

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

*NOTA BENE: compilare i fattori antenatali "materni" solo se non rilevati già presso il GAT*

Fattori antenatali		Fattori Intrapartum
Materni	Fetali	
<input type="checkbox"/> Ipertensione/pre-eclampsia	<input type="checkbox"/> Prematurità	<input type="checkbox"/> Sanguinamento significativo in travaglio
<input type="checkbox"/> Eclampsia/Hellp	<input type="checkbox"/> Gravidanza post-termine (42 <sup>sett</sup> +0 <sup>g</sup> )	<input type="checkbox"/> Iperpiressia in travaglio
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Oligoidramnios /polidramnios*	<input type="checkbox"/> Analgesia epidurale
<input type="checkbox"/> Emorragia ante-partum	<input type="checkbox"/> Rottura prolungata delle membrane ≥24 ore	<input type="checkbox"/> Ipercinesia uterina
<input type="checkbox"/> Altre malattie materne che possano influenzare negativamente gli scambi placentari	<input type="checkbox"/> Alterata velocimetria arteria ombelicale*	<input type="checkbox"/> Liquido amniotico tinto di meconio e/o maleodorante
<input type="checkbox"/> Pregresso taglio cesareo o altra isterotomia	<input type="checkbox"/> Feto piccolo sospetto o accertato: Restrizione della crescita* Piccolo costituzionale*	<input type="checkbox"/> BCF sospetto all'auscultazione
<input type="checkbox"/> Induzione del travaglio (con ossitocina)		<input type="checkbox"/> Parto pilotato con ossitocina (augmentation)
<input type="checkbox"/> Epatopatie	<input type="checkbox"/> Isoimmunizzazione	<input type="checkbox"/> Ogni altre grave patologia o condizione di rischio specificare quale.....
<input type="checkbox"/> Uso di droghe (come cocaina, crack, eroina, ecstasy)	<input type="checkbox"/> Gravidanza multipla	
<input type="checkbox"/> Abuso di alcool e fumo	<input type="checkbox"/> Presentazione podalica	
<input type="checkbox"/> Disagio sociale/psichico	<input type="checkbox"/> Malformazioni fetali	
<input type="checkbox"/> Patologie psichiatriche	<input type="checkbox"/> Macrosomia fetale	
<input type="checkbox"/> Malattie autoimmuni	<input type="checkbox"/> Presentazione anomala dopo la 32 <sup>a</sup> settimana	
<input type="checkbox"/> Isoimmunizzazione m-f	<input type="checkbox"/> Ogni altre grave patologia o condizione di rischio specificare quale.....	
<input type="checkbox"/> Dati di laboratorio anomali*		
<input type="checkbox"/> BMI >35 al momento della prenotazione		
<input type="checkbox"/> Infezioni virali attive (varicella, parvovirus, morbillo)		
<input type="checkbox"/> Hb < 8,5 g/dl		
<input type="checkbox"/> Precedente lacerazione di 3-4°		
<input type="checkbox"/> Precedente importante PPH>1000ml		
<input type="checkbox"/> Precedente ritenzione di placenta		
<input type="checkbox"/> Precedente distocia di spalla		
<input type="checkbox"/> Grande multiparità >5		
<input type="checkbox"/> Piastrine <100x10/L		

*\*già noto dalle indagini prenatali.*

<input type="checkbox"/> Asma severa		
<input type="checkbox"/> Malattie infettive sistemiche		
<input type="checkbox"/> Infezioni urinarie		
<input type="checkbox"/> Infezioni genitali		
<input type="checkbox"/> Tromboflebite		
<input type="checkbox"/> Cardiopatie		
<input type="checkbox"/> Nefropatie/uropatie		
<input type="checkbox"/> Sanguinamenti anomali		
<input type="checkbox"/> Ogni altre grave patologia o <input type="checkbox"/> condizione di rischio specificare quale.....		

**TRAVAGLIO A BASSO RISCHIO**    **TRAVAGLIO A MEDIO RISCHIO**    **TRAVAGLIO A RISCHIO**

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DELL'OSTETRICA**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_