Pressione arteriosa (mmHg) _____	Polso (bpm) _____	
Globo di sicurezza	presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/>	
Minzione spontanea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Cateterismo vescicale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Perdita ematica stimata ml _____		
Eows score		

Catetere epidurale presente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rimosso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rischio di caduta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Aldrete Score <input type="checkbox"/> Score _____	Bromage Score <input type="checkbox"/> Score _____
Post-partum non eseguito in Sala Parto - Motivazione	
Rientro in reparto	Data _____ Ora _____
Note dell'ostetrica	
Postpartum fisiologico	Postpartum patologico

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

Catetere epidurale presente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Rimosso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	firma
Rischio di caduta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
Aldrete Score	<input type="checkbox"/>	Score _____	Bromage Score	<input type="checkbox"/>	Score _____	
Post-partum non eseguito in Sala Parto - Motivazione						
Rientro in reparto	Data	_____	Ora	_____		
Note dell'ostetrica						
<input type="checkbox"/> Postpartum fisiologico			<input type="checkbox"/> Postpartum patologico			

NOTA.

Aldrete score modificato: Punteggio post anestesiológico che va da un minimo di 8, in due valutazioni successive, in assenza di punteggio uguale a 0 per le singole voci, ed è costituito da: attività, respirazione circolazione sanguigna (pressione arteriosa), coscienza, saturazione d'ossigeno.

Bromage score: Valuta il blocco motorio della paziente. Valutazione a muovere gli arti inferiori con punteggio da 0 a 3
 0: assenza di blocco motorio, flessione completa ginocchio e piede;
 1: incapacità a sollevare l'arto esteso, muove solo il ginocchio
 2: incapacità di flettere il ginocchio, muove solo il piede
 3: assenza di movimento

Denuncia di nascita consegnata il: _____ **alle ore** _____

Da _____ **a** madre padre assistente sociale

Firma del sanitario

Firma di chi ritira la denuncia
