

**Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

*Il Dirigente Responsabile del Servizio*

**Eleonora Verdini**

Protocollo N° ASS/INS/06/32698

Data 9 ottobre 2006

**Circolare n. 10**

- Ai Direttori Generali
- Ai Direttori Sanitari
- Ai Responsabili dei Presidi Ospedalieri
- Ai Responsabili per il Sistema Informativo Sanitario
- Ai Referenti per il Certificato di Assistenza al Parto

delle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna

- Ai Direttori Sanitari
- Ai Referenti per il Certificato di Assistenza al Parto
- Ai Presidenti delle Associazioni AIOP e ARIS

delle Case di Cura private della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Specifiche tecniche per la rilevazione del certificato di assistenza al parto – anno 2007

Il Ministero della Salute, con il Decreto 16 luglio 2001, n. 349 ha dettato i criteri generali del nuovo Certificato di assistenza al parto (**CedAP**) per la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni. L'obiettivo del citato decreto era colmare la lacuna di informazioni a carattere statistico e a fini di sanità pubblica verificatasi in seguito agli sviluppi della normativa in tema di dichiarazione di nascita.

Il nuovo certificato di assistenza al parto costituisce infatti uno strumento omogeneo per la rilevazione di dati sia di carattere sanitario ed epidemiologico che di carattere demografico e socio-economico e può rappresentare quindi un importante fonte di informazioni ai fini di indirizzo delle politiche socio-sanitarie a livello nazionale e regionale.

Con la Circolare n. 15 del 19 dicembre 2001, lo stesso Ministero ha emanato le modalità di attuazione del Decreto 349/2001, stabilendo il tracciato record del nuovo CedAP e dando come data di avvio della rilevazione il 1° gennaio 2002.

Il CedAP deve essere compilato, per ogni nuovo nato, non oltre il decimo giorno dalla nascita e conservato in originale dai presidi. Le informazioni specifiche relative alla nati-mortalità e alla presenza di malformazioni devono essere redatte dal medico pediatra/neonatologo che le ha accertate. Qualora nei dieci giorni successivi al parto venissero diagnosticate sul neonato (anche in un successivo ricovero) una o più malformazioni non rilevate alla nascita, il CedAP andrà aggiornato di conseguenza. Altrettanto si dica per eventuali informazioni non subito disponibili, relative ai casi di nati-mortalità.

Qualora la nascita avvenga a domicilio o nelle Case di Maternità, il certificato deve essere compilato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito al parto e consegnato all'Azienda USL territorialmente competente, non oltre il decimo giorno dalla nascita.

Il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, la riduzione del ricorso al taglio cesareo e la promozione di campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere rientrano tra gli obiettivi previsti per il triennio 2006-2008 dal Piano sanitario nazionale.

Risulta fondamentale, al fine di un miglioramento dei servizi offerti, effettuare una valutazione continua delle procedure e degli interventi messi in atto durante la gravidanza e il parto ed un'analisi del loro rapporto con lo stato di salute e il benessere delle madri e dei neonati.

Il continuo aumento dell'età media delle donne al parto, l'incremento della quota di tagli cesarei, il numero sempre crescente di straniere che partoriscono nella nostra regione sono solo alcuni dei fattori emergenti da tenere monitorati nell'ambito del percorso maternità e della salute perinatale.

In questo contesto il certificato di assistenza al parto può risultare un importante strumento al fine di identificare le condizioni socio-economiche e i bisogni delle utenze, individuare le criticità nel percorso di assistenza alla gravidanza e al parto, compresi i processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi, effettuare analisi comparate tra le diverse strutture assistenziali e tra le diverse realtà aziendali e regionali, verificare nel tempo lo stato di implementazione di linee guida e raccomandazioni e monitorare il conseguente cambiamento nelle pratiche assistenziali.

Inoltre, la possibilità di disporre di informazioni analitiche, integrabili con altre rilevazioni correnti (in particolare con il flusso informativo SDO – schede di dimissione ospedaliera), consente, nel rispetto delle attuali norme vigenti sulla privacy, di ricomporre il percorso diagnostico-sanitario dell'utenza fornendo informazioni utili per il lavoro dei professionisti, oltre che per i processi di programmazione sanitaria e controllo di gestione.

Con la Circolare regionale n. 1 del 27/02/2004 erano stati definiti i contenuti, le regole e le modalità di gestione del flusso informativo regionale, validi a partire dalla rilevazione dei dati relativi al 2004.

La Regione Emilia-Romagna si è impegnata in questi anni, avvalendosi anche della collaborazione del Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS) di Modena, per il miglioramento del sistema informativo sul percorso nascita, puntando in particolare sul coinvolgimento dei professionisti clinici, attraverso attività di formazione e di divulgazione di rapporti e altri strumenti di analisi dei dati raccolti.

L'analisi dei dati CedAP pervenuti dal primo anno di attivazione del flusso informativo (2002) ad oggi, unitamente alle criticità e carenze informative riscontrate dai professionisti dei punti nascita coinvolti nella rilevazione, hanno fatto emergere l'esigenza di introdurre alcune modifiche nei contenuti e nelle regole di gestione della rilevazione, al fine di implementare qualità e utilità delle informazioni raccolte, cercando al contempo di facilitare il lavoro dei professionisti incaricati della rilevazione.

La presente circolare sostituisce pertanto la circolare di febbraio 2004, introducendo alcune modifiche sia per quanto riguarda le informazioni oggetto di rilevazione, sia per quanto riguarda il piano di controlli e le modalità di gestione del flusso informativo. Le specifiche tecniche contenute nella stessa entreranno **in vigore a partire dal 1° gennaio 2007**.

Si richiede alle Aziende Sanitarie un impegno serio al fine di sviluppare le potenzialità del flusso CedAP e di facilitare il compito degli operatori impegnati nella rilevazione, assicurando l'integrazione tra i diversi flussi informativi e l'adeguamento dei programmi utilizzati per il caricamento dei dati CedAP alle specifiche contenute nella presente circolare, allo scopo anche di garantire i vantaggi gestionali di base dell'informatizzazione del dato.

Per le specifiche tecniche si rimanda agli allegati di seguito elencati, che sono parte integrante della presente circolare:

1. Allegato tecnico
2. Controlli di qualità effettuati sui record
3. Modello di scheda di rilevazione e relative note di compilazione

Certi della collaborazione, si inviano distinti saluti.

f.to  
Leonida Grisendi

**Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

*Il Dirigente Responsabile del Servizio*

**Eleonora Verdini**

## ALLEGATO 1 – Allegato tecnico

### Premessa

Il presente allegato tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2007.  
L'allegato si suddivide nei seguenti punti.

- 1.1 Ambito di applicazione e informazioni oggetto della rilevazione
- 1.2 Grado di obbligatorietà delle informazioni e livello di controllo
- 1.3 Tracciato record
- 1.4 Tempi e modalità di trasmissione dei record
- 1.5 Controlli e ritorno informativo
- 1.6 Referenti aziendali
- 1.7 Referenti regionali e sito internet dedicato

### 1.1 Ambito di applicazione e informazioni oggetto della rilevazione

Oggetto della rilevazione è ciascun evento parto avvenuto sul territorio emiliano-romagnolo, sia che si tratti di nascita di neonati sani o di nati affetti da malformazioni, sia che si tratti di eventi di nati-mortalità.

Le informazioni che si raccolgono con il flusso sono riconducibili alle seguenti categorie:

- informazioni sulla sede dell'evento;
- informazioni anagrafiche e socio-demografiche sul/i genitore/i;
- informazioni sulla gravidanza;
- informazioni sul parto;
- informazioni sul neonato;
- informazioni sulle eventuali cause di nati-mortalità;
- informazioni sulla eventuale presenza di malformazioni.

Per garantire il rispetto delle regole relative alla "privacy" e alla sicurezza dei dati, le informazioni sono suddivise nel tracciato record in 3 tabelle:

tabella A: dati anagrafici

tabella M: dati sensibili sulla madre

tabella N: dati sensibili sul neonato

L'allegato 3 riporta il modello di scheda cartacea utilizzabile per la rilevazione e le relative note di compilazione. Nel caso i dati rilevati vengano direttamente informatizzati, senza il passaggio dalla scheda cartacea, le specifiche riportate nelle note di compilazione della scheda dovranno comunque essere tenute presenti.

### 1.2 Grado di obbligatorietà delle informazioni e livello di controllo

L'obbligatorietà delle informazioni contenute nel tracciato record è così graduata:

TIPO VINCOLO	GRADO DI OBBLIGATORIETÀ
OBV	Il campo è obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).
OB	Campo obbligatorio in determinate circostanze specificate (obbligatorietà condizionata). Se non valorizzato, quando necessario, o valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).
FAC	Campo facoltativo. Non vengono effettuati controlli scartanti. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il controllo da origine ad una segnalazione (livello di controllo informativo).

I campi con vincolo OBV o FAC, in caso di mancata risposta al quesito corrispondente, devono essere riempiti con spazi, sia che si tratti di campi numerici che alfanumerici (non con "0" onde evitare possibili ambiguità per quelle variabili in cui lo zero è uno dei valori ammessi).

### 1.3 Tracciato record

#### 1.3.1 Avvertenze generali per la compilazione

Per ogni scheda parto deve essere compilato un record della **Tabella A**, un record della **Tabella M** e uno o più record (a seconda che il parto sia semplice o plurimo) della **Tabella N**.

La chiave univoca che unisce i record appartenenti alla stessa scheda parto è composta dal **Codice Azienda USL/Azienda OSP**, **Codice Stabilimento** (Presidio + subcodice) e dal **Numero di scheda parto**. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura pubblico o privato, si deve indicare un Codice di Presidio fittizio uguale 999. Per la tabella N la chiave di univocità comprende anche il campo Progressivo Scheda.

In ogni tabella sono presenti le seguenti colonne:

<b>Posizione (Pos.):</b>	Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato della tabella.
<b>Campo:</b>	Nome del campo.
<b>Codifica:</b>	Valori ammessi e relative note (formati, condizioni di obbligatorietà).
<b>Tipo:</b>	Formato del campo: i campi di tipo "AN" sono alfanumerici e devono essere allineati a sinistra; i campi di tipo "N" sono numeri interi positivi e devono essere allineati a destra.
<b>Lunghezza (Lung.):</b>	Numero dei caratteri del campo.
<b>Controlli scartanti:</b>	Descrizione sintetica dei controlli di 1° livello (scartanti) effettuati sulle variabili.
<b>Vincolo (Vinc.):</b>	Grado di obbligatorietà come definito al punto 1.2.

I byte non utilizzati, sia per i campi alfanumerici che per quelli numerici devono essere riempiti con spazi.

#### 1.3.2 Principali modifiche apportate al tracciato

Rispetto al precedente tracciato record (allegato alla circolare regionale n. 1 del 27/02/2004) sono state apportate alcune variazioni, di cui si sintetizzano di seguito le principali, al fine di facilitarne l'individuazione.

##### Campi aggiunti

- Privacy
- Abitudine al fumo
- Corso di preparazione al parto
- Motivo di induzione (in caso di travaglio indotto)
- Utilizzo metodiche anti-dolore in travaglio
- Rubeo test (variabile temporanea: vedi punto 1.3.3)
- N° di riferimento SDO neonato
- Anestesia (in caso di parto cesareo)
- Filler

##### Campi modificati

- Servizio utilizzato in gravidanza
- Modalità di travaglio

- Parto pilotato
- Sesso neonato
- Modalità di parto

#### Campi eliminati

- Tipo genitali esterni

#### Campi in cui è variato il tipo di vincolo (grado di obbligatorietà)

- Codice fiscale della madre (modifica dovuta all'introduzione del campo Privacy)
- Data di nascita della madre (modifica dovuta all'introduzione del campo Privacy)
- Comune di nascita della madre (modifica dovuta all'introduzione del campo Privacy)
- Comune di residenza della madre (modifica dovuta all'introduzione del campo Privacy)
- Numero parti precedenti
- Numero tagli cesarei (in parti precedenti)
- Prima visita di controllo in gravidanza
- Punteggio Apgar
- Necessità di rianimazione

#### **1.3.3 Variabile temporanea: Rubeo test**

Nell'ambito Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, è emersa per la Regione Emilia-Romagna la necessità di approfondire il quadro relativo allo stato immunitario delle donne in età fertile nei confronti della rosolia.

E' stato a tal fine introdotto nella scheda di rilevazione CedAP un quesito temporaneo, relativo all'esito della ricerca di anticorpi IgG anti rosolia (Rubeo test) durante la gravidanza, che dovrà essere compilato per tutte le donne che partoriscono nell'anno 2007.

Per la codifica del dato nei record che verranno inviati in regione, si dovrà utilizzare la posizione 88 della tabella M, secondo le specifiche indicate nel tracciato.

Per i record relativi a parti successivi al 2007 la posizione 88 della tabella M sarà inglobata nel seguente campo Filler e compilata a spazi.

### 1.3.4 Tracciato tabella A (contenente i dati anagrafici del Certificato di Assistenza al Parto)

Pos.	CAMPO	CODIFICA	TIPO	LUNG.	CONTROLLI SCARTANTI	VINC.
1	AZ. USL/Az.OSP (Di Evento)	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura, in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 999.	AN	6	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE	OBB V
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		OBB
12	NUMERO DI SCHEDE PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE - PARTE PROGRESSIVO >0	OBB V
22	COMUNE DI EVENTO	Codice ISTAT (*) (primi 3 caratteri per la Provincia e ulteriori 3 caratteri per il singolo Comune della Provincia).	AN	6	- VALORIZZATO - VALIDO IN TCOMNOS	OBB V
28	PRIVACY	Valori ammessi: 1. normale conferimento dei dati personali 2. donna che non vuole fornire dati personali per mancato riconoscimento figlio o altri motivi	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre per il ricovero relativo al parto. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2).	AN	8	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI	OBB
37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	Codice fiscale oppure, per le straniere "non regolari", codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2).	AN	16	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO - DI PERSONA DI SESSO FEMMINILE - USO DI CODICE STP SOLO SE CITTADINANZA NON ITALIANA	OBB
53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	Formato <i>ggmmaaaa</i> Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2).	AN	8	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO - 12<=ETA'-ANNO<=65	OBB
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	Codice a 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per le cittadine italiane codificare 100. Per le apolidi codificare 999.	AN	3	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - SE CODICE STP NON PUO' ESSERE CITTADINANZA ITALIANA	OBB V
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	Codice ISTAT del comune di nascita (*). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero. Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2).	AN	6	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO IN TCOMNOS	OBB
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	Codice ISTAT del comune di residenza (*). Nel caso di madre residente in Paese straniero, indicare 999 seguito dalle tre cifre del codice dello Stato Estero (*). Nel caso di madre senza fissa dimora codificare 999999. Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2).	AN	6	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO IN TCOMNOS - COMUNE "NON CESSATO"	OBB
76	REGIONE E AUSL DI RESIDENZA DELLA MADRE	Codice identificativo della Regione (3 caratteri) e dell'Azienda USL di residenza (3 caratteri). Voce da non compilare per donne residenti all'estero.	AN	6		FAC
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	Valori ammessi: 1. nubile 2. coniugata 3. separata 4. divorziata 5. vedova 6. non dichiarato	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
83	DATA DI MATRIMONIO	Indicare mese ed anno dell'unico o ultimo matrimonio in formato <i>mmaaaa</i> .	AN	6		FAC
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	Formato <i>ggmmaaaa</i> .	AN	8		FAC
97	CITTADINANZA DEL PADRE	Codice a 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	AN	3		FAC

100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	Codice ISTAT del comune di nascita (*). Nel caso di padre nato in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero.	AN	6		FAC
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	Codice da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario o laurea breve 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	Codice a <i>3 caratteri</i> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupata). <u><i>I cifra:</i></u> 1. occupata 2. disoccupata 3. in cerca di prima occupazione 4. studentessa 5. casalinga 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc) <u><i>II cifra (se occupata):</i></u> 1. imprenditrice o libera professionista 2. altra lavoratrice autonoma 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva 4. lavoratrice dipendente: impiegata 5. lavoratrice dipendente: operaia 6. altra lavoratrice dipendente <u><i>III cifra (se occupata):</i></u> 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	AN	3		FAC
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	Codice da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario o laurea breve 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	AN	1		FAC
111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DEL PADRE	Codice a <i>3 caratteri</i> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupato). <u><i>I cifra:</i></u> 1. occupato 2. disoccupato 3. in cerca di prima occupazione 4. studente 5. casalingo 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc) <u><i>II cifra (se occupato):</i></u> 1. imprenditore o libero professionista 2. altro lavoratore autonomo 3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo 4. lavoratore dipendente: impiegato 5. lavoratore dipendente: operaio 6. altro lavoratore dipendente <u><i>III cifra (se occupato):</i></u> 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	AN	3		FAC

(\*) I codici ISTAT dei Comuni d'Italia e degli Stati esteri sono reperibili nella tabella TCOMNOS, disponibile sul sito internet <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html> nella sezione CedAP - Tabelle di riferimento.

### 1.3.5 Tracciato tabella M (contenente le informazioni relative ai dati sensibili sulla madre)

Pos.	CAMPO	CODIFICA	TIPO	LUNG.	CONTROLLI SCARTANTI	Vinc.
1	Az. USL/Az. OSP. (DI EVENTO)	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura si deve indicare un codice fittizio uguale a 999.	AN	6	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE	OBB V
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Come SDO, obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		OBB
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE - PARTE PROGRESSIVO >0	OBB V
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti: 1. SI 2. NO	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON I 3 CAMPI SUCCESSIVI	OBB V
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	Indicare il numero di parti (compresi parti con soli nati morti) avuti dalla donna precedentemente al presente. Obbligatorio se precedenti concepimenti = 1 (si).	N	2	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - COERENTE COL CAMPO "NUMERO DI TAGLI CESAREI"	OBB
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	Indicare il numero di eventuali aborti spontanei ( <i>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</i> ).	N	2		FAC
27	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	Indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza.	N	2		FAC
29	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	Indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti.	N	2		FAC
31	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	Indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti ( <i>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</i> ).	N	2		FAC
33	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	Indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti. Obbligatorio se numero parti precedenti >0.	N	2	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI	OBB
35	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	Formato <i>ggmmaaaa</i> . Da compilare solo se numero parti precedenti >0.	AN	8		FAC
43	ABITUDINE AL FUMO (DI TABACCO)	Codice a 2 <i>caratteri</i> per individuare l'abitudine al fumo della donna prima della gravidanza ( <i>I cifra</i> ) e l'eventuale modifica di tale abitudine durante la gravidanza ( <i>II cifra</i> ). La II cifra va compilata solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (SI).  Abitudine al fumo nei 5 anni precedenti la gravidanza ( <i>I cifra</i> ): 1. SI 2. NO  <i>Se SI</i> , specificare se ( <i>II cifra</i> ): 1. ha smesso prima della gravidanza 2. ha smesso a inizio gravidanza 3. ha continuato a fumare in gravidanza	AN	2		FAC
45	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	Nel caso di consanguineità tra i genitori indicare: 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle); 2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino); 3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini). In caso contrario compilare a spazi.	AN	1		FAC
46	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	Numero di visite effettuate dalla partoriente durante la gravidanza: se superiore a 9, indicare 9.	N	1	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI	OBB V



47	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita nella gravidanza. Obbligatorio se visite di controllo in gravidanza >0.	N	2	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - VALORE COMPRESO TRA 02 E 44 (ESTREMI INCLUSI)	OBB
49	NUMERO DI ECOGRAFIE	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza. Se superiore a 9, indicare 9.	N	1		FAC
50	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	Indicare se la gravidanza è stata seguita prevalentemente da: 1. consultorio familiare pubblico 2. ambulatorio ospedaliero pubblico 3. ginecologo/a o ostetrico/a privato/a (compresa attività intramoenia) 4. consultorio familiare privato 5. nessun servizio utilizzato	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO - SE VISITE DI CONTROLLO > 0 NON PUO' ESSERE = 5.	OBB V
51	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	Indicare l'eventuale partecipazione della donna ad un corso di preparazione al parto, durante la gravidanza: 1. no 2. si, presso un consultorio familiare pubblico 3. si, presso un ospedale pubblico 4. si, presso una struttura privata	AN	1		FAC
52	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
53	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
54	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICO LOCENTESI	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
55	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
56	DECORSO GRAVIDANZA	Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso: 1. fisiologico 2. patologico	AN	1		FAC
57	RICOVERO IN GRAVIDANZA	Indicare se la donna è stata ricoverata durante la gravidanza: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
58	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	Indicare l'eventuale riscontro di difetto di accrescimento fetale: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
59	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
60	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	Nel caso il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di procreazione medico-assistita, specificare il metodo seguito: 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination) 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection) 6. altre tecniche.	AN	1		FAC
61	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	Formato <u>ggmmaaaa</u> . La data dell'ultima mestruazione è preferibile rispetto al campo successivo. Almeno uno dei due campi va obbligatoriamente compilato.	AN	8	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST. DESUNTA<=45	OBB

69	ETA GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	Riportare l'età gestazionale stimata (in settimane compiute di amenorrea) <u>solo se:</u> - non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (precedente voce); - è stata effettuata una ridatazione (ecografica e/o clinica con punteggio neonatale), che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.	N	2	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST.<=45	OBB
71	LUOGO DEL PARTO	Indicare se il parto è avvenuto in: 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.)	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
72	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	Indicare se: 1. travaglio ad inizio spontaneo 2. travaglio indotto 3. senza travaglio (solo per tagli cesarei)	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO - SE "TIPO INDUZIONE" VALORIZZATO E VALIDO, DEVE ESSERE=2	OBB V
73	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	Se il modalità di travaglio = 2 (indotto), indicare il motivo dell'induzione: 1. gravidanza protratta 2. oligodramnios 3. rottura prematura membrane 4. patologia materna 5. patologia fetale	AN	1		FAC
74	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	Obbligatorio se il modalità di travaglio = 2 (indotto). Codici: 1. con prostaglandine 2. con ossitocina 3. con altro farmaco 4. amniocesi	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
75	SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	Obbligatorio se il modalità di travaglio =1 (ad inizio spontaneo). Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
76	UTILIZZO METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	Obbligatorio se il modalità di travaglio =1 o 2. Indicare la metodica utilizzata: 1. nessuna metodica utilizzata 2. analgesia epidurale 3. altro tipo di analgesia farmacologica 4. metodiche non farmacologiche	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
77	GENERE DEL PARTO	Indicare se trattasi di: 1. parto semplice 2. parto plurimo	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON NUMERO DI SCHEDE NEONATO CORRELATE	OBB V
78	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso maschile.	N	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI	OBB
79	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso femminile.	N	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI	OBB
80	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA/O	Presenza dell' <b>ostetrica/o</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
81	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO/A	Presenza del <b>ginecologo/a</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
82	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOGO/A	Presenza del <b>pediatra/neonatalogo</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
83	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	Presenza dell' <b>anestesista</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
84	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE/A NEONATALE	Presenza dell' <b>infermiere neonatale</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC

85	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	Presenza di altro <b>personale sanitario o tecnico</b> : 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
86	PRESENZA IN SALA PARTO	Indicare se in sala parto era presente una tra le persone indicate: 1. padre del neonato 2. altra persona di famiglia della partoriente 3. altra persona di fiducia della partoriente 4. nessuno	AN	1		FAC
87	PROFILASSI RH	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi: 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
88	RUBEO TEST	Indicare se la ricerca di anticorpi anti-rosolia (Rubeo test) è risultata: 1. positiva 2. negativa 3. non nota Quesito temporaneo, da compilare solo per i parti dell'anno 2007.	AN	1		OBB V
89	FILLER	Impostare a spazi. Campo riservato ad usi futuri e/o temporanei.	AN	9		

1.3.6. Tracciato tabella N (contenente le informazioni relative ai dati sensibili del neonato)

Pos.	CAMPO	CODIFICA	TIPO	LUNG.	CONTROLLI SCARTANTI	Vinc.
1	Az. USL/Az. Osp. (Di Evento)	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura si deve indicare un codice fittizio uguale a 999.	AN	6	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE	OBB V
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Come SDO, obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		OBB
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE - PARTE PROGRESSIVO >0	OBB V
22	PROGRESSIVO SCHEDA	Il campo deve contenere un progressivo che rappresenta l'identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero scheda. Va riempito anche nel caso di parto singolo.	AN	1	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - >0	OBB V
23	N° RIFERIMENTO SDO NEONATO	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera del neonato per il ricovero relativo al parto. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura e se trattasi di nato vivo.	AN	8	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI	OBB
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	Indicare: 1. maschio 2. femmina 3. indeterminato	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti.	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - >0	OBB
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	Indicare: 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
34	MODALITÀ DEL PARTO	Indicare se il parto è stato: 1. vaginale non operativo 2. vaginale con uso forcipe 3. vaginale con uso ventosa 4. con taglio cesareo	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	Obbligatorio se modalità di parto = 4 (cesareo). Indicare se trattasi di parto cesareo: 1. elettivo 2. non elettivo	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	Obbligatorio se modalità di parto = 4. Indicare se il parto cesareo è avvenuto: 1. in travaglio 2. fuori travaglio	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO - SE 'MODALITA' TRAVAGLIO =3, NON PUO' ESSERE =1	OBB
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	Se modalità di parto = 4, indicare il tipo di anestesia utilizzata: 1. generale 2. locoregionale centrale	AN	1		FAC
38	DATA DEL PARTO	Formato <i>qgmmaaaa</i> (giorno, mese, anno)	AN	8	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - VALIDO - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE	OBB V
46	ORA E MINUTO DEL PARTO	Formato <i>hhmm</i> (ora, minuti)	AN	4		FAC
50	PESO	Indicare il peso in grammi.	N	4	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - 0300<=PESO<=7000	OBB V
54	LUNGHEZZA	Indicare la lunghezza in centimetri	N	2		FAC
56	CIRCONFERENZA CRANICA	Indicare la circonferenza cranica in centimetri	N	2		FAC

58	VITALITÀ	Specificare se trattasi di: 1. nato vivo 2. nato morto	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO	OBB V
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar . Obbligatorio se vitalità =1 (nato vivo).	N	2	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - CARATTERI NUMERICI - 0<=APGAR <=10	OBB
61	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE	Indicare se si presenta la necessità di rianimare il neonato: 1. SI: ventilazione manuale 2. SI: intubazione 3. NO Obbligatorio se vitalità =1 (nato vivo).	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
62	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	Indicare la presenza o meno di diagnosi di malformazione nei primi 10 giorni di vita del neonato: 1. SI 2. NO	AN	1	- VALORIZZATO - VALIDO - SE "MALFORM. DIAGNOSTICATA 1" E' VALORIZZATO, DEVE ESSERE =1 - SE "SESSO" =3, DEVE ESSERE =1	OBB V
63	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	Se nato morto, indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto) Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	AN	5	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO (CODICE ICD 9 CM) - CARATTERI NUMERICI	OBB
68	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	Indicare, se presente, altra condizione morbosa del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC
73	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	Indicare, se presente, la condizione morbosa principale materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC
78	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	Indicare, se presente, altra condizione morbosa materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC
83	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	Indicare, se presente, altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC
88	MOMENTO DELLA MORTE	Se nato morto, indicare se la morte è avvenuta: 1. prima del travaglio 2. durante il travaglio 3. durante il parto (periodo espulsivo) 4. momento morte sconosciuto Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
89	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali (1 carattere): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
90	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono state effettuate o meno fotografie (1 carattere): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
91	RISCONTRO AUTOPTICO	Se nato morto, indicare (1 carattere): 1. se la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia; 2. se il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito; 3. se l'autopsia non è stata effettuata. Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	AN	1	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO	OBB
92	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	Se presente, indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto). Obbligatorio se Presenza di malformazione =1 (si).	AN	5	- VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') - VALIDO (CODICE ICD 9 CM)	OBB
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC
102	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri, omettere il punto)	AN	5		FAC

107	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	Se effettuata, specificare per esteso la diagnosi citogenetica al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali ( <i>40 caratteri</i> ). Scrivere " <i>normale</i> " in caso di esito nella norma.	AN	40		FAC
147	ETA GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	In caso di malformazione diagnosticata durante la gravidanza, indicare l'età di gestazione, in <u>settimane compiute</u> , in cui è stata fatta la diagnosi.	N	2		FAC
149	ETA NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	In caso di malformazione diagnosticata nei primi 10 giorni di vita del neonato, indicare l'età neonatale, in <u>giorni compiuti</u> , in cui è stata fatta la diagnosi. Valorizzare con 0 in caso di diagnosi fatta subito dopo il parto.	N	2		FAC
151	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei fratelli/sorelle ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
152	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nella madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
153	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nel padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
154	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
155	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
158	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	Codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	AN	5		FAC
163	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	Codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	AN	5		FAC
168	FILLER	Impostare a spazi. Campo riservato ad usi futuri e/o temporanei.	AN	10		

## 1.4 Tempi e modalità di trasmissione dei record

### 1.4.1 Scadenze per la trasmissione dei dati

Le Aziende Sanitarie dovranno trasmettere semestralmente i file alla Regione secondo le scadenze sotto riportate: le Aziende Ospedaliere dovranno trasmettere i dati direttamente; le Aziende USL dovranno farsi carico, oltre che dei propri dati di attività, anche di quelli delle strutture private ubicate nel proprio territorio e di eventuali parti avvenuti a domicilio o altrove (Case Maternità) nel proprio ambito territoriale.

Le scadenze per l'invio in Regione dei file sono le seguenti:

15 settembre	dati relativi ai parti avvenuti nel 1° semestre dell'anno in corso
30 novembre	correzioni-aggiornamenti dei dati del 1° semestre
15 marzo	dati relativi ai parti avvenuti nel 2° semestre dell'anno precedente
31 maggio	correzioni-aggiornamenti dei dati del 2° semestre

Ogni invio deve essere accompagnato da una e-mail ([ssimoni@regione.emilia-romagna.it](mailto:ssimoni@regione.emilia-romagna.it)) al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

Si ritiene opportuno invitare tutte le Aziende al rispetto delle scadenze, in considerazione anche del debito informativo relativo a tale flusso che la Regione Emilia-Romagna ha nei confronti del Ministero della Salute.

### 1.4.2 Formato e nome dei file di invio dati

I file da inviare in Regione sono in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere caricati nella banca dati regionale.

I nomi dei file devono rispondere alle seguenti convenzioni:

CAPxxxaaSyA.txt - Tracciato record anagrafico (File A)

CAPxxxaaSyM.txt - Tracciato record dati relativi alla madre (File M)

CAPxxxaaSyN.txt - Tracciato record dati relativi al neonato (File N)

con:

xxx = codice Azienda

aa = anno

y = 1,2 semestre

### 1.4.3 Modalità di invio dei file

Per quanto riguarda le modalità di invio dei file (a partire dai dati anno 2007) saranno disponibili sulle pagine web del Sistema informativo sanità e politiche sociali, nella specifica sezione CEDAP (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html>) nuove funzionalità, tali da permettere, in modo amichevole, la trasmissione secondo protocolli sicuri. Verranno inviate istruzioni dettagliate ai referenti del flusso.

## 1.5 Controlli e ritorno informativo

I record trasmessi dai sistemi informativi aziendali vengono sottoposti ad una serie di controlli logico-formali.

Il livello di controllo è differenziato nel seguente modo: controlli di 1° livello (scartanti) per i campi con vincolo OBBV e OBB, controlli di 2° livello (con segnalazione) per i campi con vincolo FAC.

Qualora un errore scartante si verifichi in una soltanto delle tre tabelle, anche gli altri record relativi alla stessa scheda CedAP non verranno caricati in banca dati.

L'elenco dei controlli effettuati è riportato nell'Allegato 2. Una descrizione sintetica dei controlli di 1° livello è esplicitata nel tracciato sopra riportato .

Al termine di ogni fase di controllo e caricamento, le Aziende sanitarie invianti avranno a disposizione sul portale web un ritorno informativo sull'esito del caricamento, in cui verranno evidenziati sia gli errori scartanti che le segnalazioni, affinché vengano apportate le dovute correzioni.

Nel momento in cui sarà possibile accedere ai file di ritorno informativo, il sistema invierà in automatico un'e-mail ai referenti per il flusso CedAP delle Aziende sanitarie, abilitati alla gestione dei dati.

I file di diagnostica dei record errati (errori scartanti e segnalazioni), che saranno accompagnati da schede sintetiche riassuntive degli errori rilevati, sono nominati nel seguente modo:

ERRxxxxaaSyA, ERRxxxxaaSyM, ERRxxxxaaSyN – per gli errori scartanti  
SEGNxxxxaaSyA, SEGNxxxxaaSyM, SEGNxxxxaaSyN – per le segnalazioni.  
(xxx=Azienda, aa=anno, y=sem.).

Il tracciato di ritorno informativo relativo a ogni record che presenta errori è formato dal CAMPO CHIAVE DELLA SCHEDA, seguito da tre caratteri che indicano il codice del CAMPO (variabile sulla quale è stato riscontrato l'errore) e da gli ultimi tre caratteri che indicano, con relativo codice, il TIPO DI ERRORE verificatosi.

L'elenco delle decodifiche dei codici CAMPO e TIPO DI ERRORE verranno messe a disposizione nella sezione "Tabelle di riferimento" del sito dedicato al flusso CedAP (vedi punto 1.7).

I file CAPxxxxaaSyA, CAPxxxxaaSyM, CAPxxxxaaSyN, dopo essere stati corretti, devono essere rinviati in Regione, comprensivi di tutti i record e non solo di quelli modificati.

Al fine di permettere alle Aziende USL una completa analisi dei dati relativi alla popolazione residente nel proprio territorio, viene inoltre reso disponibile annualmente, un ritorno informativo relativo ai dati di mobilità infraregionale delle partorienti, strutturato in base al tracciato record utilizzato per l'invio dei dati e contenente i record (caricati nella banca dati) corrispondenti a tutti gli eventi-parto avvenuti in un'Azienda della regione differente da quella di residenza della madre.

## 1.6 Referenti aziendali

Tutte le Aziende Sanitarie e le Case di cura private sono tenute a identificare nell'ambito della propria struttura organizzativa un referente del flusso informativo. I referenti del flusso avranno il compito di coordinare la raccolta e la trasmissione dei dati, monitorandone qualità e tempestività, e ad essi verranno inviate tutte le informazioni, gli aggiornamenti e le pubblicazioni relative al flusso informativo.

E' opportuno altresì, in particolare per le Aziende comprensive di più punti nascita, che venga identificato un referente clinico per ogni struttura ospedaliera sede di nascite, che dovrà coordinarsi con il referente aziendale al fine di assicurare la completezza e la buona qualità dei dati raccolti nella propria struttura.

I nominativi dei referenti individuati (anche se invariati rispetto agli anni precedenti), e i relativi recapiti (compreso l'indirizzo e-mail), vanno comunicati dalla Direzione Sanitaria, via posta o via fax, al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (vedi recapiti sotto riportati), entro il 30 gennaio 2007.

## 1.7 Referenti regionali e sito internet dedicato

Tutte le informazioni e i documenti utili alla gestione del flusso informativo CedAP (normativa nazionale, circolari regionali e tabelle di riferimento) sono disponibili nella specifica sezione CEDAP del sito web del Sistema informativo sanità e politiche sociali : (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html>).

Nello stesso sito è possibile inoltre consultare le pubblicazioni e le iniziative relative alla rilevazione, scaricare elaborazioni predefinite effettuate sui dati, e analizzare, tramite report personalizzati, le informazioni contenute nella banca dati.



Per ogni ulteriore informazione è possibile rivolgersi a:

**Simonetta Simoni**

Tel. 051 6397417

e-mail: [ssimoni@regione.emilia-romagna.it](mailto:ssimoni@regione.emilia-romagna.it)

**Camilla Lupi**

Tel. 051 639 7037

e-mail: [clupi@regione.emilia-romagna.it](mailto:clupi@regione.emilia-romagna.it)

***Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali***

***Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali***

*Viale Aldo Moro, 21*

*40127 Bologna*

*Fax 051 6397067*

f.to

Eleonora Verdini

## ALLEGATO 2 Controlli di qualità effettuati sui record (Aggiornamento del 3 settembre 2007)

I controlli di qualità che sono stati implementati per verificare la correttezza delle informazioni inviate, si compongono di 4 diversi step successivi; i records che non superano i controlli relativi ad uno step non vengono caricati in banca dati e non vengono sottoposti ad ulteriori verifiche.

- Prima di tutto si verifica che non ci siano chiavi ripetute nei singoli files, A, M ed N; si verifica inoltre che non ci siano records, con chiave che non trova corrispondenze negli altri files. La chiave utilizzata per stabilire la corrispondenza tra i records dei diversi files, 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.
- Successivamente viene effettuato un controllo di qualità relativo a tutti i singoli campi dei record, compresi i campi chiave.
- Vengono effettuate verifiche di congruenza tra valori di campi della stessa tabella tra loro correlati.
- Vengono effettuate verifiche di congruenza tra valori di campi correlati situati in tabelle diverse.

Per i campi facoltativi, dalla rilevazione anno 2004, vengono effettuati dei controlli di qualità che non impediscono il caricamento dei record ma producono delle segnalazioni.

### ELENCO DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI DUE STEP

*N.B. I controlli non scartanti (segnalazioni) sono in carattere corsivo.*

#### FILE A

Pos.	Campo	TIPO	Lung.	Vinc.	Controlli
1	Az. USL/AZ.OSP.( DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>• Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>• Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un numero univoco nell'ambito dell'anno, Presidio/Stabilimento</li> <li>• La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>• Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• La parte progressivo deve corrispondere ad un valore numerico &gt;0</li> </ul>
22	COMUNE DI EVENTO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante, deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve corrispondere al codice ISTAT di un comune della Regione E.R., non cessato, come da file TCOMNOS (*)</li> </ul>
28	PRIVACY	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• <i>Non deve essere, privacy = 2 e data di nascita presente o codice fiscale presente</i></li> </ul>
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1 e parto avvenuto in un istituto di cura, non deve essere mancante</li> <li>• Devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• <i>Ai primi 2 caratteri deve corrispondere un anno compatibile con l'invio</i></li> </ul>
37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	AN	16	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1, non deve essere mancante</li> <li>• Il codice STP può essere presente al posto del C.F. solo se la cittadinanza non è italiana</li> <li>• Deve contenere 16 caratteri di tipo alfanumerico</li> <li>• Deve essere un codice fiscale rispondente alle regole di formazione definite da Agenzia delle Entrate, compreso il calcolo del check digit.</li> <li>• Deve essere un codice di persona di sesso femminile.</li> </ul>

53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere 8 caratteri di tipo numerico e deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>• L'età della madre, calcolata come differenza tra la data di nascita e la data del parto, deve essere compresa tra 12 e 65 anni</li> </ul>
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante,</li> <li>• Deve essere un codice presente nel file TCOMNOS (*)</li> <li>• Se al posto del C.F. è presente il codice STP la cittadinanza non deve essere italiana</li> </ul>
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1, non deve essere mancante e deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve corrispondere al codice ISTAT, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</li> </ul>
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1, non deve essere mancante e deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve corrispondere ad un codice ISTAT, non cessato, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</li> </ul>
76	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se donna residente in Italia, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere 6 caratteri di tipo numerico e deve essere un codice di Azienda Sanitaria presente in Italia – TCOMNOS (*)</i></li> <li>• <i>Deve essere coerente con il campo 'Comune di residenza madre'</i></li> </ul>
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> </ul>
83	DATA DI MATRIMONIO	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Stato civile =2, non deve essere mancante e deve contenere caratteri di tipo numerico.</i></li> <li>• <i>I caratteri del mese devono essere compresi tra 01 e 12.</i></li> </ul>
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante, deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</i></li> <li>• <i>Deve essere una data con formato ggmmaaaa</i></li> </ul>
97	CITTADINANZA DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve essere un codice presente nel file TCOMNOS (*)</i></li> </ul>
100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante, deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</i></li> <li>• <i>Deve corrispondere al codice ISTAT, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</i></li> </ul>
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> </ul>
107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti</i></li> </ul>
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti</i></li> </ul>
111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti</i></li> </ul>

(\*) La tabella TCOMNOS aggiornata annualmente è disponibile sul sito internet <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html> nella sezione CedAP - Tabelle di riferimento.

**FILE M**

Pos.	Campo	TIPO	LUNG.	Vinc.	Controlli
1	Az. USL/Az.Osp.( DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>• Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>• Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente.</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>• Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• La parte progressivo deve corrispondere ad un valore numerico &gt;0</li> </ul>
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• Deve essere = 1 se almeno uno dei successivi 3 campi è &gt;0</li> <li>• <i>Se vale 1 almeno uno dei 3 campi seguenti deve essere &gt; 0,</i></li> </ul>
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve essere &gt;0 se, "Numero tagli cesarei" &gt;0</li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se Numero nati vivi &gt; 0</i></li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se Numero nati morti &gt; 0</i></li> <li>• <i>Se &gt; 0 almeno uno tra "numero nati vivi" e "numero nati morti" deve essere &gt; 0.</i></li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se la data di parto precedente è valida</i></li> </ul>
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
27	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
29	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
31	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
33	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere caratteri di tipo numerico</li> </ul>
35	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0 non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</i></li> <li>• <i>Deve essere una data con formato ggmmaaaa</i></li> </ul>
43	ABITUDINE AL FUMO	AN	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La 1° cifra non deve essere mancante.</i></li> <li>• <i>Se la 1° cifra =1 (SI), la 2° cifra non deve essere mancante.</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</i></li> </ul>
45	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</i></li> </ul>
46	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	N	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante, deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> <li>• <i>Se Servizio utilizzato in gravidanza ≠ 5, deve essere &gt;0</i></li> </ul>
47	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Visite di controllo in gravidanza &gt;0, non deve essere mancante</li> <li>• Deve essere un numero compreso tra 2 e 44</li> </ul>
49	NUMERO DI ECOGRAFIE	N	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante, deve essere un carattere numerico</i></li> </ul>
50	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> <li>• <i>Se Visite di controllo in gravidanza &gt;0, non deve essere = 5</i></li> </ul>
51	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</i></li> </ul>
52	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
53	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>

54	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
55	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
56	DECORSO GRAVIDANZA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
57	RICOVERO IN GRAVIDANZA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
58	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
59	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
60	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se "Concepimento con tecniche di procreazione assistita" =1, non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> <li>• Se "Concepimento con tecniche di procreazione assistita" =2, non deve essere valorizzato</li> </ul>
61	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	AN	8	OBB	<p>Se il campo successivo non è compilato,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non deve essere mancante</li> <li>• deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</li> <li>• deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>• deve desumersi un'età gestazionale compresa tra 20 e 45 sett.</li> </ul>
69	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	N	2	OBB	<p>Se il campo precedente non è compilato,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non deve essere mancante</li> <li>• deve contenere 2 caratteri di tipo numerico</li> <li>• deve essere un numero compreso tra 20 e 45 sett.</li> </ul>
71	LUOGO DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> <li>• Se codice presidio = 080999, non deve essere =1</li> </ul>
72	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> <li>• Se Tipo di induzione è valido, deve essere =2.</li> <li>• Se Motivo induzione è valido, deve essere =2</li> <li>• Può essere =3 solo se Modalità parto = 4</li> </ul>
73	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se modalità travaglio = 2, non deve essere mancante</li> <li>• Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> </ul>
74	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se modalità travaglio = 2, non deve essere mancante</li> <li>• Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
75	SE TRAVAGLIO A INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se modalità travaglio = 1, non deve essere mancante</li> <li>• Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
76	UTILIZZO DI METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Modalità di travaglio = 1 o 2, non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> <li>• Se Modalità di travaglio = 3, non deve essere valorizzato</li> </ul>
77	GENERE DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• Se genere parto = 1, il n° schede neonato deve essere =1</li> <li>• Se genere parto = 2, il n° schede neonato deve essere &gt;1</li> </ul>
78	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> </ul>
79	SE PARTO PLURIMO: NATE FEMMINE	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> </ul>
80	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
81	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
82	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
83	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
84	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE NEONATALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
85	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>

86	PRESENZA IN SALA PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
87	PROFILASSI RH	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
88	RUBEO TEST	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante per parti avvenuti nell'anno 2007.</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
89	FILLER	AN	9		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere compilato a spazi</li> </ul>

## FILE N

Pos.	Campo	TIPO	Lung.	Vinc.	CONTROLLI
1	Az. USL/Az.Osp.( DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>• Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>• Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente.</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>• Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• La parte progressivo deve corrispondere ad un valore &gt;0</li> </ul>
22	PROGRESSIVO SCHEDA	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante e deve contenere 1 carattere di tipo numerico, diverso da zero</li> <li>• Deve essere un identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero di scheda in caso di parto plurimo</li> </ul>
23	N° DI RIFERIMENTO SDO NEONATO	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se parto avvenuto in istituto di cura (Codice presidio ≠ 999) e vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>• Devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• <i>Ai primi 2 caratteri deve corrispondere un anno compatibile con l'invio</i></li> </ul>
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> <li>•</li> </ul>
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere 1 carattere di tipo numerico &gt; 0.</li> </ul>
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> </ul>
34	MODALITÀ DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• <i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• Se Modalità travaglio = 3, non può essere = 1</li> <li>• <i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• <i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
38	DATA DEL PARTO	AN	8	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante, deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>• La parte anno deve corrispondere all'anno presente nel nome del file</li> </ul>
46	ORA DEL PARTO	AN	4	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante, deve contenere 4 caratteri di tipo numerico</i></li> <li>• <i>Deve essere un'ora con formato hhmm</i></li> </ul>

50	PESO	N	4	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante, deve contenere 4 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve essere compreso tra 0300 e 7000</li> </ul>
54	LUNGHEZZA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve essere un valore &gt; 0</li> </ul>
56	CIRCONFERENZA CRANICA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve essere un valore &gt; 0</li> </ul>
58	VITALITÀ	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se i campi Malattia principale feto o Momento della morte o Riscontro autoptico sono valorizzati secondo i valori previsti, deve essere = 2</li> </ul>
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 2 caratteri di tipo numerico corrispondenti ad un valore compreso tra 0 e 10</li> </ul>
61	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
62	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se Malformazione diagnosticata 1 è valorizzata secondo i valori previsti, deve essere = 1</li> <li>Se Sesso=3 (indeterminato), deve essere = 1</li> </ul>
63	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	AN	5	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve contenere solo caratteri numerici (il punto presente nel codice ICD 9 CM va omesso)</li> <li>Deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
68	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
73	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
78	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
83	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
88	MOMENTO DELLA MORTE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 , non deve essere mancante</li> <li>Se compilato deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
89	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 e Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
90	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 e Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
91	RISCONTRO AUTOPTICO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 , non deve essere mancante</li> <li>Se compilato deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
92	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	AN	5	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza di malformazione = 1 non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve contenere solo caratteri numerici (il punto presente nel codice ICD 9 CM va omesso)</li> <li>Deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
102	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
107	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	AN	40	FAC	
147	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1 e il campo successivo non è compilato, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere caratteri numerici corrispondenti ad un valore compreso tra 4 e 44</li> </ul>
149	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1 e il campo precedente non è compilato, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere caratteri numerici corrispondenti ad un valore compreso tra 0 e 10</li> </ul>

151	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
152	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
153	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
154	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
155	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
158	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</i></li> </ul>
163	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</i></li> </ul>
168	FILLER	AN	10		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Deve essere compilato a spazi</i></li> </ul>



**CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO**

(DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, N. 349)

1. REGIONE: |0|8|0|  
 2. AZ.USL/AZ.OSP: |\_|\_|\_|  
 3. PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C.: |\_|\_|\_| |\_|\_|

4. Comune di evento: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

5. N° riferimento SDO madre (per il ricovero relativo al parto)\*: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I**

6. Codice fiscale della madre\*: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

7. Cognome e nome della madre\* \_\_\_\_\_

8. Data di nascita madre\*: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 9. Stato di cittadinanza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

10. Comune (Stato estero) di nascita madre\*: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

11. Comune (Stato estero) di residenza madre\*: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

12. Regione residenza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| Azienda USL residenza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|  
 (per residenti in Italia)

13. Titolo di studio madre:

- 1. laurea
- 2. diploma universitario/laurea breve
- 3. diploma di scuola media superiore
- 4. diploma di scuola media inferiore
- 5. licenza elementare o nessun titolo

14. Condizione professionale madre:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. occupata <input type="checkbox"/>  | <u>se occupata</u> , posizione nella professione:   | <u>se occupata</u> , ramo di attività:                            |
| 2. disoccupata <input type="checkbox"/>   | 1. imprenditrice o libera professionista <input type="checkbox"/>                             | 1. agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/>           |
| 3. in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/>                         | 2. altra lavoratrice autonoma <input type="checkbox"/>  | 2. industria <input type="checkbox"/>                             |
| 4. studentessa <input type="checkbox"/>   | 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva <input type="checkbox"/>                     | 3. commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/> |
| 5. casalinga <input type="checkbox"/>   | 4. lavoratrice dipendente: impiegata <input type="checkbox"/>                                 | 4. pubblica amministrazione <input type="checkbox"/>              |
| 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) <input type="checkbox"/> | 5. lavoratrice dipendente: operaia <input type="checkbox"/>                                   | 5. altri servizi privati <input type="checkbox"/>                 |
|   | 6. altra lavoratrice dipendente (apprendista, lavorante a domicilio) <input type="checkbox"/> |   |

15. Stato civile madre: 1. nubile  2. coniugata  3. separata  4. divorziata  5. vedova  6. non dichiarato

se coniugata: 16. Mese e anno matrimonio: |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

17. Precedenti concepimenti: 1. SI  2. NO

se SI: 18. N° parti: |\_|\_| 19. N° aborti spontanei: |\_|\_| 20. N° IVG: |\_|\_|

se N° parti precedenti >0: 21. N° nati vivi: |\_|\_| 22. N° nati morti: |\_|\_| 23. N° tagli cesarei: |\_|\_|

24. Data ultimo parto precedente: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

25. Abitudine al fumo (di tabacco) nei 5 anni precedenti la gravidanza: 1. SI  2. NO

- se SI, specificare se:
- 1. ha smesso prima della gravidanza
  - 2. ha smesso a inizio gravidanza
  - 3. ha continuato a fumare in gravidanza

\* Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento figlio o altri motivi, barrare la casella:

26. Data di nascita padre: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 27. Stato di cittadinanza padre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|  
28. Comune (Stato estero) nascita padre: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

29. Titolo di studio padre:

1. laurea
2. diploma universitario/laurea breve
3. diploma di scuola media superiore
4. diploma di scuola media inferiore
5. licenza elementare o nessun titolo

30. Condizione professionale padre:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. occupato <input type="checkbox"/>  | <u>se occupato, posizione nella professione:</u>   | <u>se occupato, ramo di attività:</u>                             |
| 2. disoccupato <input type="checkbox"/>   |  |   |
| 3. in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/>                         | 1. imprenditore o libero professionista <input type="checkbox"/>                             | 1. agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/>           |
| 4. studente <input type="checkbox"/>  | 2. altro lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>  | 2. industria <input type="checkbox"/>                             |
| 5. casalingo <input type="checkbox"/>   | 3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo <input type="checkbox"/>                     | 3. commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/> |
| 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.) <input type="checkbox"/> | 4. lavoratore dipendente: impiegato <input type="checkbox"/>                                 | 4. pubblica amministrazione <input type="checkbox"/>              |
|   | 5. lavoratore dipendente: operaio <input type="checkbox"/>                                   | 5. altri servizi privati <input type="checkbox"/>                 |
|   | 6. altro lavoratore dipendente (apprendista, lavorante a domicilio) <input type="checkbox"/> |   |

31. Consanguineità tra padre e madre: (grado di parentela)
1. parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle):
  2. parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino):
  3. parenti di 6° grado (secondi cugini):

### SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

32. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): |\_| 33. Epoca prima visita (n. settimane compiute): |\_|\_|

34. N° ecografie (se superiore a 9, indicare 9): |\_|

35. Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (una sola risposta):

1. consultorio familiare pubblico
2. ambulatorio ospedaliero pubblico
3. ginecologo/a o ostetrico/a privato/a (compresa attività intramoenia)
4. consultorio familiare privato
5. nessun servizio utilizzato

36. Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto?

1. no
2. sì, presso un consultorio familiare pubblico
3. sì, presso un ospedale pubblico
4. sì, presso una struttura privata

Indagini prenatali effettuate:

- |                                     | 1. SI                    | 2. NO                    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. amniocentesi:                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. villi coriali:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. fetoscopia/funicolocentesi:     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. ecografia dopo le 22 settimane: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Decorso della gravidanza: 1. fisiologico  2. patologico

42. E' stata ricoverata durante la gravidanza? 1. SI  2. NO

43. Difetto accrescimento fetale: 1. SI  2. NO

44. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita: 1. SI  2. NO

se si: 45. Metodo di procreazione medico-assistita:

1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione
2. IUI (Intra Uterine Insemination)
3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)
4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)
5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection)
6. altre tecniche

46. Data ultima mestruazione: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 47. Età gestazionale stimata (in settimane): |\_|\_|

**SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO****SEZIONE C1: Parto****48. Luogo del parto:**

1. istituto di cura pubblico o privato
2. abitazione privata
3. altra struttura di assistenza (casa di maternità)
4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.)

**49. Modalità travaglio:** 1. travaglio ad inizio spontaneo  2. travaglio indotto  3. senza travaglio (solo per TC)

se travaglio indotto:

**50. Motivo di induzione (una sola risposta):**

1. gravidanza protratta
2. oligodramnios
3. rottura prematura membrane
4. patologia materna
5. patologia fetale

**51. Tipo di induzione (una sola risposta):**

1. con prostaglandine
2. con ossitocina
3. con altro farmaco
4. amnioressi

se travaglio ad inizio spontaneo:

**52. Parto pilotato:** 1. SI  2. NO

**53. Utilizzo di metodiche anti-dolore in travaglio (una sola risposta):**

1. nessuna metodica utilizzata
2. analgesia epidurale
3. altro tipo di analgesia farmacologica
4. metodiche non farmacologiche   
(solo se non utilizzate anche metodiche farmacologiche)

**54. Genere del parto:** 1. semplice

2. plurimo

se parto plurimo:

**55. N° nati maschi** |\_|

**56. N° nate femmine** |\_|

**Personale sanitario presente:** 1. SI 2. NO

**57. ostetrica/o:**

**58. ginecologa/o:**

**59. pediatra/neonatologo:**

**60. anestesista:**

**61. infermiera/e neonatale:**

**62. altro personale sanitario o tecnico:**

**63. Presenza in sala parto:**

1. padre del neonato
2. altra persona di famiglia della partoriente
3. altra persona di fiducia della partoriente
4. nessuno

**64. Profilassi Rh:** 1. SI  2. NO

**64 bis. La ricerca di anticorpi IgG anti-rosolia (Rubeo test) è risultata\*\*:**

1. positiva
2. negativa
3. non nota

(\*\*) Quesito temporaneo, da compilare solo per i CedAP relativi all'anno 2007.

**SEZIONE C2: Neonato****(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)**

65. N° riferimento SDO neonato (per il ricovero relativo alla nascita): |||||||  
(esclusi nati-morti e parti a domicilio)
66. Sesso (in base al tipo di genitali esterni):      1. maschio       2. femmina       3. indeterminato
67. N° d'ordine del nato nel presente parto (se parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti): ||
68. Presentazione del neonato:      1. vertice       2. podice       3. fronte   
   4. bregma       5. faccia       6. spalla
69. Modalità parto:      1. vaginale non operativo   
   2. vaginale con uso di forcipe   
   3. vaginale con uso di ventosa   
   4. parto con taglio cesareo  (compilare quesiti 70, 71 e 72)
- se parto con taglio cesareo:
70. 1. elettivo       2. non elettivo
71. 1. in travaglio       2. fuori travaglio
72. 1. in anestesia generale       2. in anestesia locoregionale centrale
73. Data del parto (gg, mm, aaaa, ora, minuti): ||||||||||
74. Peso (in grammi): |||||      75. Lunghezza (in cm.): |||      76. Circonferenza cranica (in cm.): |||
77. Vitalità:      1. nato vivo       2. nato morto  (Se nato morto, compilare la sezione D)
78. Punteggio Apgar dopo 5 minuti (se nato vivo): |||
79. Necessità di rianimazione (se nato vivo):      1. SI: ventilazione manuale       2. SI: intubazione       3. NO
80. Presenza di malformazione (informazione da validare al 10° giorno di vita del neonato):  
1. SI  (Se si, compilare la sezione E)      2. NO

**SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ****(da compilare in caso di nato-morto, a cura del medico accertatore)**

81. Malattia o condizione morbosa principale del **feto**: |||||
82. Descrizione: \_\_\_\_\_
83. Altra malattia o condizione morbosa del **feto**: |||||
84. Descrizione: \_\_\_\_\_
85. Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto: |||||
86. Descrizione : \_\_\_\_\_
87. Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto: |||||
88. Descrizione: \_\_\_\_\_
89. Altra circostanza rilevante: |||||
90. Descrizione: \_\_\_\_\_

91. Momento della morte:
- 1. prima del travaglio
  - 2. durante il travaglio
  - 3. durante il parto (periodo espulsivo)
  - 4. momento della morte sconosciuto

92. Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI  2. NO

93. Esecuzione fotografie in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI  2. NO

94. Riscontro autoptico:
- 1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia
  - 2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito
  - 3. l'autopsia non è stata effettuata

**SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI**

**(da compilare in caso di nato – vivo o morto - con malformazioni, a cura del medico accertatore;  
compilare per i neonati con malformazioni diagnosticate entro il 10° giorno dalla nascita)**

95. Malformazione diagnosticata 1: \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

96. Malformazione diagnosticata 2: \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

97. Malformazione diagnosticata 3: \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

98. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): \_\_\_\_\_

99. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): | \_ | \_ |  
(in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)

100. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): | \_ | \_ |  
(in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)

Eventuali malformazioni in famiglia:	SI	NO	
101. fratelli/sorelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
103. padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104. genitori madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105. genitori padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106. altri parenti madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107. altri parenti padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

108. Malattie insorte in gravidanza 1: \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

109. Descrizione: \_\_\_\_\_

110. Malattie insorte in gravidanza 2: \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

111. Descrizione: \_\_\_\_\_

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

Data \_\_\_\_\_

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO**  
**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

N.	VARIABILE	Definizione e Codifica
1	REGIONE	Codice identificativo ( <i>3 caratteri</i> ) Emilia-Romagna = 080
2	Az. USL/Az. OSP (DI EVENTO)	Codice identificativo regionale dell'Azienda Sanitaria ( <i>3 caratteri</i> )
3	PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C. (DI EVENTO)	Codice identificativo regionale: <i>3 caratteri</i> per il Presidio ospedaliero o la Casa di Cura privata, <i>2 caratteri</i> per il sub-codice dello Stabilimento.  In caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura (es. parto a domicilio) inserire il codice 999 in sostituzione del codice Presidio.
4	COMUNE DI EVENTO	Codice ISTAT del Comune (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia).
5	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre ( <i>8 caratteri</i> ) per il ricovero relativo al parto.  Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
<b>SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I</b>		
6	CODICE FISCALE MADRE	Codice fiscale ( <i>16 caratteri</i> ) Per le straniere "non regolari", riportare il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000).  Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
7	COGNOME E NOME MADRE	Indicare il cognome da nubile della puerpera.  Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
8	DATA DI NASCITA MADRE	<i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa) Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
9	CITTADINANZA MADRE	Codice ISTAT ( <i>3 caratteri</i> ): - 100 per la cittadinanza italiana; - codice Stato estero
10	COMUNE DI NASCITA MADRE	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia).  Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato estero.  Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
11	COMUNE DI RESIDENZA MADRE	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia).  Nel caso di madre residente in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato Estero.  Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi barrare l'apposita casella a fondo di pagina 1 del Certificato.
12	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA MADRE	Codice identificativo della Regione ( <i>3 caratteri</i> ) e dell'Azienda USL di residenza ( <i>3 caratteri</i> ). Voce da non compilare per le donne residenti all'estero.
13	TITOLO DI STUDIO MADRE	Codice da riportare: 1. laurea (corso di studi universitari di 4 anni o più) 2. diploma universitario (corso di studi universitari di 2-3 anni) 3. diploma di scuola media superiore (istruzione secondaria superiore - almeno 11 anni di studio) 4. diploma di scuola media inferiore (istruzione secondaria inferiore - almeno 8 anni scolastici) 5. licenza elementare (istruzione primaria) o nessun titolo

14	CONDIZIONE PROFESSIONALE MADRE	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). <u>La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (<i>occupato</i>)</u> .
15	STATO CIVILE MADRE	Indicare lo stato civile della madre.
16	SE CONIUGATA: DATA DEL MATRIMONIO	Indicare mese ed anno ( <u>6 caratteri</u> ) dell'unico o ultimo matrimonio.
17	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti, indipendentemente dall'esito della gravidanza ( <u>1 carattere</u> ).
18	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di parti (nati vivi o nati morti) avuti dalla donna precedentemente al presente.
19	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di eventuali aborti spontanei ( <i>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</i> ).
20	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza.
21	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO.NATI VIVI	<u>Nel caso di N° parti precedenti &gt; 0</u> , indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti ( <u>2 caratteri</u> ).
22	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	<u>Nel caso di N° parti precedenti &gt; 0</u> , indicare il numero di eventuali nati morti avuti dalla donna da precedenti parti ( <i>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</i> ).
23	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	<u>Nel caso di N° parti precedenti &gt; 0</u> , indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti.
24	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	<u>Nel caso di precedenti parti &gt; 0</u> , indicare la data (gg/mm/aaaa) dell'ultimo parto precedente ( <u>8 caratteri</u> ).
25	ABITUDINE AL FUMO	Codice a <u>2 caratteri</u> per indicare: l'abitudine al fumo della donna nei 5 anni precedenti la gravidanza ( <i>I cifra</i> ) e l'eventuale modifica di tale abitudine durante la gravidanza ( <i>II cifra</i> ). <u>La II cifra va compilata solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (<i>SI</i>)</u> .
26	DATA DI NASCITA PADRE	<u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
27	CITTADINANZA PADRE	Codice ISTAT ( <u>3 caratteri</u> ): - 100 per la cittadinanza italiana; - codice Stato estero
28	COMUNE DI NASCITA PADRE	Codice ISTAT (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia).
29	TITOLO DI STUDIO PADRE	Codice da riportare: 1. laurea (corso di studi universitari di 4 anni o più) 2. diploma universitario (corso di studi universitari di 2-3 anni) 3. diploma di scuola media superiore (istruzione secondaria superiore - almeno 11 anni di studio) 4. diploma di scuola media inferiore (istruzione secondaria inferiore – almeno 8 anni scolastici) 5. licenza elementare (istruzione primaria) o nessun titolo
30	CONDIZIONE PROFESSIONALE PADRE	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). <u>La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (<i>occupato</i>)</u> .
31	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	<u>Voce da non compilare in caso di non-consanguineità</u> ; nel caso di consanguineità tra i genitori indicarne il grado.

SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA		
32	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	Specificare il numero di visite di controllo effettuate durante la gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
33	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	Numero di settimane "compiute" in cui la donna ha incontrato per la prima volta nella gravidanza un professionista (per ricevere informazioni e/o definire il piano assistenziale, indipendentemente dalla esplorazione vaginale) ( <u>2 caratteri</u> ). Da compilare in caso di n° visite > 0.
34	NUMERO DI ECOGRAFIE	Specificare il numero di ecografie effettuate durante la gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
35	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	Indicare da quale tipo di servizio/professionista è stata seguita <b>prevalentemente</b> la gravidanza ( <i>una sola risposta</i> ).
36	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	Indicare se la donna ha partecipato, durante la gravidanza, a un corso di preparazione al parto e, se sì, presso che tipo di struttura. Per corso di preparazione al parto si intende ciclo di incontri a piccoli gruppi (normalmente a cadenza settimanale con durata di circa 2 mesi) condotti da professionisti del percorso nascita, con l'obiettivo di informare e formare le donne e le coppie all'evento nascita.
37	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	Indicare l'effettuazione o meno di amniocentesi in gravidanza.
38	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	Indicare l'effettuazione o meno di villocentesi in gravidanza.
39	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI	Indicare l'effettuazione o meno di fetoscopia/funicolocentesi in gravidanza.
40	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	Indicare l'effettuazione o meno di ecografia dopo la 22° settimana di gestazione in gravidanza.
41	DECORSO GRAVIDANZA	Indicare il tipo di decorso della gravidanza. Per gravidanza a decorso patologico si intende <i>la gravidanza in cui si sia verificata morbilità materno-fetale</i> .
42	RICOVERO IN GRAVIDANZA	Indicare l'eventualità di ricovero della donna durante la gravidanza.
43	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	Per difetto di accrescimento si intende il <i>rallentato accrescimento intrauterino (valori inferiori al 10° percentile) diagnosticato in fase prenatale</i> .
44	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita.
45	SE SÌ: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	<b>Solo nel caso</b> il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita, specificare il metodo seguito: 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination: <i>trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina</i> ); 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: <i>trasferimento di gameti maschili e femminili nelle Tube di Falloppio, generalmente per via laparoscopica</i> ); 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer: <i>fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection: <i>fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 6. altre tecniche.
46	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	Riportare la data di inizio dell'ultima mestruazione. <u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
47	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	Riportare l'età gestazionale stimata in settimane compiute di amenorrea ( <u>2 caratteri</u> ) <u>nel caso in cui</u> : - non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (voce precedente) - è stata effettuata una ridatazione (ecografia e/o clinica con punteggio neonatale) che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.



SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO		
SEZIONE C1: PARTO		
48	LUOGO DEL PARTO	Indicare dove è avvenuto il parto.
49	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	Indicare il tipo di travaglio. Il codice 3 (senza travaglio) può essere utilizzato solo nel caso di taglio cesareo.
50	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	Solo nel caso di travaglio indotto, indicare il motivo dell'induzione ( <i>una sola risposta</i> ). Se sono presenti più indicazioni alla induzione, codificare quella clinicamente più rilevante.
51	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	Solo nel caso di travaglio indotto, indicare il tipo di induzione ( <i>una sola risposta</i> ). In caso di utilizzo di più metodiche di induzione, codificare quella risultata efficace o, in caso di fallimento, quella utilizzata per ultima. Quando alla amniocentesi è stato associato un farmaco, codificare il farmaco.
52	SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	In caso di travaglio a inizio spontaneo, indicare l'eventuale effettuazione di parto pilotato ( <i>1 carattere</i> ). Per parto pilotato si intende parto con travaglio iniziato spontaneamente, ma con somministrazione di farmaci in corso di travaglio per accelerarne il decorso.
53	UTILIZZO DI METODICHE ANTIDOLORE IN TRAVAGLIO	Indicare l'eventuale utilizzo di metodiche anti-dolore durante il travaglio ( <i>una sola risposta</i> ). Codificare <i>metodiche non farmacologiche</i> solo se utilizzate in modo esclusivo.
54	GENERE DEL PARTO	Indicare se trattasi di parto semplice o plurimo.
55	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , indicare il numero nati di sesso maschile ( <i>1 carattere</i> ).
56	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , indicare il numero nati di sesso femminile ( <i>1 carattere</i> ).
57	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno dell' <u>ostetrica/o</u> in sala parto.
58	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno della <u>ginecologa/o</u> in sala parto.
59	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno del <u>pediatra/neonatologo</u> in sala parto.
60	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno dell' <u>anestesista</u> in sala parto.
61	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno dell' <u>infermiera/e neonatale</u> in sala parto.
62	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO	Indicare la presenza o meno di altro <u>personale sanitario o tecnico</u> in sala parto.
63	PRESENZA IN SALA PARTO	Indicare se in sala parto era presente il padre del neonato o un altro parente/persona di fiducia della donna.
64	PROFILASSI RH	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi Rh.
64 bis	RUBEO TEST	Indicare la positività o meno della donna agli anticorpi IgG anti-rosolia (Rubeo test). Indicare "non nota" se non è stato eseguito il test. Quesito temporaneo da compilare solo per i CedAP relativi ai parti avvenuti nel 2007.
SEZIONE C2: NEONATO		
(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)		
65	N° RIFERIMENTO SDO NEONATO	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera del neonato ( <i>8 caratteri</i> ) per il ricovero relativo alla nascita (esclusi i nati-morti e i nati a domicilio o presso strutture di assistenza non ospedaliere).

66	SESSO (IN BASE A TIPO GENITALI ESTERNI)	Indicare il sesso del neonato in base al tipo di genitali esterni. In caso di sesso indeterminato o incoerenza con sesso cromosomico, segnalare la malformazione compilando gli appositi quesiti (quesito 74 e sezione E del Certificato).
67	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	<u>Nel caso di parto plurimo</u> indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti ( <u>1 carattere</u> ).
68	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	Indicare la presentazione del neonato al momento del parto.
69	MODALITÀ DEL PARTO	Indicare la modalità del parto.
70	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	<u>In caso di parto con taglio cesareo</u> , indicare se trattasi di parto elettivo o non elettivo. Per parto cesareo elettivo si intende ogni taglio cesareo programmato come elettivo, anche se anticipato, rispetto alla data prevista, per il variare delle condizioni cliniche (ad es.: travaglio pretermine in presentazione podalica).
71	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	<u>In caso di parto con taglio cesareo</u> , indicare se il parto cesareo è avvenuto in travaglio o fuori travaglio. Verificare che la compilazione sia coerente con il quesito 49 (modalità del travaglio).
72	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	<u>In caso di parto con taglio cesareo</u> , indicare il tipo di anestesia utilizzato.
73	DATA E ORA DEL PARTO	Indicare la data del parto (giorno, mese, anno, ora, minuti) ( <u>12 caratteri</u> )
74	PESO	Indicare il peso in grammi ( <u>4 caratteri</u> )
75	LUNGHEZZA	Indicare la lunghezza in centimetri ( <u>2 caratteri</u> )
76	CIRCONFERENZA CRANICA	Indicare la circonferenza cranica in centimetri ( <u>2 caratteri</u> )
77	VITALITÀ	Specificare se trattasi di nato vivo o nato morto. <b>In caso di nato morto compilare la sezione D del certificato.</b>
78	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar. Non compilare in caso di nato morto.
79	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE	Indicare se si è presentata la necessità di rianimare il neonato e il tipo di rianimazione. Non compilare in caso di nato morto.
80	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	Indicare l'eventuale presenza di malformazione. <b>In caso di nato con presenza di malformazioni (diagnosticate entro i primi 10 gg di vita del neonato) compilare la sezione E del certificato.</b>
<b>SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ</b> <b>(DA COMPILARE IN CASO DI VITALITÀ = NATO MORTO)</b>		
81	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	Indicare la condizione morbosa principale del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) (*)
82	DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DEL FETO	Descrizione ( <u>40 caratteri</u> )
83	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	Indicare altra condizione morbosa del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) (*)
84	DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DEL FETO	Descrizione ( <u>40 caratteri</u> )
85	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	Indicare la condizione morbosa principale <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) (*)
86	DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DELLA MADRE	Descrizione ( <u>40 caratteri</u> )
87	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	Indicare altra condizione morbosa <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) (*)

88	DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DELLA MADRE	Descrizione (40 caratteri)
89	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	Indicare altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM (5 caratteri) (*)
90	DESCRIZIONE ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	Descrizione (40 caratteri)
91	MOMENTO DELLA MORTE	Indicare il momento in cui è avvenuta la morte.
92	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	Nel caso in cui il feto morto presenti delle malformazioni (presenza di malformazione = S), indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali.
93	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	Nel caso in cui il feto morto presenti delle malformazioni (presenza di malformazione = S), indicare se sono state effettuate o meno fotografie.
94	RISCONTRO AUTOPTICO	Indicare lo stato di effettuazione dell'autopsia.
<b>SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI (DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA DI MALFORMAZIONE = SI)</b>		
95	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	Indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri). (*)
96	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	Indicare altra eventuale malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri). (*)
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	Indicare altra eventuale malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (5 caratteri). (*)
98	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	Specificare per esteso la diagnosi citogenetica effettuata al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali (40 caratteri). In caso di assenza di anomalie nel cariotipo effettuato indicare "normale". Voce da non compilare in caso di mancata effettuazione del cariotipo prima della nascita.
99	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	In caso di malformazione diagnosticata durante la gravidanza, indicare l'età di gestazione, in settimane compiute in cui è stata diagnosticata la malformazione (2 caratteri). In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale.
100	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	In caso di malformazione diagnosticata durante i primi 10 giorni di vita del neonato, indicare l'età neonatale, in giorni compiuti in cui è stata diagnosticata la malformazione (2 caratteri). In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale. Non compilare nel caso in cui la malformazione sia stata diagnosticata in epoca gestazionale.
101	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei fratelli/sorelle del neonato.
102	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nella madre del neonato.
103	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nel padre del neonato.
104	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei genitori della madre.
105	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei genitori del padre.
106	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni in altri parenti della madre.
107	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni in altri parenti del padre.
108	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	Utilizzare il codice ICD 9 CM (5 caratteri) per l'eventuale malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)

<b>109</b>	DESCRIZIONE MALATTIA 1	Descrizione malattia 1 ( <i>40 caratteri</i> ).
<b>110</b>	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	Utilizzare il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) per altra eventuale malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
<b>111</b>	DESCRIZIONE MALATTIA 2	Descrizione malattia 2 ( <i>40 caratteri</i> ).

(\*) **N.B.** Le informazioni di carattere clinico riguardanti la madre, il feto e il nato, devono essere specificate per esteso e codificate utilizzando le voci e i codici della Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche ICD 9 CM e successivi aggiornamenti.

In generale, assegnare il codice a *5 caratteri*; solo quando ciò non è possibile, utilizzare codici a *4 caratteri*.

"Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'Ostetrica/o del Medico che ha assistito al parto o del Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita, per le sezioni A, B e C; a cura del Medico accertatore per le sezioni D e E" (**art. 1, punto 4 del decreto 16 luglio 2001, n. 349**).

**Controlli di qualità effettuati sui record (ALLEGATO 2 alla Cir. Reg. n. 10 del 9.10.2006)**  
**(Aggiornamento relativo ai controlli effettuati sui dati del 2008)**

I controlli di qualità che sono stati implementati per verificare la correttezza delle informazioni inviate, si compongono di 2 diversi step successivi; i records 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 files, A, M ed N; si verifica inoltre che non ci siano records, con chiave che non trova corrispondenze negli altri files. La chiave utilizzata per stabilire la corrispondenza tra i records dei diversi files, 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 records 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 valori di campi della stessa tabella tra loro correlati e tra valori di campi correlati situati in tabelle diverse.

Per i campi facoltativi, dalla rilevazione anno 2004, vengono effettuati dei controlli di qualità che non impediscono il caricamento dei record ma producono delle segnalazioni.

**ELENCO DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI DUE STEP**

**Nota bene:** *i controlli non scartanti (segnalazioni) sono in carattere corsivo;*  
*i controlli modificati rispetto alla Circolare 10 del 9/10/2006 sono evidenziati in blu.*

**FILE A**

Pos.	Campo	TIPO	Lung.	Vinc.	Controlli
1	Az. USL/Az. Osp. ( DI EVENTO)	AN	3	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>• Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>• Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	<b>OBB</b>	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un numero univoco nell'ambito dell'anno, Presidio/Stabilimento</li> <li>• La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>• Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• La parte progressivo deve corrispondere ad un valore numerico &gt;0</li> </ul>
22	COMUNE DI EVENTO	AN	6	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante, deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve corrispondere al codice ISTAT di un comune della Regione E.R., non cessato, come da file TCOMNOS (*)</li> </ul>
28	PRIVACY	AN	1	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• <i>Non deve essere, privacy = 2 e data di nascita presente o codice fiscale presente</i></li> </ul>
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	AN	8	<b>OBB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Privacy = 1 e parto avvenuto in un istituto di cura, non deve essere mancante</li> <li>• Devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• <i>Ai primi 2 caratteri deve corrispondere un anno compatibile con l'invio</i></li> </ul>

37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	AN	16	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Privacy = 1 e Cittadinanza=100 (italiana) o Cittadinanza straniera ma Comune di residenza italiano (≠999xxx), non deve essere mancante</li> <li>Il codice STP può essere presente al posto del C.F. solo se la cittadinanza non è italiana</li> <li>Deve contenere 16 caratteri di tipo alfanumerico</li> <li>Deve essere un codice fiscale rispondente alle regole di formazione definite da Agenzia delle Entrate, <i>compreso il calcolo del check digit.</i></li> <li>Deve essere un codice di persona di sesso femminile, <i>coerente con la data di nascita del campo successivo.</i></li> </ul>
53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Privacy = 1, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 8 caratteri di tipo numerico e deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>L'età della madre, calcolata come differenza tra la data di nascita e la data del parto, deve essere compresa tra 12 e 65 anni</li> </ul>
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante,</li> <li>Deve essere un codice presente nel file TCOMNOS (*)</li> <li>Se al posto del C.F. è presente il codice STP la cittadinanza non deve essere italiana</li> </ul>
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Privacy = 1, non deve essere mancante e deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve corrispondere al codice ISTAT, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</li> </ul>
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Privacy = 1, non deve essere mancante e deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve corrispondere ad un codice ISTAT, non cessato, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</li> </ul>
76	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se donna residente in Italia, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 6 caratteri di tipo numerico e deve essere un codice di Azienda Sanitaria presente in Italia – TCOMNOS (*)</li> <li>Deve essere coerente con il campo 'Comune di residenza madre'</li> </ul>
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> </ul>
83	DATA DI MATRIMONIO	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Stato civile =2, non deve essere mancante e deve contenere caratteri di tipo numerico.</li> <li>I caratteri del mese devono essere compresi tra 01 e 12.</li> </ul>
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante, deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> </ul>
97	CITTADINANZA DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve essere un codice presente nel file TCOMNOS (*)</li> </ul>
100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	AN	6	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante, deve contenere 6 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve corrispondere al codice ISTAT, presente nel file TCOMNOS (*), anche per gli stati esteri</li> </ul>
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> </ul>
107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti</li> </ul>
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti</li> </ul>
111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE DEL PADRE	AN	3	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti</li> </ul>

(\*) La tabella TCOMNOS aggiornata annualmente è disponibile sul sito internet <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html> nella sezione CedAP - Tabelle di riferimento.

**FILE M**

Pos.	Campo	TIPO	LUNG.	Vinc.	Controlli
1	Az. USL/Az. Osp. ( DI EVENTO)	AN	3	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>• Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>• Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente.</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	<b>OBB</b>	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>• Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>• La parte progressivo deve corrispondere ad un valore numerico &gt;0</li> </ul>
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	AN	1	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>• Deve essere = 1 se almeno uno dei successivi 3 campi è &gt;0</li> <li>• <i>Se = 1 almeno uno dei 3 campi seguenti deve essere &gt; 0</i></li> </ul>
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	N	2	<b>OBB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere caratteri di tipo numerico</li> <li>• Deve essere &gt;0 se, "Numero tagli cesarei" &gt;0</li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se Numero nati vivi &gt; 0</i></li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se Numero nati morti &gt; 0</i></li> <li>• <i>Se &gt; 0 almeno uno tra "numero nati vivi" e "numero nati morti" deve essere &gt; 0.</i></li> <li>• <i>Deve essere &gt; 0 se la data di parto precedente è valida</i></li> </ul>
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
27	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se precedenti concepimenti=1, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
29	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
31	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere caratteri di tipo numerico</i></li> </ul>
33	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	N	2	<b>OBB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Numero parti precedenti &gt;0, non deve essere mancante</li> <li>• Deve contenere caratteri di tipo numerico</li> </ul>
35	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	AN	8	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se Numero parti precedenti &gt;0 non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</i></li> <li>• <i>Deve essere una data con formato ggmmaaaa</i></li> </ul>
43	ABITUDINE AL FUMO	AN	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La 1° cifra non deve essere mancante.</i></li> <li>• <i>Se la 1° cifra =1 (SI), la 2° cifra non deve essere mancante.</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</i></li> </ul>
45	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</i></li> </ul>
46	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	N	1	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante, deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> <li>• <i>Se Servizio utilizzato in gravidanza ≠5, deve essere &gt;0</i></li> </ul>
47	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	N	2	<b>OBB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Visite di controllo in gravidanza &gt;0, non deve essere mancante</li> <li>• Deve essere un numero compreso tra 2 e 44</li> </ul>
49	NUMERO DI ECOGRAFIE	N	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante, deve essere un carattere numerico</i></li> </ul>
50	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	AN	1	<b>OBB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deve essere mancante</li> <li>• Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> <li>• <i>Se Visite di controllo in gravidanza &gt;0, non deve essere = 5</i></li> </ul>
51	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</i></li> </ul>
52	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>
53	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Non deve essere mancante</i></li> <li>• <i>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</i></li> </ul>

54	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
55	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
56	DECORSO GRAVIDANZA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
57	RICOVERO IN GRAVIDANZA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
58	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
59	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
60	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se "Concepimento con tecniche di procreazione assistita" =1, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> <li>Se "Concepimento con tecniche di procreazione assistita" =2, non deve essere valorizzato</li> </ul>
61	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	AN	8	OBB	<p>Se il campo successivo non è compilato,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere mancante</li> <li>deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</li> <li>deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>deve desumersi un'età gestazionale compresa tra 20 e 45 sett.</li> </ul>
69	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	N	2	OBB	<p>Se il campo precedente non è compilato,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere mancante</li> <li>deve contenere 2 caratteri di tipo numerico</li> <li>deve essere un numero compreso tra 20 e 45 sett.</li> </ul>
71	LUOGO DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> <li>Se codice presidio = 080999, non deve essere =1</li> </ul>
72	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> <li>Se Tipo di induzione è valido, deve essere =2.</li> <li>Se Motivo induzione è valido, deve essere =2</li> <li>Può essere =3 solo se Modalità parto = 4</li> </ul>
73	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se modalità travaglio = 2, non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 5 ]</li> </ul>
74	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se modalità travaglio = 2, non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
75	SE TRAVAGLIO A INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se modalità travaglio = 1, non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
76	UTILIZZO DI METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Modalità di travaglio = 1 o 2, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> <li>Se Modalità di travaglio = 3, non deve essere valorizzato</li> </ul>
77	GENERE DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se genere parto = 1, il n° schede neonato deve essere =1</li> <li>Se genere parto = 2, il n° schede neonato deve essere &gt;1</li> </ul>
78	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> </ul>
79	SE PARTO PLURIMO: NATE FEMMINE	N	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 1 carattere di tipo numerico</li> </ul>
80	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
81	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
82	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOGO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
83	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
84	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE NEONATALE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
85	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>



86	PRESENZA IN SALA PARTO	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
87	PROFILASSI RH	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
88	RUBEO TEST	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
89	FILLER	AN	9		<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve essere compilato a spazi</li> </ul>

## FILE N

Pos.	Campo	TIPO	Lung.	Vinc.	CONTROLLI
1	Az. USL/Az.Osp.( DI EVENTO)	AN	3	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve essere un codice di Azienda Sanitaria della Regione E.R.</li> <li>Deve corrispondere al codice di azienda inviante presente nel nome del file</li> </ul>
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve essere il codice HSP11 o HSP11bis di un punto nascita o '080999' in caso il parto non sia avvenuto in un istituto di cura</li> <li>Il presidio o stabilimento deve corrispondere all'azienda specificata nel campo precedente.</li> </ul>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>La parte anno (primi 4 caratteri) deve corrispondere all'anno presente nel nome del file e l'anno deve essere indicato nella forma a quattro cifre</li> <li>Sia nella parte anno che nella parte progressivo devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li>La parte progressivo deve corrispondere ad un valore &gt;0</li> </ul>
22	PROGRESSIVO SCHEDA	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante e deve contenere 1 carattere di tipo numerico, diverso da zero</li> <li>Deve essere un identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero di scheda in caso di parto plurimo</li> </ul>
23	N° DI RIFERIMENTO SDO NEONATO	AN	8	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se parto avvenuto in istituto di cura (Codice presidio ≠ 999) e vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>Devono essere presenti solo caratteri corrispondenti a cifre numeriche</li> <li><i>Ai primi 2 caratteri deve corrispondere un anno compatibile con l'invio</i></li> </ul>
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> <li>.</li> </ul>
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Genere parto = 2, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 1 carattere di tipo numerico &gt; 0.</li> </ul>
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 6 ]</li> </ul>
34	MODALITÀ DEL PARTO	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li><i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se Modalità travaglio = 3, non può essere = 1</li> <li><i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Se Modalità parto =4, non deve essere mancante</i></li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li><i>Se Modalità parto diverso da 4, non deve essere valorizzato</i></li> </ul>
38	DATA DEL PARTO	AN	8	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante, deve contenere 8 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve essere una data con formato ggmmaaaa</li> <li>La parte anno deve corrispondere all'anno presente nel nome del file</li> </ul>
46	ORA DEL PARTO	AN	4	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Non deve essere mancante, deve contenere 4 caratteri di tipo numerico</i></li> <li><i>Deve essere un'ora con formato hhmm</i></li> </ul>
50	PESO	N	4	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante, deve contenere 4 caratteri di tipo numerico</li> <li>Deve essere compreso tra 0300 e 7000</li> </ul>

54	LUNGHEZZA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve essere un valore &gt; 0</li> </ul>
56	CIRCONFERENZA CRANICA	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve essere un valore &gt; 0</li> </ul>
58	VITALITÀ	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se i campi Malattia principale feto o Momento della morte o Riscontro autoptico sono valorizzati secondo i valori previsti, deve essere = 2</li> </ul>
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	N	2	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere 2 caratteri di tipo numerico corrispondenti ad un valore compreso tra 0 e 10</li> </ul>
61	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità = 1, non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
62	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	AN	1	OBB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non deve essere mancante</li> <li>Deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> <li>Se Malformazione diagnosticata 1 è valorizzata secondo i valori previsti, deve essere = 1</li> <li>Se Sesso=3 (indeterminato), deve essere = 1</li> </ul>
63	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato, deve contenere solo caratteri numerici (il punto presente nel codice ICD 9 CM va omesso)</li> <li>Deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
68	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
73	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
78	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
83	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
88	MOMENTO DELLA MORTE	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 , non deve essere mancante</li> <li>Se compilato deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 4 ]</li> </ul>
89	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 e Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
90	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 e Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
91	RISCONTRO AUTOPTICO	AN	1	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Vitalità =2 , non deve essere mancante</li> <li>Se compilato deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 3 ]</li> </ul>
92	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	AN	5	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza di malformazione = 1 non deve essere mancante</li> <li>Se compilato, deve contenere solo caratteri numerici (il punto presente nel codice ICD 9 CM va omesso)</li> <li>Deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
102	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
107	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	AN	40	FAC	
147	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1 e il campo successivo non è compilato, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere caratteri numerici corrispondenti ad un valore compreso tra 4 e 44</li> </ul>
149	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1 e il campo precedente non è compilato, non deve essere mancante</li> <li>Deve contenere caratteri numerici corrispondenti ad un valore compreso tra 0 e 10</li> </ul>
151	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
152	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>

153	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
154	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
155	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	AN	1	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Presenza malformazione = 1, non deve essere mancante e deve assumere uno dei valori previsti [ 1- 2 ]</li> </ul>
158	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
163	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	AN	5	FAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se compilato deve contenere un numero di caratteri compreso tra 3 e 5, corrispondente ad un codice ICD 9 CM</li> </ul>
168	FILLER	AN	10		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve essere compilato a spazi</li> </ul>