

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

MMG	Indirizzo	Tel
Ginecologo	Ostetrica	Pediatra
<b>TRAVAGLIO PARTO E PERIODO POSTNATALE</b>		
Insorgenza del travaglio:	Gravidanza <input type="checkbox"/>	Para: _____
Spontaneo <input type="checkbox"/>	Indotto: _____	indicazioni _____
Modalità Parto:	D D M M Y Y	Ora: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Indicazione:	Presentazione	Posizione
Rottura delle membrane: <input type="checkbox"/> spontanea <input type="checkbox"/> amnioressi	Indicazione:	data _____ ora _____
LA: <input type="checkbox"/> limpido <input type="checkbox"/> presenza non significativa di meconio <input type="checkbox"/> presenza non significativa di meconio		
Settimana di Gravidanza _____	Peso alla nascita gr _____	Perdita ematica: _____ ml(valutata+stimata)
Apgar <input type="checkbox"/> 1° minuto	<input type="checkbox"/> 5° minuto	<input type="checkbox"/> 10° minuto
Placenta /membrane:		
Perineo/ferita addominale:	Suture:	
Complicazioni materne:		
<b>Fattori di rischio post natali per tromboembolia:</b>		
Precedente TEV <input type="checkbox"/>	Terapia anticoagulante <input type="checkbox"/>	Pre-eclampsia <input type="checkbox"/>
Comorbilità <input type="checkbox"/>	antenatale	Trombofilia <input type="checkbox"/>
Parità > 3	BMI > 30 <input type="checkbox"/>	Età > 35 aa
Immobilità <input type="checkbox"/>	Vene varicose severe <input type="checkbox"/>	Fumatrice <input type="checkbox"/>
Perdite di sangue eccessive <input type="checkbox"/>	Travaglio prolungato <input type="checkbox"/>	Infezione sistemica <input type="checkbox"/>
TEV valutazione eseguita <input type="checkbox"/> SI	TC <input type="checkbox"/>	Revisione di cavità <input type="checkbox"/>
TEV iniziata profilassi	Disidratazione <input type="checkbox"/>	Vomito <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="checkbox"/>	
Hb: dl	Data:	Da ripetere <input type="checkbox"/>
	Eseguito il	Non necessario <input type="checkbox"/>
Gruppo sang.:	Eseguito il	Da ritirare il
AC irregolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Profilassi anti D <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Eseguita il:
Trasfusioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero sacche:	
Rubeo test: IMM. <input type="checkbox"/> NON IMM. <input type="checkbox"/>	Vaccinazione necessaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vaccinazione eseguita il:
Contracezione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Descrizione:	
Pap test eseguito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data:	Da ripetere il:
Medicazione alla dimissione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Descrizione:	
Controllo post natale presso:	Organizzato per il giorno:	
<b>* Problemi identificati durante la gravidanza, travaglio/parto :</b>		
<b>* Consigli per la dimissione :</b>		

*\* Problemi identificati nel periodo post natale, referti, indagini o risultati in sospeso tra cui la raccomandazione di una consulenza prima di una pianificazione di una prossima gravidanza*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_