



IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI

MARIELLA MARTINI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2011. 0308289
del 21/12/2011



CIRCOLARE N. 18

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili dei Presidi Ospedalieri
Ai Direttori delle U.O. di Ostetricia-Ginecologia
Ai Direttori delle U.O. di Neonatologia/TIN/Pediatria
Ai Responsabili per il Sistema Informativo
Ai Referenti per il Certificato di Assistenza al Parto

delle Aziende Sanitarie
della regione Emilia-Romagna

Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori delle U.O. di Ostetricia-Ginecologia
Ai Referenti per il Certificato di Assistenza al Parto
Al Presidente dell'Associazione AIOP

delle Case di Cura private
della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Specifiche tecniche per la rilevazione dei Certificati di Assistenza al Parto – anno 2012

Il Certificato di assistenza al parto (CedAP) costituisce uno strumento omogeneo a livello nazionale per la rilevazione degli eventi di nascita (compresi i casi di nati-mortalità) e rappresenta un importante fonte di informazioni sia a fini statistici che di sanità pubblica. I dati raccolti tramite il CedAP sono sia di carattere sanitario ed epidemiologico che di carattere demografico e socio-economico.

Il Ministero della Salute, con il Decreto 16 luglio 2001, n. 349 e successivamente con la Circolare n. 15 del 19 dicembre 2001 ha dettato i criteri generali e definito il tracciato record nazionale del Certificato di assistenza al parto, lasciando alle Regioni la possibilità di integrare il tracciato con ulteriori informazioni ritenute utili.

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/neonatalogo 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.

Risulta fondamentale, al fine di un miglioramento continuo dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, 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.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

INDICE	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5	ANNO	NUM	SUB
Classif. 3398	600	50				Fasc. 2011	5	

a uso interno. DP/ /

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

In questo contesto il certificato di assistenza al parto risulta 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 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.

I dati CedAP costituiscono ormai da vari anni la principale fonte di informazioni per i gruppi di lavoro della Commissione consultiva tecnico-scientifica regionale sul Percorso Nascita.

Inoltre, la possibilità di disporre di informazioni analitiche, integrabili con altre rilevazioni correnti (in particolare con il flusso informativo SDO delle schede di dimissione ospedaliera), consente, nel rispetto delle attuali norme vigenti sulla privacy, di ricomporre il percorso diagnostico-sanitario dell'utenza.

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.

Proprio dal confronto tra professionisti clinici nell'ambito dei gruppi di lavoro della Commissione sul Percorso Nascita, oltre che dalle proposte emerse nell'ambito del gruppo di lavoro nazionale per l'evoluzione dei dati raccolti con la fonte informativa CedAP, è emersa l'esigenza di apportare alcune variazioni alla rilevazione, che sono state condivise a novembre nella giornata di presentazione dell'ottavo rapporto sulla su "La nascita in Emilia-Romagna". Le finalità principali delle novità introdotte sono di rendere maggiormente esplicativi alcuni quesiti e di aumentare la capacità informativa del CedAP relativamente alle condizioni di rischio della donna e all'assistenza in gravidanza e al neonato.

La presente circolare sostituisce pertanto la circolare n. 10 del 9/10/2006, in vigore dai dati anno 2007, 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 2012**.

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

- Disciplinare tecnico
- Allegato 1 - Modello di scheda di rilevazione
- Allegato 2 - Note per la compilazione della scheda di rilevazione

Certi della collaborazione, si inviano distinti saluti.

Mariella Martini



SERVIZIO SISTEMA INFORMATIVO SANITÀ E POLITICHE SOCIALI
LA RESPONSABILE
ELEONORA VERDINI

DISCIPLINARE TECNICO

Specifiche tecniche la rilevazione dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP)

Premessa

Il presente disciplinare tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2012.
Il documento si suddivide nei seguenti punti:

- 1 Ambito di applicazione e informazioni oggetto della rilevazione
- 2 Novità introdotte rispetto alla Circolare 2007
- 3 Tracciato record
- 4 Tempi e modalità di trasmissione dei dati
- 5 Controlli e ritorno informativo
- 6 Referenti aziendali e utenze al portale di gestione del flusso informativo
- 7 Referenti regionali

Sono inoltre allegati al disciplinare i seguenti documenti (aggiornati rispetto alla circolare 10 del 2006):

- Allegato 1 – Scheda di rilevazione CedAP
- Allegato 2 – Note di compilazione della scheda

Tutte le informazioni, i documenti e le pubblicazioni inerenti la rilevazione regionale dei Certificati di assistenza al parto sono disponibili nella sezione CedAP del portale del Sistema informativo sanità e politiche sociali: (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>).

1. Ambito di applicazione e informazioni oggetto della rilevazione

Oggetto della rilevazione CedAP è ciascun evento parto avvenuto sul territorio emiliano-romagnolo, compresi gli 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 sensibili (legge 196/2003 e succ. mod), le informazioni sono suddivise nel tracciato record in 3 tabelle:

tabella A: dati anagrafici e socio-demografici sui genitori

tabella M: dati sensibili sulla madre

tabella N: dati sensibili sul neonato

L'Allegato 1 riporta il modello di scheda cartacea utilizzabile per la raccolta dei dati. Nella compilazione della scheda è importante prestare attenzione alle note riportate in Allegato 2.

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.

Nel caso di parto a domicilio o parto in una struttura di assistenza non ospedaliera (casa di maternità), il CedAP va compilato a cura dell'ostetrica/o o medico che ha assistito il parto e va consegnato all'AUSL in cui è situato il Comune di evento. In caso di parto avvenuto fortuitamente in un luogo extra-ospedaliero, con successivo ricovero in un istituto di cura, il CedAP va compilato a cura del personale medico/ostetrico della struttura di ricovero.

2. Novità introdotte rispetto alla circolare 2007

Rispetto al precedente Circolare (Circolare regionale n. 1 del 27/02/2004 e successive modifiche) sono state apportate alcune variazioni sia nel modello di rilevazione del Certificato di Assistenza al parto (Allegato 1), che, di conseguenza, nel tracciato record. Sono inoltre state ampliate e diversamente specificate alcune note di compilazione (Allegato 2).

Obiettivo principale di tali modifiche è di disporre di alcune informazioni aggiuntive ritenute importanti ai fini della corretta descrizione delle condizioni di rischio della donna, dell'assistenza in gravidanza e dell'assistenza al neonato. Altra finalità è quella di rendere maggiormente esplicativi e comprensivi di tutta la casistica alcuni quesiti.

Al fine di uniformarsi agli altri flussi informativi sanitari, è stato inoltre modificato il tipo di controllo per i campi a vincolo facoltativo (vedi al punto 3.2).

Si riportano di seguito le principali modifiche apportate al tracciato.

Campi aggiunti

- Altezza madre (tab. A)
- Peso pregravidico madre (tab. A)
- Test combinato (tab. M)
- Massaggio cardiaco (tab. N)
- Adrenalina (tab. N)
- Altro farmaco (tab. N)

Campi modificati

- Privacy (tab. A)
- Corso di preparazione al parto (tab. M)
- Tipo di induzione (tab. M)
- Vitalità (tab. N)
- Necessità di rianimazione (tab. N)

Campi eliminati

- Ricovero in gravidanza (tab. M)

3 Tracciato record

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 dai campi: **Azienda USL/Azienda OSP** (di evento), **Codice Presidio**, **Sub codice stabilimento** (ove previsto) e dal **Numero di scheda parto**. Per la tabella N la chiave di univocità comprende anche il campo **Progressivo Scheda**.

Nel caso di parto a domicilio o parto in una struttura di assistenza non ospedaliera (casa di maternità), assistito quindi da personale ostetrico al di fuori di una struttura ospedaliera, il Codice di Presidio va valorizzato a 999 e non va valorizzato il Sub codice stabilimento. In caso invece di parto avvenuto fortuitamente in un luogo extra-ospedaliero, con successivo ricovero in un istituto di cura, va indicato il codice Presidio/Stabilimento della struttura di ricovero.

In ogni tabella sono presenti le seguenti colonne:

- Posizione (Pos.):** Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato della tabella.
- Campo:** Nome del campo (i **campi** che costituiscono la **chiave** univoca del record sono **in neretto**).
- Tipo:** 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.
- Lunghezza (Lung.):** Numero dei caratteri del campo.
- Vincolo (Vinc.):** Grado di obbligatorietà come definito al punto 3.2.
- Codifica e note:** Indicazioni relative alla valorizzazione del campo (valori ammessi, formati, condizioni di obbligatorietà).
- Controlli scartanti:** Descrizione sintetica dei controlli di 1° livello (scartanti) effettuati sulle variabili.

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

3.2 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
OBB V	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).
OBB	Campo obbligatorio in determinate condizioni specificate (obbligatorietà condizionata). Se non valorizzato quando previsto o valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).
FAC	Campo facoltativo. Se non valorizzato il controllo da origine ad una segnalazione (livello di controllo informativo), se valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).

I campi con vincolo OBB 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" al fine di evitare possibili ambiguità per quelle variabili in cui lo zero è uno dei valori ammessi).

Lo scarto di un record in un file (A, M o N) comporta anche lo scarto dei corrispondenti record negli altri due file.

3.3 Tracciato tabella A (contenente i dati anagrafici e socio-demografici sui genitori)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	CONTROLLI SCARTANTI
1	AZ. USL/Az.OSP (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti.	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	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.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	COMUNE DI EVENTO	AN	6	OBB V	Codice ISTAT (*) (primi 3 caratteri per la Provincia e ulteriori 3 caratteri per il singolo Comune della Provincia).	- VALORIZZATO - VALIDO IN TCOMNOS
28	PRIVACY	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. normale conferimento dei dati personali 2. donna che non vuole fornire dati personali per mancato riconoscimento figlio 3. donna che non vuole fornire dati personali per altri motivi	- VALORIZZATO - VALIDO
29	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	AN	8	OBB	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre per il ricovero relativo al parto (2 cifre identificative dell'anno + 6 cifre del progressivo). Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
37	CODICE FISCALE DELLA MADRE	AN	16	OBB	Codice fiscale oppure codice STP o ENI o PSU o AS (per le varie tipologie di stranieri temporaneamente presenti). Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - DI PERSONA DI SESSO FEMMINILE - CODICE STP-ENI-PSU-AS SOLO SE CITTADINANZA NON ITALIANA
53	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	AN	8	OBB	Formato <u>ggmmaaaa</u> Obbligatorio, salvo il caso di donna che non vuole fornire dati personali (Privacy = 2 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO E COERENTE CON CF - 12<=ETA'-ANNO<=65
61	CITTADINANZA DELLA MADRE	AN	3	OBB V	Codice ISTAT A 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per le cittadine italiane codificare 100. Per le apolidi codificare 999.	- VALORIZZATO - VALIDO - CARATTERI NUMERICI
64	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	AN	6	OBB	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 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO E COERENTE CON CF
70	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	OBB	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 o 3).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - COMUNE "NON CESSATO"
76	REGIONE E AUSL DI RESIDENZA DELLA MADRE	AN	6	FAC	Codice identificativo della Regione (3 caratteri) e dell'Azienda USL di residenza (3 caratteri).	- SE VALORIZZATO, VALIDO
82	STATO CIVILE DELLA MADRE	AN	1	OBB V	Valori ammessi: 1. nubile 2. coniugata 3. separata 4. divorziata 5. vedova 6. non dichiarato	- VALORIZZATO - VALIDO
83	DATA DI MATRIMONIO	AN	6	FAC	Indicare mese ed anno dell'unico o ultimo matrimonio in formato <u>mmaaaa</u> .	SE VALORIZZATO, VALIDO
89	DATA DI NASCITA DEL PADRE	AN	8	FAC	Formato <u>ggmmaaaa</u> .	SE VALORIZZATO, VALIDO
97	CITTADINANZA DEL PADRE	AN	3	FAC	Codice ISTAT a 3 cifre dello Stato di cittadinanza (*). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	SE VALORIZZATO, VALIDO

100	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	AN	6	FAC	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.	SE VALORIZZATO, VALIDO
106	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	AN	1	OBB V	Codice da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	- VALORIZZATO - VALIDO
107	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	AN	3	FAC	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>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupata). <u>I cifra</u> : 1. occupata 2. disoccupata 3. in cerca di prima occupazione 4. studentessa 5. casalinga 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc) <u>II cifra (se occupata)</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>III cifra (se occupata)</u> : 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	SE VALORIZZATO, VALIDO
110	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	AN	1	FAC	Codice da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo	SE VALORIZZATO, VALIDO
111	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DEL PADRE	AN	3	FAC	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>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupato). <u>I cifra</u> : 1. occupato 2. disoccupato 3. in cerca di prima occupazione 4. studente 5. casalingo 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc) <u>II cifra (se occupato)</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>III cifra (se occupato)</u> : 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	SE VALORIZZATO, VALIDO

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

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

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	CONTROLLI SCARTANTI
1	Az. USL/Az. Osp (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporta il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	AN	10	OBB V	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.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	AN	1	OBB V	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti: 1. SI 2. NO	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON I 3 CAMPI SUCCESSIVI
23	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI</u> : NUMERO PARTI PRECEDENTI	N	2	OBB	Indicare il numero di parti (compresi parti con soli nati morti) avuti dalla donna precedentemente al presente. Obbligatorio se precedenti concepimenti = 1 (si).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - COERENTE COL CAMPO "NUMERO DI TAGLI CESAREI"
25	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI</u> : NUMERO ABORTI SPONTANEI	N	2	FAC	Indicare il numero di eventuali aborti spontanei.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
27	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI</u> : NUMERO I.V.G.	N	2	FAC	Indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
29	<u>SE PRECEDENTI PARTI</u> : NUMERO NATI VIVI	N	2	FAC	Indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna da precedenti parti.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
31	<u>SE PRECEDENTI PARTI</u> : NUMERO NATI MORTI	N	2	FAC	Indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti.	SE VALORIZZATO, NUMERICO
33	<u>SE PRECEDENTI PARTI</u> : NUMERO TAGLI CESAREI	N	2	OBB	Indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti. Obbligatorio se numero parti precedenti >0.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
35	<u>SE PRECEDENTI PARTI</u> : DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	AN	8	FAC	<u>Formato ggmmaaaa.</u>	SE VALORIZZATO, VALIDO
43	ABITUDINE AL FUMO (DI TABACCO)	AN	2	FAC	Codice a 2 caratteri 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 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 <u>Se SI</u> , 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	SE VALORIZZATO, VALIDO
45	ALTEZZA MADRE	N	3	FAC	Altezza della madre in centimetri.	SE VALORIZZATO, NUMERO COMPRESO TRA 100 E 250
48	PESO PREGRAVIDICO MADRE	N	3	FAC	Peso pregravidico della madre in kilogrammi.	SE VALORIZZATO, NUMERO COMPRESO TRA 025 E 200
51	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)	AN	1	FAC	Nel caso di consanguineità tra i genitori indicare se: 1. sono parenti di 4° grado; 2. sono parenti di 5° grado; 3. sono parenti di 6° grado. In caso di non consanguineità compilare a spazi.	SE VALORIZZATO, VALIDO
52	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	N	1	OBB V	Numero di visite effettuate dalla partoriente durante la gravidanza: se superiore a 9, indicare 9.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI
53	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	N	2	OBB	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita nella gravidanza. Obbligatorio se visite di controllo in gravidanza >0.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - VALORE COMPRESO TRA 02 E 44 (ESTREMI INCLUSI)

55	NUMERO DI ECOGRAFIE	N	1	AC	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza. Se superiore a 9, indicare 9.	
56	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	AN	1	OBB V	Indicare da chi è stata seguita prevalentemente la gravidanza: 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	- VALORIZZATO - VALIDO - SE VISITE DI CONTROLLO > 0 NON PUO' ESSERE = 5.
57	CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO	AN	1	FAC	Indicare l'eventuale partecipazione della donna ad un corso di preparazione al parto, durante la gravidanza: 0. no, frequentato in precedente gravidanza 1. no 2. si, presso un consultorio familiare pubblico 3. si, presso un ospedale pubblico 4. si, presso una struttura privata	SE VALORIZZATO, VALIDO
58	INDAGINI PRENATALI: TEST COMBINATO	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
59	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
60	INDAGINI PRENATALI: VILLOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
61	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
62	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
63	DECORSO GRAVIDANZA	AN	1	FAC	Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso: 1. fisiologico 2. patologico	SE VALORIZZATO, VALIDO
64	DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	AN	1	FAC	Indicare l'eventuale riscontro di difetto di accrescimento fetale: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
65	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	AN	1	FAC	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
66	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	AN	1	FAC	Nel caso il concepimento sia avvenuto tramite 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.	SE VALORIZZATO, VALIDO
67	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	AN	8	OBB	Formato <i>ggmmaaaa</i> . La valorizzazione della data dell'ultima mestruazione è preferibile rispetto al campo successivo. Almeno uno dei due campi va obbligatoriamente compilato.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST. DESUNTA<=45
75	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	N	2	OBB	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.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 20<=ETA' GEST.<=45
77	LUOGO DEL PARTO	AN	1	OBB V	Indicare se il parto è avvenuto in: 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata (parto a domicilio programmato) 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. luogo extra-ospedaliero non programmato	- VALORIZZATO - VALIDO

78	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	AN	1	OBB V	Indicare se: 1. travaglio ad inizio spontaneo 2. travaglio indotto 3. senza travaglio (solo per tagli cesarei)	- VALORIZZATO - VALIDO - PUO' ESSERE 3 SOLO SE MODALITA' PARTO =4 - SE "TIPO INDUZIONE" VALORIZZATO E VALIDO, DEVE ESSERE=2
79	<u>SE TRAVAGLIO INDOTTO:</u> MOTIVO DI INDUZIONE	AN	1	FAC	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	SE VALORIZZATO, VALIDO
80	<u>SE TRAVAGLIO INDOTTO:</u> TIPO DI INDUZIONE	AN	1	OBB	Se travaglio indotto, indicare il tipo di induzione: 1. prostaglandine 2. ossitocina 3. altro farmaco 4. amnioressi 5. altro metodo meccanico Obbligatorio se il modalità di travaglio = 2.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
81	<u>SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO:</u> PARTO PILOTATO	AN	1	OBB	Se travaglio ad inizio spontaneo, indicare l'effettuazione di parto pilotato: 1. SI 2. NO Obbligatorio se il modalità di travaglio =1.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
82	UTILIZZO METODICHE ANTI-DOLORE IN TRAVAGLIO	AN	1	OBB	Indicare la metodica anti-dolore utilizzata utilizzata: 1. nessuna metodica utilizzata 2. analgesia epidurale 3. altro tipo di analgesia farmacologica 4. metodiche non farmacologiche Obbligatorio se il modalità di travaglio =1 o 2.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
83	GENERE DEL PARTO	AN	1	OBB V	Indicare se trattasi di: 1. parto semplice 2. parto plurimo	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON NUMERO DI SCHEDE NEONATO CORRELATE
84	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	N	1	OBB	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso maschile.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
85	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	N	1	OBB	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso femminile.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
86	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA/O	AN	1	FAC	Presenza dell' ostetrica/o : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
87	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO/A	AN	1	FAC	Presenza del ginecologo/a : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
88	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOG.	AN	1	FAC	Presenza del pediatra/neonologo : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
89	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	AN	1	FAC	Presenza dell' anestesista : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
90	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE/A NEONATALE	AN	1	FAC	Presenza dell' infermiere neonatale : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
91	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	AN	1	FAC	Presenza di altro personale sanitario o tecnico : 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
92	PRESENZA IN SALA PARTO	AN	1	FAC	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	SE VALORIZZATO, VALIDO
93	PROFILASSI RH	AN	1	FAC	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi Rh: 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO

94	RUBEO TEST	AN	1	OBB V	Indicare se la ricerca di anticorpi anti-rosolia (Rubeo test) è risultata: 1. positiva 2. negativa 3. non nota	- VALORIZZATO - VALIDO
----	------------	----	---	--------------	---	---------------------------

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

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINC.	CODIFICA E NOTE	CONTROLLI SCARTANTI
1	Az. USL/Az.Osp (DI EVENTO)	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice dell'Azienda Ospedaliera in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie.	- VALORIZZATO - VALIDO
4	CODICE PRESIDIO	AN	6	OBB V	Codice HSP 11, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel caso di parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità, in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 080999.	- VALORIZZATO - VALIDO - COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	SUB CODICE STABILIMENTO	AN	2	OBB	Codice HSP11bis, in base ad Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie. Obbligatorio in caso di Presidio comprensivo di più stabilimenti	
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	N	10	OBB V	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.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - PARTE PROGRESSIVO >0
22	PROGRESSIVO SCHEDA	AN	1	OBB V	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.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - >0
23	N° RIFERIMENTO SDO NEONATO	AN	8	OBB	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera del neonato per il ricovero relativo alla nascita (2 cifre identificative dell'anno + 6 cifre del progressivo). Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura e se Vitalità = 1	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI
31	SESSO (IN BASE A GENITALI ESTERNI)	AN	1	OBB V	Indicare: 1. maschio 2. femmina 3. indeterminato	- VALORIZZATO - VALIDO
32	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	AN	1	OBB	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - >0
33	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	AN	1	OBB V	Indicare: 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla	- VALORIZZATO - VALIDO
34	MODALITÀ DEL PARTO	AN	1	OBB V	Indicare se il parto è stato: 1. vaginale non operativo 2. vaginale con uso forcipe 3. vaginale con uso ventosa 4. con taglio cesareo	- VALORIZZATO - VALIDO
35	SE PARTO CESAREO: ELEZIONE	AN	1	OBB	Se parto con taglio cesareo, indicare se trattasi di cesareo: 1. elettivo 2. non elettivo Obbligatorio se modalità di parto = 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
36	SE PARTO CESAREO: TRAVAGLIO	AN	1	OBB	Se parto con taglio cesareo, indicare se avvenuto: 1. in travaglio 2. fuori travaglio Obbligatorio se modalità di parto = 4.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO - SE "MODALITA' TRAVAGLIO =3, NON PUO' ESSERE =1
37	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	AN	1	FAC	Se parto con taglio cesareo (modalità di parto = 4), indicare il tipo di anestesia utilizzata: 1. generale 2. locoregionale centrale	SE VALORIZZATO, VALIDO
38	DATA DEL PARTO	AN	8	OBB V	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno)	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - VALIDO - PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE
46	ORA E MINUTO DEL PARTO	AN	4	FAC	Formato <i>hhmm</i> (ora, minuti)	SE VALORIZZATO, VALIDO
50	PESO	N	4	OBB V	Indicare il peso in grammi.	- VALORIZZATO - CARATTERI NUMERICI - 0300<=PESO<=7000
54	LUNGHEZZA	N	2	FAC	Indicare la lunghezza in centimetri	SE VALORIZZATO, NUMERICO
56	CIRCONFERENZA CRANICA	N	2	FAC	Indicare la circonferenza cranica in centimetri	SE VALORIZZATO, NUMERICO

58	VITALITÀ	AN	1	OBB V	Specificare se trattasi di: 1. nato vivo 2. nato morto 3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita	- VALORIZZATO - VALIDO
59	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	N	2	OBB	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar . Obbligatorio se vitalità =1 o 3 (nato vivo).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - CARATTERI NUMERICI - 0<=APGAR <=10
61	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: VENTILAZIONE MANUALE	AN	1	OBB	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
62	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: INTUBAZIONE	AN	1	OBB	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
63	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: MASSAGGIO CARDIACO	AN	1	OBB	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
64	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ADRENALINA	AN	1	OBB	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
65	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ALTRO FARMACO	AN	1	OBB	Indicare l'effettuazione: 1. SI 2. NO Obbligatorio se vitalità = 1 o 3.	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
66	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	AN	1	OBB V	Indicare la presenza o meno di diagnosi di malformazione nei primi 10 giorni di vita del neonato: 1. SI 2. NO	- VALORIZZATO - VALIDO - SE "MALFORM. DIAGNOSTICATA 1" E' VALORIZZATO, DEVE ESSERE =1 - SE "SESSO" =3, DEVE ESSERE =1
67	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	AN	5	FAC	Se nato morto, indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
72	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	AN	5	FAC	Indicare, se presente, altra condizione morbosa del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
77	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	AN	5	FAC	Indicare, se presente, la condizione morbosa principale materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
82	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	AN	5	FAC	Indicare, se presente, altra condizione morbosa materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
87	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	AN	5	FAC	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 (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
92	MOMENTO DELLA MORTE	AN	1	OBB	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).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO
93	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
94	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	AN	1	FAC	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono state effettuate o meno fotografie (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
95	RISCONTRO AUTOPTICO	AN	1	OBB	Se nato morto, indicare se (<u>1 carattere</u>): 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 richiesta; Obbligatorio se vitalità =2 (nato morto).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO

96	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	AN	5	OBB	Se presente, indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>). Obbligatorio se Presenza di malformazione =1 (si).	- VALORIZZATO (OVE PREVISTO) - VALIDO (CODICE ICD 9 CM)
101	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	AN	5	FAC	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
106	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	AN	5	FAC	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u> , omettere il <u>punto</u>)	SE VALORIZZATO, VALIDO
111	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	AN	40	FAC	Se effettuata, specificare per esteso la diagnosi citogenetica al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali (<u>40 caratteri</u>). Scrivere " <u>normale</u> " in caso di assenza di anomalie cromosomiche.	
151	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	In caso di malformazione diagnosticata durante la gravidanza, indicare l'età di gestazione, <u>in settimane compiute</u> , in cui è stata fatta la diagnosi.	SE VALORIZZATO, NUMERICO < 46
153	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	N	2	FAC	In caso di malformazione diagnosticata nei primi 10 giorni di vita del neonato, indicare l'età neonatale, <u>in giorni compiuti</u> , in cui è stata fatta la diagnosi. Valorizzare con 0 in caso di diagnosi fatta subito dopo il parto.	SE VALORIZZATO, NUMERICO < 11
155	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in fratelli/sorelle (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
156	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nella madre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
157	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nel padre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
158	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nei genitori della madre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
159	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni nei genitori padre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
160	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in altri parenti madre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
161	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	AN	1	FAC	Indicare la presenza di malformazioni in altri parenti padre (<u>1 carattere</u>): 1. SI 2. NO	SE VALORIZZATO, VALIDO
162	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	AN	5	FAC	Se presente, indicare il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u>) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	SE VALORIZZATO, VALIDO
167	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	AN	5	FAC	Se presente, indicare il codice ICD 9 CM (<u>5 caratteri</u>) di altra malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	SE VALORIZZATO, VALIDO
172	FILLER	AN	10		Impostare a spazi. Campo riservato ad usi futuri e/o temporanei.	

4 Tempi e modalità di trasmissione dei record

4.1 Scadenze per la trasmissione dei dati

Le Aziende Sanitarie devono trasmettere semestralmente i file alla Regione secondo le scadenze sotto riportate (così come già modificato nella nota PG/2011/99904, a partire dal 1° invio relativo ai dati 2011):

INVIO	CONTENUTO DEI FILES	SCADENZA CONSOLIDAMENTO
1° invio	Dati del 1° semestre	25 settembre dell'anno di riferimento dei dati
2° invio	Dati di tutto l'anno (1° + 2° sem.)	25 marzo dell'anno successivo

Le Aziende USL devono 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 in altre strutture di assistenza (Case Maternità) nel proprio ambito territoriale.

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 e che il Ministero ha a sua volta nei confronti di EUROSTAT.

4.2 Modalità di trasmissione dei dati

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>), nella sezione specifica del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Per accedere alle pagine di Gestione del flusso informativo occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (vedi punto 6).

Ogni Azienda USL ha a disposizione la funzione di SIMULAZIONE on-line dei dati da inviare, che consente di sottoporre i propri dati al programma regionale di controlli e verificarne in tempo reale l'esito, per poi provvedere alle eventuali correzioni, prima della trasmissione definitiva dei dati e il relativo CONSOLIDAMENTO.

Per ogni invio di dati è possibile effettuare più di una simulazione e ogni simulazione può riguardare anche solo una parte dei record che costituiranno poi la trasmissione definitiva dei dati (es. solo quelli relativi ad un punto nascita dell'Azienda).

Si raccomanda di verificare che l'ultimo invio simulato, di cui si procede a consolidamento, sia quello per il quale si è avuto l'esito migliore dei controlli (numero minore di scarti) e sia comprensivo di tutti i dati dell'Azienda per il semestre di riferimento (compresi, per le Aziende USL, i dati delle strutture private del proprio territorio e dei parti a domicilio).

I file da inviare in Regione devono essere 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 simulati/caricati nella banca dati regionale.

I file possono essere zippati se necessario.

Al momento dell'invio, nell'apposita maschera del portale web, è necessario indicare per ogni file il numero di record che contiene.

Semestralmente, conclusa la fase di consolidamento da parte di tutte le Aziende, segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si conclude con il caricamento in banca dati e la creazione di un ritorno informativo per le Aziende relativo all'esito definitivo dei controlli (vedi punto 5).

5 Controlli e ritorno informativo

I record trasmessi dai sistemi informativi aziendali vengono sottoposti ad una serie di controlli logico-formali, al fine di garantire requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute in ogni singolo record.

Il livello di controllo è differenziato nel seguente modo: controlli di 1° livello (scarti) e controlli di 2° livello (segnalazioni).

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

Una descrizione sintetica dei controlli di 1° livello è esplicitata nei tracciati record riportati al punto 3.

Al termine di ogni fase di simulazione le Aziende invianti hanno a disposizione sul portale web un ritorno informativo sull'esito dei controlli, in cui vengono evidenziati sia gli errori scartanti che le segnalazioni, affinché vengano apportate le dovute correzioni. In specifico vengono messi a disposizione i seguenti file:

1. RIEPILOGO: file HTM di riepilogo dell'esito del controllo, con evidenza del numero di record inviati, caricati, scartati e con segnalazioni per ogni file inviato (tab. A, M, N);
2. SCARTI: file HTM di riepilogo degli errori di 1° livello (scarti) rilevati per ogni tabella e file TXT di dettaglio con l'elenco dei record scartati, con indicazione della chiave del record, del campo sul quale si è riscontrato l'errore e del tipo di errore scartante.
3. SEGNALAZIONI: file HTM di riepilogo degli errori di 2° livello (segnalazioni) per ogni tabella e file TXT di dettaglio con l'elenco dei record con segnalazioni, con indicazione della chiave del record, del campo sul quale si è riscontrato l'errore e del tipo di errore non scartante.

Un analogo ritorno informativo viene messo a disposizione sul portale terminata la fase di consolidamento da parte di tutte le Aziende USL, al momento del caricamento nella banca dati regionale.

L'elenco delle decodifiche dei codici CAMPO e TIPO DI ERRORE è disponibile nella sezione *Table di riferimento* del portale dedicato al flusso informativo.

Al fine di permettere alle Aziende USL una completa analisi dei dati relativi alla popolazione residente nel proprio territorio, viene inoltre reso disponibile semestralmente, 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.

6. Referenti aziendali e utenze al portale di gestione del flusso informativo

Le Aziende Sanitarie e le Case di cura private sede di nascite sono tenute ad avere nell'ambito della propria struttura organizzativa un referente per il flusso informativo CedAP (due se si ritiene utile per motivi organizzativi). I referenti del flusso hanno in particolare il compito di effettuare la trasmissione dei dati, monitorandone qualità e tempestività, e ad essi vengono inviate le comunicazioni relative alla gestione del flusso informativo.

Solo ai referenti individuati a tal fine (esclusi quelli delle Case di Cura private) viene data apposita utenza per l'accesso alle specifiche pagine di Gestione del flusso informativo del portale. L'utenza consente di accedere alle funzioni di elaborazione file (invio, simulazione, consolidamento) e visualizzazione del ritorno informativo.

In attuazione del documento programmatico per la sicurezza della Regione (Prot. n. DOR/07/60125, Atto Dirigente n. 2653 del 06/03/2007) l'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione o essere ceduta ad altri.

Si ritiene opportuno inoltre che le Aziende Sanitarie individuino un referente clinico-organizzativo con funzioni di coordinamento presso le U.O. dove vengono raccolte le informazioni e compilati i Certificati, con il quale il referente del flusso informativo possa relazionarsi al fine di assicurare la completezza e la buona qualità dei dati trasmessi alla Regione e a cui, se necessario, anche i referenti regionali possano fare riferimento.

Al fine di limitare il numero di utenze attivate, soprattutto se non utilizzate, non si ritiene necessario, salvo esplicita richiesta motivata, abilitare i referenti clinici alle pagine web per la trasmissione e gestione dei dati. Essi potranno però entrare nella altre sezioni del portale CedAP (normativa, pubblicazioni, analisi statistica, ecc.) e ricevere le comunicazioni relative alla rilevazione e alle iniziative ad essa collegate.

I nominativi e i recapiti (Azienda, e-mail, numero di telefono, indirizzo) dei referenti aziendali del flusso CedAP, per i quali si richiede l'attivazione/mantenimento dell'utenza di accesso alla gestione del flusso informativo, oltre che quelli dei referenti clinici individuati, vanno comunicati entro il 31/01/2012 ai referenti del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione (vedi punto 7), con richiesta a firma del responsabile del Sistema informativo aziendale o della Direzione Sanitaria.

7. Referenti regionali

I referenti aziendali possono fare riferimento, per qualsiasi dubbio o informazione relativa al flusso informativo CedAP, ai referenti regionali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:

Simonetta Simoni

Tel. 051 527 7417

e-mail: ssimoni@regione.emilia-romagna.it

Camilla Lupi

Tel. 051 527 7037

e-mail: clupi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

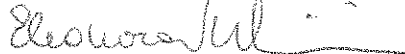
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Regione Emilia-Romagna

Viale Aldo Moro, 21

40127 Bologna

Eleonora Verdini



Allegati:

1. Modello di scheda di rilevazione - Certificato di Assistenza al Parto;
2. Note per la compilazione della scheda di rilevazione.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

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 madre*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. Cognome e nome 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: _____ |_|_|_|
(da compilare solo per residenti in Italia per le quali non è stato compilato il Comune di residenza per mancato conferimento dati personali)13. Titolo di studio madre: 1. laurea 2. diploma universitario 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"/>	<i>se occupata, posizione nella professione:</i>	<i>se occupata, ramo di attività:</i>
2. disoccupata <input type="checkbox"/>		
3. in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/>	1. imprenditrice o libera professionista <input type="checkbox"/>	1. agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/>
4. studentessa <input type="checkbox"/>	2. altra lavoratrice autonoma <input type="checkbox"/>	2. industria <input type="checkbox"/>
5. casalinga <input type="checkbox"/>	3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva <input type="checkbox"/>	3. commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/>
6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) <input type="checkbox"/>	4. lavoratrice dipendente: impiegata <input type="checkbox"/>	4. pubblica amministrazione <input type="checkbox"/>
	5. lavoratrice dipendente: operaia <input type="checkbox"/>	5. altri servizi privati <input type="checkbox"/>
	6. altra lavoratrice dipendente <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. Data di nascita padre: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| 18. Stato di cittadinanza padre: _____ |_|_|_|

19. Comune (Stato estero) di nascita padre: _____ (Prov. _____) |_|_|_| |_|_|_|

20. Titolo di studio padre: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore
4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo

21. Condizione professionale padre:

1. occupato <input type="checkbox"/>	<i>se occupato, posizione nella professione:</i>	<i>se occupato, ramo di attività:</i>
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 <input type="checkbox"/>	

* Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, specificare se: per mancato riconoscimento figlio
per altri motivi

22. Precedenti concepimenti: 1. SI 2. NO
se SI: 23. N° parti: |_|_| 24. N° aborti spontanei: |_|_| 25. N° IVG: |_|_|

se N° parti >0: 26. N° nati vivi: |_|_| 27. N° nati morti: |_|_| 28. N° tagli cesarei: |_|_|
29. Data ultimo parto precedente: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

30. 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

31. Altezza madre (cm): |_|_|_|_| 32. Peso pregravidico madre (kg): |_|_|_|_|

33. Consanguineità tra padre e madre: 1. parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle):
(grado di parentela) 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

34. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): |_| 35. Epoca prima visita (n. settimane compiute): |_|_|

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

37. 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

38. Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto durante la gravidanza?

0. no, frequentato in precedente gravidanza
1. no
2. si, presso un consultorio familiare pubblico
3. si, presso un ospedale pubblico
4. si, presso una struttura privata

Indagini prenatali effettuate: 1. SI 2. NO

39. test combinato (translucenza + bitest):
40. amniocentesi:
41. villocentesi:
42. fetoscopia/funicolocentesi:
43. ecografia dopo le 22 settimane:

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

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

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

se si: 47. 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

48. Data ultima mestruazione: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| 49. Et  gestazionale stimata (in settimane): |_|_|

SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

SEZIONE C1: Parto

50. Luogo del parto:

1. istituto di cura pubblico o privato
2. abitazione privata (parto a domicilio programmato)
3. altra struttura di assistenza (casa di maternità)
4. luogo extra-ospedaliero non programmato (abitazione, mezzi trasporto, ecc.)

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

se travaglio indotto:

52. Motivo di induzione (una sola risposta):

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

53. Tipo di induzione (una sola risposta):

1. prostaglandine
2. ossitocina
3. altro farmaco
4. amnioressi
5. altro metodo meccanico

se travaglio ad inizio spontaneo: **54. Parto pilotato:** 1. SI 2. NO

55. 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)

56. Genere del parto: 1. semplice

2. plurimo

se parto plurimo:

57. N° nati maschi | _ |

58. N° nate femmine | _ |

Personale sanitario presente:

1. SI 2. NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 59. ostetrica/o: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. ginecologa/o: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. pediatra/neonatologo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. anestesista: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. infermiera/e neonatale: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. altro personale sanitario o tecnico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

65. Presenza in sala parto:

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

66. Profilassi Rh: 1. SI 2. NO

67. La ricerca di anticorpi IgG anti-rosolia (Rubeo test) è risultata:

1. positiva
2. negativa
3. non nota

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

68. N° riferimento SDO neonato (per il ricovero relativo alla nascita): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(esclusi nati-morti, nati vivi deceduti subito dopo il parto e nati da parto a domicilio)

69. Sesso (in base al tipo di genitali esterni): 1. maschio 2. femmina 3. indeterminato

70. N° d'ordine del nato nel presente parto (se parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti): |_|

71. Presentazione del neonato: 1. vertice 2. podice 3. fronte
 4. bregma 5. faccia 6. spalla

72. 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 73, 74 e 75)*

se parto con taglio cesareo:

73. 1. elettivo 2. non elettivo 74. 1. in travaglio 2. fuori travaglio 75. 1. in anestesia generale
 2. in anestesia locoregionale centrale

76. Data del parto (gg, mm, aaaa, ora, minuti): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

77. Peso (in grammi): |_|_|_|_|_| 78. Lunghezza (in cm.): |_|_|_| 79. Circonferenza cranica (in cm.): |_|_|_|

80. Vitalità: 1. nato vivo
 2. nato morto **(Se nato morto, compilare la sezione D)**
 3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero)

81. Punteggio Apgar dopo 5 minuti (se nato vivo): |_|_|

Eventuali interventi di rianimazione effettuati (se nato vivo): 1. SI 2. NO

82. ventilazione manuale
 83. intubazione
 84. massaggio cardiaco
 85. adrenalina
 86. altro farmaco

87. 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)**

88. Malattia o condizione morbosa principale del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

89. Altra malattia o condizione morbosa del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

90. Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

91. Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

92. Altra circostanza rilevante: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

93. Momento della morte: 1. prima del travaglio
 2. durante il travaglio
 3. durante il parto (periodo espulsivo)
 4. momento della morte sconosciuto
94. Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI 2. NO
95. Esecuzione fotografie in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI 2. NO
96. 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 richiesta

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)

97. Malformazione diagnosticata 1: _____ | _ | _ | _ | _ | _ |
98. Malformazione diagnosticata 2: _____ | _ | _ | _ | _ | _ |
99. Malformazione diagnosticata 3: _____ | _ | _ | _ | _ | _ |
100. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): _____
101. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): | _ | _ |
 (in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)
102. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): | _ | _ |
 (in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)
- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Eventuali malformazioni in famiglia: | SI | NO | |
| 103. fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 104. madre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 105. padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 106. genitori madre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 107. genitori padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 108. altri parenti madre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 109. altri parenti padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
110. Malattie insorte in gravidanza 1: _____ | _ | _ | _ | _ | _ |
111. Malattie insorte in gravidanza 2: _____ | _ | _ | _ | _ | _ |

Firma dell'Ostetrica/o _____	Firma del Medico _____
Data _____	

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

"Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o 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**).

"Nei casi di nascita avvenuta a domicilio o in struttura diversa da Istituto di cura pubblico o privato, il certificato deve essere consegnato dall'ostetrica/o o del medico che ha assistito al parto alla Azienda USL di evento, non oltre il decimo giorno dall'evento nascita." (**art. 1, punto 6 del decreto 16 luglio 2001, n. 349**).

N.	VARIABILE	NOTE DI COMPILAZIONE
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 (ove previsto). In caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura regolarsi come segue: - se parto a domicilio (programmato) o in casa di maternità (Luogo del parto = 2) inserire il codice 999 in sostituzione del codice Presidio; vanno così valorizzati anche i casi in cui, <u>dopo l'espulsione</u> , vi sia stato un trasferimento in istituto di cura per complicanze; - se parto programmato a domicilio, ma donna trasferita in ospedale <u>prima dell'espulsione</u> , inserire il codice Presidio/Stabilimento; - se parto avvenuto/iniziato fortuitamente in altro luogo (Luogo del parto = 4), ma vi sia stato il successivo ricovero di madre e neonato, inserire il codice Presidio/Stabilimento.
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, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I		
6	CODICE FISCALE MADRE	Codice fiscale della puerpera (<i>16 caratteri</i>), attribuito dal ministero dell'Economia e delle Finanze ovvero riportato nella Tessera Sanitaria. Il codice fiscale non deve essere calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici. In caso di straniere temporaneamente presenti, non in possesso di tessera sanitaria, riportare il codice regionale a sigla STP (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000) o, ove previsti, il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice PSU (permesso di soggiorno per motivi umanitari) o il codice AS (migranti del Nord Africa richiedenti asilo politico – rif. Nota prot. PG/2011/215405 del 8.9.2011). Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
7	COGNOME E NOME MADRE	Cognome e nome della puerpera (<i>dati da non trasmettere alla Regione</i>). Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
8	DATA DI NASCITA MADRE	<i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa) Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
9	CITTADINANZA MADRE	Codice a 3 caratteri. Per cittadinanza italiana codificare 100; per cittadinanza estera usare codice ISTAT dello Stato estero; per apolidi indicare 999.

10	COMUNE DI NASCITA MADRE	Codice ISTAT (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice ISTAT dello Stato estero (<u>3 caratteri</u>). Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
11	COMUNE DI RESIDENZA MADRE	Codice ISTAT (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre residente in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice ISTAT dello Stato Estero (<u>3 caratteri</u>). Nel caso di madre senza fissa dimora indicare 999999. Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, non valorizzare la variabile e specificare (barrando una delle caselle a fondo di pagina 1 del Certificato) se per mancato riconoscimento del figlio o altri motivi.
12	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA MADRE	Codice identificativo della Regione (<u>3 caratteri</u>) e dell'Azienda USL di residenza della madre (<u>3 caratteri</u>). Voce la cui compilazione è necessaria solo per le donne residenti in Italia per le quali non è stato valorizzato il campo precedente (Comune di residenza) in quanto donna che non vuole fornire dati personali.
13	TITOLO DI STUDIO MADRE	Specifica dei codici da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore (istruzione secondaria di 2° grado - almeno 11 anni di studio) 4. diploma di scuola media inferiore (istruzione secondaria di 1° grado – 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>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupata).
15	STATO CIVILE MADRE	Indicare lo stato civile della madre.
16	SE CONIUGATA: MESE E ANNO DEL MATRIMONIO	Indicare mese ed anno (<u>6 caratteri</u>) dell'unico o ultimo matrimonio.
17	DATA DI NASCITA PADRE	<u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
18	CITTADINANZA PADRE	Codice a 3 caratteri. Per cittadinanza italiana codificare 100; per cittadinanza estera utilizzare codice ISTAT dello Stato estero; per apolidi indicare 999.
19	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). Nel caso di padre nato in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice ISTAT dello Stato estero (<u>3 caratteri</u>).
20	TITOLO DI STUDIO PADRE	Codice da riportare: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore (istruzione secondaria di 2° grado - almeno 11 anni di studio) 4. diploma di scuola media inferiore (istruzione secondaria di 1° grado – almeno 8 anni scolastici) 5. licenza elementare (istruzione primaria) o nessun titolo
21	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>). La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupato).
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti, indipendentemente dall'esito della gravidanza.
23	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI	Nel caso di <u>precedenti concepimenti</u> = SI, indicare il numero di parti (nati vivi o nati morti) avuti dalla donna precedentemente al presente.
24	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI	Nel caso di <u>precedenti concepimenti</u> = SI, indicare il numero di eventuali aborti spontanei (<u>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</u>).
25	SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.	Nel caso di <u>precedenti concepimenti</u> = SI, indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza.
26	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI VIVI	Nel caso di <u>N° parti precedenti</u> > 0, indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti.

27	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO NATI MORTI	<u>Nel caso di N° parti precedenti > 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>).
28	SE PRECEDENTI PARTI: NUMERO TAGLI CESAREI	<u>Nel caso di N° parti precedenti > 0</u> , indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti.
29	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	<u>Nel caso di <i>precedenti parti</i> > 0</u> , indicare la data (gg/mm/aaaa) dell'ultimo parto precedente.
30	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>). La <i>II cifra</i> va compilata solo nel caso in cui la <i>I cifra</i> sia =1 (SI).
31	ALTEZZA DELLA MADRE	Indicare l'altezza della madre in centimetri.
32	PESO DELLA MADRE	Indicare il peso pregravidico della madre in kilogrammi.
33	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: 4° grado: figli di fratelli o sorelle; 5° grado: coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino 6° grado: secondi cugini

SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA		
34	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	Specificare il numero di visite di controllo effettuate durante la gravidanza. Se superiore a 9, indicare 9. Considerare sia le visite effettuate da personale medico che quelle effettuate da personale ostetrico nell'ambito della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica (rif. DGR 1097/11).
35	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)	Epoca della gravidanza (in n° 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). Da compilare in caso di n° visite > 0.
36	NUMERO DI ECOGRAFIE	Specificare il numero di ecografie effettuate durante la gravidanza. Se superiore a 9, indicare 9. Considerare solo le ecografie refertate (anche se il referto non è disponibile al momento del parto).
37	SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA	Indicare da quale tipo di servizio/professionista è stata seguita prevalentemente la gravidanza (<i>una sola risposta</i>).
38	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 condotti da professionisti del percorso nascita, con l'obiettivo di informare e formare le donne e le coppie all'evento nascita.
39	INDAGINI PRENATALI: TEST COMBINATO	Indicare l'effettuazione o meno del test combinato in gravidanza, ai fini della determinazione del rischio di anomalie cromosomiche fetali. Il test combinato, da effettuarsi nel 1° trimestre di gravidanza, comprende il bi-test (beta-hCG + PAPP_A) e la misurazione ecografica della translucenza nucale.
40	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	Indicare l'effettuazione o meno di amniocentesi in gravidanza.
41	INDAGINI PRENATALI: VILLOCENTESI	Indicare l'effettuazione o meno di villocentesi in gravidanza.
42	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNIColocENTESI	Indicare l'effettuazione o meno di fetoscopia/funicolocentesi in gravidanza.
43	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	Indicare l'effettuazione o meno di ecografia dopo la 22° settimana di gestazione in gravidanza.
44	DECORSO GRAVIDANZA	Indicare il tipo di decorso della gravidanza. Per gravidanza a decorso patologico si intende <i>la gravidanza in cui si sia verificata morbidità materno-fetale</i> .
45	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> .
46	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita.
47	SE SÌ: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	Nel caso il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita, specificare il metodo seguito: <ol style="list-style-type: none"> 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.
48	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	Riportare la data di inizio dell'ultima mestruazione. <i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa)
49	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	Riportare l'età gestazionale stimata in settimane compiute di amenorrea (<i>2 caratteri nel caso in cui</i>): <ul style="list-style-type: none"> - 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		
50	LUOGO DEL PARTO	Indicare dove è avvenuto il parto. In caso di parto avvenuto in abitazione privata, va selezionata la risposta 2 solo se parto a domicilio programmato, altrimenti va selezionata la risposta 4 (<i>luogo extra-ospedaliero non programmato</i>). In caso di parto a domicilio programmato nel quale, a causa di complicanze o per volere della donna, la donna sia stata trasferita in ospedale, selezionare risposta 1 (<i>Istituto di cura</i>) se il trasferimento è avvenuto prima dell'espulsione, la risposta 2 (<i>abitazione privata</i>) se il trasferimento è avvenuto dopo dell'espulsione.
51	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	Indicare il tipo di travaglio. Il codice 3 (senza travaglio) può essere utilizzato solo nel caso di taglio cesareo.
52	SE TRAVAGLIO INDOTTO: MOTIVO DI INDUZIONE	<u>Nel caso di travaglio indotto</u> , indicare il motivo dell'induzione (<i>una sola risposta</i>). Se sono presenti più indicazioni alla induzione, codificare quella clinicamente più rilevante.
53	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	<u>Nel caso di travaglio indotto</u> , indicare il tipo di induzione (<i>una sola risposta</i>). In caso di utilizzo di più tipologie di induzione codificare quella utilizzata per prima.
54	SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO: PARTO PILOTATO	In caso di travaglio a inizio spontaneo, indicare l'eventuale effettuazione di parto pilotato. Per parto pilotato si intende parto con travaglio iniziato spontaneamente, ma con somministrazione di farmaci in corso di travaglio per accelerarne il decorso.
55	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. Non compilare se parto senza travaglio (modalità travaglio = 3).
56	GENERE DEL PARTO	Indicare se trattasi di parto semplice o plurimo.
57	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , indicare il numero nati di sesso maschile.
58	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , indicare il numero nati di sesso femminile.
59	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA/O	Indicare la presenza o meno dell' <u>ostetrica/o</u> in sala parto.
60	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGA/O	Indicare la presenza o meno della <u>ginecologa/o</u> in sala parto.
61	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOGO	Indicare la presenza o meno del <u>pediatra/neonatologo</u> in sala parto.
62	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	Indicare la presenza o meno dell' <u>anestesista</u> in sala parto.
63	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERA/E NEONATALE	Indicare la presenza o meno dell' <u>infermiera/e neonatale</u> in sala parto.
64	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE	Indicare la presenza o meno di altro <u>personale sanitario o tecnico</u> in sala parto.
65	PRESENZA IN SALA PARTO	Indicare se in sala parto era presente il padre del neonato o un altro parente/persona di fiducia della donna.
66	PROFILASSI RH	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi Rh.
67	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.

SEZIONE C2: NEONATO		
(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)		
68	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 a domicilio o presso strutture di assistenza non ospedaliere, i nati-morti e i nati vivi deceduti subito dopo il parto, per i quali non vi è stato ricovero).
69	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 87 e sezione E del Certificato).
70	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.
71	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	Indicare la presentazione del neonato al momento del parto.
72	MODALITÀ DEL PARTO	Indicare la modalità del parto.
73	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 (es. per presentazione podalica, placenta previa, TC iterativo), anche se anticipato rispetto alla data prevista ed effettuato in urgenza per il variare delle condizioni cliniche (ad es.: preeclampsia o travaglio pretermine in presentazione podalica).
74	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 51 (modalità del travaglio).
75	SE PARTO CESAREO: ANESTESIA	<u>In caso di parto con taglio cesareo</u> , indicare il tipo di anestesia utilizzato.
76	DATA E ORA DEL PARTO	Indicare la data del parto (giorno, mese, anno, ora, minuti) (<i>12 caratteri</i>)
77	PESO	Indicare il peso in grammi.
78	LUNGHEZZA	Indicare la lunghezza in centimetri.
79	CIRCONFERENZA CRANICA	Indicare la circonferenza cranica in centimetri.
80	VITALITÀ	Specificare la condizione vitale del nato. In caso di nato morto compilare la sezione D del certificato (<i>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</i>).
81	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.
82	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: VENTILAZIONE MANUALE	Indicare l'effettuazione o meno di ventilazione manuale per rianimare il neonato. Non compilare in caso di nato morto.
83	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: INTUBAZIONE	Indicare l'effettuazione o meno di intubazione per rianimare il neonato. Non compilare in caso di nato morto.
84	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: MASSAGGIO CARDIACO	Indicare l'effettuazione o meno di massaggio cardiaco per rianimare il neonato. Non compilare in caso di nato morto.
85	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ADRENALINA	Indicare l'utilizzo o meno di adrenalina per rianimare il neonato. Non compilare in caso di nato morto.
86	INTERVENTI DI RIANIMAZIONE: ALTRO FARMACO	Indicare l'utilizzo o meno di altri farmaci per rianimare il neonato. Non compilare in caso di nato morto.
87	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	Indicare l'eventuale presenza di malformazione <u>diagnosticate</u> entro i primi 10 gg di vita del <u>neonato</u> . In caso di nato con presenza di malformazioni compilare la sezione E del certificato.

SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ		
(DA COMPILARE IN CASO DI VITALITÀ = NATO MORTO)		
88	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD9CM (<i>5 caratteri</i>) (*)
89	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	Indicare altra condizione morbosa del feto utilizzando il codice ICD9CM (<i>5 caratteri</i>) (*)
90	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	Indicare la condizione morbosa principale materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD9CM (<i>5 caratteri</i>) (*)
91	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	Indicare altra condizione morbosa materna (interessante il feto) utilizzando il codice ICD9CM (<i>5 caratteri</i>) (*)
92	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 ICD9CM (<i>5 caratteri</i>) (*)
93	MOMENTO DELLA MORTE	Indicare il momento in cui è avvenuta la morte.
94	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	Nel caso in cui il feto morto presenti delle malformazioni (<i>presenza di malformazione = S</i>), indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali.
95	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	Nel caso in cui il feto morto presenti delle malformazioni (<i>presenza di malformazione = S</i>), indicare se sono state effettuate o meno fotografie.
96	RISCONTRO AUTOPTICO	Indicare lo stato di effettuazione dell'autopsia.

SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI (DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA DI MALFORMAZIONE = SI)		
97	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	Indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD9CM (<u>5 caratteri</u>). (*)
98	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	Indicare altra eventuale malformazione del feto utilizzando il codice ICD9CM (<u>5 caratteri</u>). (*)
99	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	Indicare altra eventuale malformazione del feto utilizzando il codice ICD9CM (<u>5 caratteri</u>). (*)
100	CARIOTIPO DEL NATO	<u>Voce da non compilare in caso di mancata effettuazione del cariotipo prima della nascita.</u> Specificare per esteso la diagnosi citogenetica effettuata al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali (<u>40 caratteri</u>). <u>In caso di assenza di anomalie nel cariotipo effettuato indicare "normale".</u>
101	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 (<u>2 caratteri</u>). In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale.
102	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 (<u>2 caratteri</u>). Scrivere 0 in caso di diagnosi effettuata subito dopo il parto. In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale. <u>Non compilare nel caso in cui la malformazione sia stata diagnosticata in epoca gestazionale.</u>
103	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei fratelli/sorelle del neonato.
104	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nella madre del neonato.
105	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nel padre del neonato.
106	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei genitori della madre.
107	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni nei genitori del padre.
108	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni in altri parenti della madre.
109	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	Indicare l'eventuale presenza di malformazioni in altri parenti del padre.
110	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	Utilizzare il codice ICD9CM (<u>5 caratteri</u>) per l'eventuale malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
111	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	Utilizzare il codice ICD9CM (<u>5 caratteri</u>) per altra eventuale malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)

(*) Le informazioni di carattere clinico riguardanti la madre, il feto e il nato, devono essere codificate utilizzando 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*.