

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

**Sintesi di dimissione Postnatale neonatale**

dimesso da.....in data.....

Cognome Nome Madre neonato						Cognome Nome Padre neonato										
Informazioni Neonato/a				Numero neonati [ ]												
Cognome e Nome Neonato																
Cognome e Nome Neonato																
Ordine di nascita	Data di nascita	Ora	Sesso	Peso	Centile	Tipo di parto	Outcome	Apgar			Anomalie congenite	Note				
								1	5	10						
1																
2																
Indice di Apgar				Neonato 1			Neonato 2			Emogasanalisi						
				1	5	10	1	5	10	Neonato 1			Neonato 2			
<b>Frequenza cardiaca</b>	assente	<100 bpm	>100 bpm							Arterioso	Venoso	Arterioso	Venoso			
<b>Respirazione</b>	assente	Debole o irregolare	Vigorosa con Pianto						pH							
									Eccesso di basi/carenza di basi							
<b>Tono</b>	Assente o atonia	Flessione accennata	Movimenti attivi						Altro							
<b>Riflessi</b>	Assenti	Scarsi	Starnuto, pianto vivace, tosse						<b>Rianimazione neonatale</b>							
<b>Colore</b>	Cianotico o pallido	Estremità cianotiche	Normale							Neonato 1		Neonato 2				
<b>Esame iniziale</b>				Neonato 1			Neonato 2			Livello	Nessuno	Base	Avanzato	Nessuno	Base	Avanzato
Circonferenza cranica (CC.cm)										IPPV: maschera facciale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Temperatura (°C)										Tubo endotracheale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Identificazione										Raccordo a T	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Esame clinico										Massaggio cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<b>Contatto e alimentazione</b>				Neonato 1			Neonato 2			Intubazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<b>Pelle a pelle:</b>	Offerto	SI <input type="checkbox"/>	Ora _____	NO <input type="checkbox"/>	Ora _____	Età intubato (minuti)										
	Accettato	SI <input type="checkbox"/>	Durata (min.): _____	NO <input type="checkbox"/>	Durata (min.): _____	Farmaci										
	Rifiutato	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Operatore										
<b>Tipo di alimentazione</b>	Al Seno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>Il Pediatra/Neonatologo informa i genitori sulla rianimazione neonatale:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
	Artificiale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>Vitamina K</b>		Neonato 1		Neonato 2						
						Consenso /informativa		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
						Sommin.ne		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<b>Manovra di Ortolani</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	POSITIVA <input type="checkbox"/>	NEGATIVA <input type="checkbox"/>	<b>Screening audiologico</b>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Esito :							

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

<b>Screening Metabolico</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Esito :
<b>Ulteriori informazioni sul neonato</b>		
Meconio presente al parto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Distocia di spalla <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Liquido amniotico: <input type="checkbox"/> limpido <input type="checkbox"/> presenza non significativa di meconio <input type="checkbox"/> presenza significativa di meconio		
<b>Piano di trasferimento dopo la nascita</b>		<b>Data e ora di trasferimento</b>
Neonato/i:	Trasferito presso:	D   D   M   M   Y   Y   H   H   M   M
Neonato/i:	Trasferito presso:	D   D   M   M   Y   Y   H   H   M   M
Indicazione al trasferimento:		