

RILEVAZIONE STATISTICA DEI CASI DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

AZ. SANITARIA cod. |_|_|_|

ISTITUTO DI CURA cod. 080 |_|_|_|_|_|

CONSULTORIO cod. |_|_|_|_|_|

NUMERO DI RIFERIMENTO

QUADRO A - DATI SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA

1. DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	7. CONDIZIONE PROFESSIONALE / NON PROFESSIONALE
2. LUOGO DI NASCITA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _	7.1 Occupata <input type="checkbox"/> Disoccupata <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Studentessa <input type="checkbox"/> Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro,) .. <input type="checkbox"/>
3. LUOGO DI RESIDENZA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _ Se in Emilia-Romagna, indicare l'AUSL (Cod.)..... _ _ _	Se occupata (rispondere ai quesiti 7.2 e 7.3) 7.2 Posizione nella professione Imprenditrice o libera professionista <input type="checkbox"/> Altra lavoratrice autonoma..... <input type="checkbox"/> Lavoratrice dipendente: Dirigente o direttivo <input type="checkbox"/> Lavoratrice dipendente: Impiegata <input type="checkbox"/> Lavoratrice dipendente: Operaia <input type="checkbox"/> Altra lavoratrice dipendente <input type="checkbox"/> (apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa...)
4. CITTADINANZA Italiana sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Se straniera, specificare: Cod. _ _ _	7.3 Ramo di attività economica Agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/> Industria, costruzioni..... <input type="checkbox"/> Commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/> Pubbl. amministraz., istruzione, sanità, serv. sociali ... <input type="checkbox"/> Altri servizi privati <input type="checkbox"/>
5. STATO CIVILE Nubile <input type="checkbox"/> Unita civilmente <input type="checkbox"/> Coniugata <input type="checkbox"/> Già in unione civile (per Vedova <input type="checkbox"/> decesso del partner) <input type="checkbox"/> Separata <input type="checkbox"/> Già in unione civile (per Divorziata <input type="checkbox"/> scioglimento unione) <input type="checkbox"/>	
6. TITOLO DI STUDIO Nessun titolo o Licenza di scuola elementare <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma e maturità di scuola media superiore <input type="checkbox"/> Laurea o altro titolo universitario <input type="checkbox"/>	
8. GRAVIDANZE PRECEDENTI N° nati vivi _ _ N° nati morti ^(a) _ _ N° aborti spontanei ^(b) _ _ N° interruzioni volontarie (legge 194/1978) _ _	9. ETA' GESTAZIONALE AL MOMENTO DELL'INTERUZIONE Settimane compiute di amenorrea ^(c) _ _ 10. PRESENZA MALFORMAZIONI FETALI: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non noto <input type="checkbox"/>

QUADRO B - DATI SULL'INTERUZIONE DELLA GRAVIDANZA

11. DATA DI EMISSIONE DEL CERTIFICATO: _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	13. URGENZA Urgente <input type="checkbox"/> Non urgente..... <input type="checkbox"/>
12. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DA Consultorio familiare pubblico <input type="checkbox"/> Medico di fiducia <input type="checkbox"/> Servizio ostetrico-ginecologico di Istituto di cura <input type="checkbox"/> Altra struttura socio-sanitaria <input type="checkbox"/> Mancante per imminente pericolo per la vita della donna.. <input type="checkbox"/>	14. IN CASO DI INTERRUZIONE DOPO I 90 GG ^(c), SPECIFICARE SE PER: Pericolo per la vita della donna <input type="checkbox"/> Pericolo per la salute della donna..... <input type="checkbox"/>

15. ASSENSO PER LA MINORE Dei genitori <input type="checkbox"/> Del Giudice tutelare..... <input type="checkbox"/> Mancante per urgenza <input type="checkbox"/> Mancante per interruzione dopo i 90 giorni... <input type="checkbox"/>	20. REGIME DI EROGAZIONE Ricovero Ordinario <input type="checkbox"/> → N° giorni _ _ Day hospital <input type="checkbox"/> → N° accessi _ _ Ambulatoriale <input type="checkbox"/> → N° accessi _ _
16. DATA DELL'INTERRUZIONE _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO <i>(in caso di metodo farmacologico inserire la data di assunzione del 1° farmaco)</i>	21. COMPLICAZIONI <i>(se più di una, indicare la più grave)</i> Nessuna <input type="checkbox"/> Emorragia <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Perforazione <input type="checkbox"/> Lacerazione del collo <input type="checkbox"/> Altra ^(e) <input type="checkbox"/>
17. LUOGO DOVE SI E' VERIFICATA L'INTERRUZIONE <i>(in caso di metodo farmacologico indicare il luogo di assunzione del farmaco)</i> Istituto di cura pubblico <input type="checkbox"/> Casa di cura privata..... <input type="checkbox"/> Ambulatorio pubblico..... <input type="checkbox"/> Ambulatorio privato..... <input type="checkbox"/> Consultorio <input checked="" type="checkbox"/>	22. FARMACI SOMMINISTRATI (solo se metodo farmacologico) Solo mifepristone <input type="checkbox"/> Mifepristone + prostaglandina <input type="checkbox"/> Solo prostaglandina <input type="checkbox"/>
18. TIPO DI INTERVENTO/TRATTAMENTO UTILIZZATO ^(d) <i>(una sola risposta)</i> Raschiamento <input type="checkbox"/> Metodo Karman <input type="checkbox"/> Altre forme di isterosuzione..... <input type="checkbox"/> Metodo farmacologico (età gestaz. ≤ 63 gg).. <input type="checkbox"/> Metodo farmacologico (età gestaz. >90 gg).. <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> <i>In caso di Metodo farmacologico rispondere al quesito 22; se metodo farmacologico a ≤63 gg rispondere anche al quesito 23.</i>	23. EFFETTUAZIONE CONTROLLO IN 7-14^a GIORNATA(f) (solo se metodo farmacologico ad età gestaz. ≤ 63 gg) Presso la stessa struttura di effettuazione dell'IVG ... <input type="checkbox"/> Presso un'altra struttura <input type="checkbox"/> La donna non si è presentata al controllo <input type="checkbox"/>
19. TERAPIA ANTALGICA <i>(una sola risposta)</i> Anestesia totale <input type="checkbox"/> Anestesia locale <input type="checkbox"/> Analgesia senza anestesia <input type="checkbox"/> Sedazione profonda <input type="checkbox"/> Altra <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/>	24. ESITO ABORTO <i>(rispondere sia in caso di aborto farmacologico che chirurgico)</i> Aborto completo <input type="checkbox"/> Mancato/incompleto aborto seguito da revisione di cavità <input type="checkbox"/> Mancato aborto e proseguimento della gravidanza <input type="checkbox"/> Esito aborto non accertato <input type="checkbox"/>

IL MEDICO CURANTE
(firma leggibile)

DATA

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
O IL PRIMARIO

NOTE:

(a) *Nato morto*: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.

(b) *Aborto spontaneo*: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

(c) In caso di settimane compiute di amenorrea > 12, l'aborto si considera effettuato dopo i 90 giorni.

(d) In caso di metodo farmacologico seguito, per mancato o incompleto aborto, da intervento chirurgico, selezionare *Metodo farmacologico* e al quesito 24 selezionare la risposta *Mancato/incompleto aborto seguito da revisione di cavità*.

(e) Non utilizzare la voce *Altra* del quesito 21 (Complicazioni) per indicare il mancato o incompleto aborto; utilizzare le apposite voci del quesito 24 (Esito aborto).

(f) In base al Profilo di assistenza per la donna che richiede l'IVG farmacologica definito dalla Regione, è previsto un controllo a 7-14 giorni dalla somministrazione del farmaco per verificare la completezza dell'aborto.