

CEDAP - CONTROLLI DI QUALITÀ EFFETTUATI SUI RECORD

(Aggiornamento relativo ai controlli effettuati sui dati dall'anno 2015)

I controlli di qualità implementati per verificare la correttezza delle informazioni inviate, si compongono di 2 diversi step successivi; i record che non superano i controlli relativi ad uno step non vengono caricati in banca dati.

- Prima di tutto si verifica che non ci siano chiavi ripetute nei singoli file, A, M ed N; si verifica inoltre che non ci siano record, con chiave che non trova corrispondenze negli altri file. La chiave utilizzata per stabilire la corrispondenza tra i record dei diversi file, è costituita dall'insieme dei campi AUSL di evento, Codice presidio, Sub codice stabilimento, Numero di scheda parto, che corrispondono alle prime 21 posizioni dei tracciati. Per il file N la chiave di univocità comprende anche il campo Progressivo Scheda. I record che non superano questo step non vengono sottoposti ad ulteriori verifiche.
- Successivamente viene effettuato un controllo di qualità relativo a tutti i singoli campi dei record, compresi i campi chiave (valorizzazione del campo e validità della codifica) e vengono effettuate verifiche di congruenza tra i valori di campi tra loro correlati, facenti parte della stessa tabella o di tabelle diverse.

Anche per i campi facoltativi i controlli di qualità determinano lo scarto del record in caso di valorizzazione errata.

Elenco dei controlli effettuati nel secondo step

Nota bene: i controlli non scartanti (segnalazioni) sono in carattere corsivo

FILE A

Pos.	Campo	TIPO	Lung	Vincolo	Controlli	Codice errore
1	Az. USL/Az.OSP. (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico, lunghezza=3 • Codice azienda valido in Regione Emilia-Romagna • Deve essere il codice dell'azienda inviante 	001 002 003 004
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico, lunghezza=6+2 	001 002
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Se presidio diverso da 080999, deve essere un presidio appartenente all'azienda che invia • Codice valido alla data del parto • Deve essere un punto nascita valido alla data del parto • Il subcodice deve formare un codice stabilimento valido 	008 005 010 009
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Le prime 4 cifre devo essere uguali all'anno di competenza • Il numero di scheda parto deve essere maggiore di zero 	001 002 015 006
22	COMUNE DI EVENTO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico, lunghezza=6 • Deve essere un codice valido in Emilia-Romagna (*) 	001 002 018
28	PRIVACY	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido 	001 002 003
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Se privacy = 1 e codice presidio diverso da 080999, deve essere compilato • Numerico • Le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di competenza o all'anno precedente • <i>Se luogo del parto è =2 o 3 non deve essere compilato</i> 	001 002 015 051

37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	AN	16	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se privacy=1 e cittadinanza =100 o se privacy=1 e comune di residenza non comincia per 999 • Lunghezza=16, valido formalmente • Check digit valido • Congruente con sesso femminile • Congruente con data di nascita della madre • Congruente con comune di nascita della madre • Se codice ENI: il comune di residenza è 999209 o 999235 o comune è mancante e la cittadinanza è 209 o 235 • Se codice STP: comune di residenza comincia per 999 o comune mancante e cittadina diversa da 100 • Se codice PSU: comune di residenza comincia per 999 e data parto >= 01apr2011 o comune mancante, cittadinanza diversa da 100 e data parto >= 01apr2011 • Se codice AS comune di residenza comincia per 999 • Se codice AS il codice cittadinanza del codice fiscale deve essere valido • Se codice AS data parto >= 08sett2011 • Se privacy non è =1 non deve essere compilato 	001 002 011 012 013 043 016 014 042 044 045 047 049
53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se privacy=1 • Numerico, lunghezza=8 • Formato ggmmaaaa • Data parto-data di nascita compresa tra 12 e 65 anni (estremi inclusi) • Minore della data di competenza dell'invio • Se privacy non è =1 non deve essere compilato 	001 002 005 017 046 049
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico, lunghezza=3 • Codice valido (*) • Per le cittadine italiane deve essere 100. Per gli apolidi 999 	001 002 003
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se privacy=1 • Numerico, lunghezza=6 • Codice valido (*) 	001 002 003
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se privacy=1 • Numerico, lunghezza=6 • Codice valido e non cessato (*) 	001 002 003
76	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico, lunghezza=6 • Codice valido • Compatibile con il comune di residenza (*) 	002 003 019
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido 	001 002 003
83	DATA DI MATRIMONIO	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Formato mmaaaa • Mese compreso tra 01 e 12 • Anno > dell'anno di nascita della madre • Anno <= all'anno di invio • Se compilato, stato civile deve essere=2 	002 002 007 020 046 050
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico, lunghezza=8 • Formato ggmmaaaa • Minore della data di competenza dell'invio • Data parto-data di nascita compresa tra 12 e 100 anni (estremi inclusi) 	002 005 046 017
97	CITTADINANZA DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico, lunghezza=3 • Codice valido (*) • Per i cittadini italiani deve essere 100. Per gli apolidi 999 	002 003
100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico, lunghezza=6 • Codice valido (*) 	002 003
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido 	001 002 003

107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se sono compilate la seconda e/o la terza cifra, la prima cifra deve essere =1 	002 003 039
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se sono compilate la seconda e/o la terza cifra, la prima cifra deve essere =1 	002 003 039

(*) Fare riferimento alla tabella TCOMNOS disponibile nella sezione Tabelle di riferimento del portale

FILE M

Pos.	Campo	TIPO	Lung	Vincolo	Controlli	Codice errore
1	AZ. USL/AZ. OSP. (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Se uguale 080999, Luogo parto deve essere uguale 2 o 3 Se presidio diverso da 080999, Luogo parto deve essere uguale 1 o 4 	029 029
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido Se è =1, numero parti precedenti o aborti precedenti o ivg precedenti deve essere >0 	001 002 003 021
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se concepimenti precedenti è 1 Numerico Se è >0 concepimenti precedenti deve essere =1 Se è >0, numero nati vivi o nati morti deve essere >0 	001 002 023 024
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Se >0, concepimenti precedenti deve essere =1 	002 023
27	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Se >0, concepimenti precedenti deve essere =1 	002 023
29	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Se >0, parti precedenti deve essere >0 	002 025
31	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Se >0, parti precedenti deve essere >0 	002 025
33	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Numero parti precedenti >0 Numerico Se >0, numero parti precedenti deve essere >0 Deve essere <= numero parti precedenti 	001 002 025 041
35	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico, lunghezza=8 Formato ggmmaaaa Se compilato, numero parti precedenti deve essere >0 Minore della data di competenza dell'invio 	002 005 025 046
43	ABITUDINE AL FUMO	AN	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se è compilata la seconda cifra, la prima cifra deve essere =1 	002 003 003

45	ALTEZZA MADRE	N	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Valore compreso tra 100 e 250 (estremi inclusi) 	002 007
48	PESO PREGRAVIDICO MADRE	N	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Valore compreso tra 25 e 200 (estremi inclusi) 	002 007
51	PESO MADRE AL PARTO	N	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Valore compreso tra 25 e 200 (estremi inclusi) 	002 007
54	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
55	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	N	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico 	001 002
56	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se numero visite di controllo >0 Numerico Valore compreso tra 2 e 44 (estremi inclusi) 	001 002 007
58	NUMERO DI ECOGRAFIE	N	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico 	002
59	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido Se =5, numero visite in gravidanza deve essere = 0 	001 002 003 026
60	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se = 0, Precedenti concepimenti deve essere =1 	002 003 023
61	INDAGINI PRENATALI: TEST COMBINATO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
62	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
63	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
64	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNIC OLOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
65	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
66	DECORSO E ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se <i>Luogo del parto = 2 o 3, non può essere =3</i> 	002 003 051
67	DIFETTO DI ACCRESIMENTO FETALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
68	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
69	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Se compilato, concepimento con tecniche di procreazione assistita deve essere =1 	002 003 027
70	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se età gestazionale stimata è blank Numerico, lunghezza =8 Formato ggmmaaaa Data parto-data ultima mestruazione compreso tra 20 e 45 settimane (estremi inclusi) Minore della data di competenza dell'invio 	001 002 005 028 046
78	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se data ultima mestruazione è blank Numerico Compreso tra 20 e 45 (estremi inclusi) 	001 002 007

80	LUOGO DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido • Deve essere 2 o 3 se presidio = 080999 • Deve essere 1 o 4 se presidio diverso da 080999 	001 002 003 029 029
81	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido • Se è =3 modalità parto deve essere =4 • Se Luogo del parto uguale 2, 3 o 4, deve essere =1 	001 002 003 030 051
82	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se compilato, modalità travaglio deve essere =2 	002 003 031
83	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se modalità travaglio =2 • Numerico • Codice valido • Se compilato, modalità travaglio deve essere =2 	001 002 003 031
84	SE TRAVAGLIO A INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se modalità travaglio =1 • Numerico • Codice valido 	001 002 003
85	CONDUZIONE TRAVAGLIO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se compilato, modalità travaglio non deve essere = 3 • Se =1: <ul style="list-style-type: none"> • <i>modalità travaglio non deve essere = 2</i> • <i>parto pilotato non deve essere = 1</i> • <i>analgesia epidurale non deve essere = 1</i> 	002 003 031 031 060 061
86	UTILIZZO DI METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se modalità travaglio è diversa da 3 • Numerico • Codice valido • Se = 1, modalità travaglio non deve essere = 3 • Se travaglio=3 deve essere blank o 2 	001 002 003 031 031
87	ANALGESIA EPIDURALE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se Utilizzo metodiche antidolore = 1 • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	001 002 003 062
88	ALTRO TIPO ANALGESIA FARMACOLOGICA	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se Utilizzo metodiche antidolore = 1 • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	001 002 003 062
89	SOSTEGNO EMOTIVO DELL'OSTETRICA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062
90	IMMERSIONE IN ACQUA O DOCCIA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062
91	AGOPUNTURA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062
92	DIGITOPRESSIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062
93	IDROPUNTURA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062
94	ALTRA METODICA NON FARMACOLOGICA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, Utilizzo metodiche antidolore deve essere = 1 	002 003 062

95	GENERE DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido • =1 se numero schede in tabella N =1 • =2 se numero schede in tabella N >1 • =2 se numero maschi+numero femmine >1 	001 002 003 032 033 034
96	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se genere del parto=2 • Numerico 	001 002
97	SE PARTO PLURIMO: NATE FEMMINE	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato se genere del parto=2 • Numerico 	001 002
98	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
99	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
100	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATO LOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
101	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
102	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE NEONATALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
103	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
104	PRESENZA IN SALA PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
105	EPISIOTOMIA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido • Se = 1, modalità parto non deve essere = 4 (se parto plurimo almeno un nato deve avere modalità parto ≠ 4) 	002 003 030
106	PROFILASSI RH	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
107	RUBEO TEST	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere compilato • Numerico • Codice valido 	001 002 003

FILE N

Pos	CAMPO	Tipo	Lung	Vincolo	Controlli	Codice errore
1	Az. USL/Az.OSP. (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB		
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Vedi file A 	
22	PROGRESSIVO SCHEDA	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Deve essere >0 	001 002 006
23	N° DI RIFERIMENTO SDO NEONATO	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Luogo parto=1 e vitalità =1 Numerico Le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di competenza Il numero di scheda deve essere maggiore di zero Se vitalità è =2 o 3 non deve essere compilato <i>Se luogo del parto è=2 o 3 non deve essere compilato</i> 	001 002 015 006 022 051
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido 	001 002 003
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se genere del parto =2 Numerico Deve essere > 0 	001 002 006
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido 	001 002 003
34	MODALITÀ DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido Se Luogo del parto uguale 2, 3 o 4, non può essere =4 	001 002 003 051
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se modalità del parto=4 Non deve essere compilato se modalità del parto non è =4 Numerico Codice valido Se è =1 modalità del travaglio non deve essere =2 	001 030 002 003 031
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se modalità del parto=4 Non deve essere compilato se modalità del parto non è =4 Numerico Codice valido Se è =1 modalità del travaglio non deve essere =3 Se è =2 modalità del travaglio non deve essere =1 	001 030 002 003 031 031
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido Non deve essere compilato se modalità del parto non è =4 	002 003 030
38	DATA DEL PARTO	AN	8	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico, lunghezza=8 Formato gmmaaaa Anno data parto=anno di competenza Minore della data di competenza dell'invio 	001 002 005 015 046
46	ORA DEL PARTO	AN	4	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Compreso tra 0000 e 2359 (estremi inclusi) 	002 007
50	PESO	N	4	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Compreso tra 300 e 7000 (estremi inclusi) 	001 002 007

54	LUNGHEZZA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Deve essere >0 	002 006
56	CIRCONFERENZA CRANICA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Deve essere >0 	002 006
58	VITALITÀ	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido 	001 002 003
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se vitalità non è =2 e luogo del parto non è =4 Numerico, lunghezza=2 Compreso tra 00 e 10 (estremi inclusi) Se vitalità è =2 non deve essere >0 	001 002 007 022
61	NECESSITÀ RIANIMAZIONE NEONATO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se vitalità non è =2 Numerico Codice valido 	001 002 003
62	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: VENTILAZIONE MANUALE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Necessità rianimazione = 1 Numerico Codice valido Se = 1, Necessità di rianimazione deve essere = 1 	001 002 003 063
63	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: INTUBAZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Necessità rianimazione = 1 Numerico Codice valido Se = 1, Necessità di rianimazione deve essere = 1 	001 002 003 063
64	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: MASSAGGIO CARDIACO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Necessità rianimazione = 1 Numerico Codice valido Se = 1, Necessità di rianimazione deve essere = 1 	001 002 003 063
65	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ADRENALINA	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Necessità rianimazione = 1 Numerico Codice valido Se = 1, Necessità di rianimazione deve essere = 1 	001 002 003 063
66	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ALTRO FARMACO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se Necessità rianimazione = 1 Numerico Codice valido Se = 1, Necessità di rianimazione deve essere = 1 	001 002 003 063
67	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato Numerico Codice valido Deve essere=1 se genitali esterni=3 	001 002 003 040
68	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, deve essere vitalità =2 	002 003 036
73	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, deve essere vitalità =2 	002 003 036
78	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, deve essere vitalità =2 	002 003 036
83	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, deve essere vitalità =2 	002 003 036

88	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, deve essere vitalità =2 	002 003 036
93	MOMENTO DELLA MORTE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se vitalità =2 (nato morto) Numerico Codice valido Se compilato, deve essere vitalità =2 	001 002 003 036
94	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
95	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
96	RISCONTRO AUTOPTICO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se vitalità =2 (nato morto) Numerico Codice valido Se compilato, deve essere vitalità =2 	001 002 003 036
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	AN	5	OBB	<ul style="list-style-type: none"> Deve essere compilato se presenza malformazione=1 Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, presenza malformazione deve essere=1 	001 002 003 037
102	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, presenza malformazione deve essere=1 	002 003 037
107	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri Codice valido (ICD 9 CM) Se compilato, presenza malformazione deve essere=1 	002 003 037
112	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	AN	40	FAC	<ul style="list-style-type: none"> 	
152	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Deve essere compreso tra 0 e 45 (estremi inclusi) Se compilato, presenza malformazione deve essere=1 <i>Se compilato non deve essere compilato età neonatale alla diagnosi</i> 	002 007 037 038
154	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Deve essere compreso tra 0 e 10 (estremi inclusi) Se compilato, presenza malformazione deve essere=1 <i>Se compilato non deve essere compilato età gestazionale alla diagnosi</i> 	002 007 037 038
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
158	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
159	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003
160	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> Numerico Codice valido 	002 003

161	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
162	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Numerico • Codice valido 	002 003
163	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri • Codice valido (ICD 9 CM) 	002 003
168	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> • Lunghezza compresa tra 3 e 5 caratteri • Codice valido (ICD 9 CM) 	002 003