

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

(DECRETO MINISTERO SALUTE 5 MAGGIO 2025)

1. REGIONE:	10 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: INFORMAZIONE LUOGO PARTO E SOCIO-DEMOGRAFICI GENITORI

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: _____ |_|_|_|
(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/laura magistrale o titolo superiore ☐ 2. diploma universitario/laurea triennale ☐

3. diploma di scuola media superiore/ scuola secondaria di secondo grado ☐

4. diploma di scuola media inferiore /secondaria di primo grado ☐

5. licenza elementare/scuola primaria ☐

6. nessun titolo ☐ 9. non noto / non dichiarato ☐

14. Condizione professionale madre:

1. occupata ☐
2. disoccupata ☐
3. in cerca di prima occupazione ☐
4. studentessa ☐
5. casalinga ☐
6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) ☐
9. non nota / non dichiarata ☐

15. Stato civile madre:

1. nubile ☐ 2. coniugata ☐ 3. separata ☐ 4. divorziata ☐ 5. vedova ☐

6. unita civilmente ☐ 7. già in unione civile (in decesso del partner) ☐

8. già in unione civile (per scioglimento unione) ☐ 9. non dichiarato ☐

16. Coabitazione (risposta singola)¹:

1. partner ☐ 2. famiglia (genitori, fratelli/sorelle, etc.) ☐

3. amici o altre persone (senza nessun vincolo di parentela) ☐

4. no, da sola ☐ 5. altro ☐ 9. non nota / non dichiarata ☐

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/laura magistrale o titolo superiore ☐ 2. diploma universitario/laurea triennale ☐

3. diploma di scuola media superiore/ scuola secondaria di secondo grado ☐

4. diploma di scuola media inferiore /secondaria di primo grado ☐

5. licenza elementare/scuola primaria ☐

6. nessun titolo ☐ 9. non noto / non dichiarato ☐

* Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, i campi contrassegnati con asterisco non devono essere compilati.

In caso di donna che non volesse fornire dati personali specificare se:

1. per mancato riconoscimento figlio ☐ 2. per altri motivi ☐

¹ Indicare risposta che descrive la condizione di coabitazione più rilevante. Ad esempio, in caso di madre che vive in famiglia e con il partner dovrebbe essere indicata come risposta 'partner'.

21. Condizione professionale padre:

- 1. occupato ☐
- 2. disoccupato ☐
- 3. in cerca di prima occupazione ☐
- 4. studente ☐
- 5. casalingo ☐
- 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.) ☐
- 9. non nota / non dichiarata ☐

22. Consanguineità tra madre e padre:

- 1. sì, cugini di primo grado ☐
- 2. sì, cugini di secondo grado/altro ☐
- 3. no ☐
- 9. non noto ☐

SEZIONE B: ANAMNESI OSTETRICA E PERIODO PRE-CONCEZIONALE

23. Precedenti concepimenti: 1. SI ☐ 2. NO ☐

se SÌ: 24. N° parti: |_|_| 25. N° aborti spontanei: |_|_| 26. N° IVG: |_|_|

se N° parti >0: 27. N° nati vivi: |_|_| 28. N° nati morti: |_|_| 29. N° tagli cesarei: |_|_|

30. Data ultimo parto precedente: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

31. Abitudine al fumo (di tabacco):

- 1. non fumatrice ☐
- 2. ha smesso prima della gravidanza ☐
- 3. ha smesso quando ha saputo di essere in gravidanza ☐
- 4. ha smesso durante la gravidanza ☐
- 5. ha continuato a fumare in gravidanza ☐
- 9. non noto / non dichiarato ☐

32. Bevande alcoliche:

- 1. astemia ☐
- 2. ha smesso prima della gravidanza ☐
- 3. ha smesso quando ha saputo di essere in gravidanza ☐
- 4. ha smesso durante la gravidanza ☐
- 5. ha continuato ad assumere alcol durante la gravidanza ☐
- 9. non noto/non dichiarato ☐

33. Altezza madre (cm): |_|_|_|

34. Peso pregravidico della madre (kg): |_|_|_|, |_| **35. Peso della madre al parto (kg):** |_|_|_|, |_|

36. Malattie materne pregravidiche: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

se SÌ: **37. Tipologia malattie materne pregravidiche:**

- 1. ipertensione ☐
- 2. diabete ☐
- 3. altra patologia cronica sistemica (ematologica, autoimmune, endocrinopatia, cardiopatia, renale, ginecologica, neurologica, respiratoria, digerente, infezione) ☐
- 4. disturbi psichici (psicotici, dell'umore, d'ansia, da condizione medica generale) ☐
- 5. dipendenze ☐
- 6. patologia tumorale ☐
- 7. altro (interventi chirurgici pregressi, altro) ☐

38. Malattie materne insorte in gravidanza: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

se Sì: **39. Tipologia malattie materne insorte in gravidanza:**

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. disordini ipertensivi (ipertensione, preeclampsia, eclampsia, sindrome HELLP) | <input type="checkbox"/> | 4. disturbi psichici (psicotici, dell'umore, d'ansia, da condizione medica generale) | <input type="checkbox"/> |
| 2. diabete gestazionale | <input type="checkbox"/> | 5. dipendenze | <input type="checkbox"/> |
| 3. infezione (es.: CMV, toxoplasma, sifilide, etc.) | <input type="checkbox"/> | 6. comparsa ex novo di patologia sistemica e/o tumorale | <input type="checkbox"/> |
| | | 7. Altro | <input type="checkbox"/> |

40. Presenza di mutilazione dei genitali:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Sì, di 1° tipo | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sì, di 2° tipo | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sì, di 3° tipo | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sì, di 4° tipo | <input type="checkbox"/> |
| 5. No | <input type="checkbox"/> |

41. Esecuzione della visita pre-concezionale in vista della gravidanza: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

42. Assunzione di acido folico:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. assunto prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 2. assunto prima del concepimento, nei primi tre mesi di gravidanza e oltre | <input type="checkbox"/> |
| 3. assunto solo dopo il concepimento | <input type="checkbox"/> |
| 4. non assunto | <input type="checkbox"/> |
| 5. assunto, ma tempistica sconosciuta | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto se sia stato assunto | <input type="checkbox"/> |

SEZIONE C: GRAVIDANZA

43. N° visite di controllo in gravidanza: |_|_| **44. Epoca prima visita (n. settimane compiute):** |_|_|

45. N° ecografie refertate: |_|_|

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. consultorio familiare pubblico | <input type="checkbox"/> |
| 2. ambulatorio ospedaliero pubblico | <input type="checkbox"/> |
| 3. ambulatorio/servizio privato | <input type="checkbox"/> |
| 4. consultorio familiare privato | <input type="checkbox"/> |
| 5. ambulatorio distrettuale | <input type="checkbox"/> |
| 6. nessun servizio utilizzato | <input type="checkbox"/> |

47. Professionista che ha prevalentemente seguito la gravidanza nel servizio indicato (una sola risposta²):

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. ostetrica/o | <input type="checkbox"/> |
| 2. ginecologa/o | <input type="checkbox"/> |
| 3. ostetrica/o e ginecologa/o | <input type="checkbox"/> |
| 4. MMG | <input type="checkbox"/> |
| 5. nessuno | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto / non dichiarato | <input type="checkbox"/> |

48. Partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita:

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. no, frequentato in precedente gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 1. no | <input type="checkbox"/> |
| 2. sì, presso un consultorio familiare pubblico | <input type="checkbox"/> |
| 3. sì, presso un ospedale pubblico | <input type="checkbox"/> |
| 4. sì, presso una struttura privata | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto | <input type="checkbox"/> |

² In caso di gravidanza categorizzata fisiologica inserire professionista (ostetrica/o o ginecologa/o) che ha gestito principalmente l'assistenza (responsabile dell'assistenza). Ad esempio, per le Aree in cui sono stati adottati i "criteri di eleggibilità per l'assistenza appropriata", la voce 1 comprende le classi ABO e ABOM, la voce 2 comprende le classi AGI e AGIM.

INDAGINI PRENATALI DI SCREENING:

49. Solo Translucenza nucale (NT): 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo ☐ 2. esito negativo ☐

50. Test combinato: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo (rischio elevato) ☐ 2. esito negativo ☐

51. Tri test: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo (rischio elevato) ☐ 2. esito negativo ☐

52. Test integrato: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo (rischio elevato) ☐ 2. esito negativo ☐

53. DNA fetale libero circolante (NIPT): 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo ☐ 2. esito negativo ☐ 3. non conclusivo/fallito ☐

54. Ecografia morfologica: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. positiva per patologie congenite ☐ 2. negativa per patologie congenite ☐

55. Età gestazionale all'ecografia morfologica (*in settimane*): |_||_|

INDAGINI PRENATALI INVASIVE:

56. Villocentesi: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo ☐ 2. esito negativo ☐ 3. esito non conclusivo/fallito ☐

57. Amniocentesi: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo ☐ 2. esito negativo ☐ 3. esito non conclusivo/fallito ☐

58. Cordocentesi: 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

Se Sì: 1. esito positivo ☐ 2. esito negativo ☐ 3. esito non conclusivo/fallito ☐

59. Esito del test o della sequenza di test diagnostici positivi: |_||_|

(VEDERE SCHEDA ALLEGATA – CODICE TEST ESITO DIAGNOSTICO)

60. Indicazione prevalente per l'esecuzione di indagini prenatali invasive (1 sola risposta):

- 1. assenza di indicazioni evidenziabili ☐
- 2. anamnesi genetica positiva ☐
- 3. test di screening ad alto rischio ☐
- 4. volontà materna/della coppia ☐
- 5. patologia fetale ☐
- 9. non noto ☐

61. Decorso della gravidanza:

- 1. gravidanza fisiologica ☐
- 2. gravidanza patologica ☐

SE GRAVIDANZA PATOLOGICA:

62. specificare il tipo di gravidanza patologica (risposta multipla):

- 1. gravidanza patologica per condizioni materne pregresse ☐
- 2. gravidanza patologica per condizioni materne insorte in gravidanza ☐
- 3. gravidanza patologica per condizioni fetali ☐

63. Difetto accrescimento fetale:

- 1. SI ☐ 2. NO ☐ 9. NON NOTO ☐

64. Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione

1. SI ☐ 2. NO ☐ 9 NON NOTO

65. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita (PMA):

- 1. omologa ☐
- 2. ovodonazione ☐
- 3. donazione di gameti maschili ☐
- 4. embriodonazione ☐
- 5. no ☐

66. Se concepimento con PMA, metodo utilizzato:

- 1. IUI (Intra Uterine Insemination) ☐
- 2. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) ☐
- 3. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) ☐
- 4. ICSI (IntraCytoplasmatic Sperm Injection) ☐
- 5. altre tecniche ☐

67. Esecuzione datazione ecografica (in settimane): |_|_|

68. Data ultima mestruazione: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **69. Età gestazionale stimata (in settimane):** |_|_|

SEZIONE D: PARTO

70. 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.) ☐
- 5. altra struttura di assistenza di tipo Along Side ☐
- 6. altra struttura di assistenza di tipo Free Standing ☐

71. Modalità di travaglio:

- 1. travaglio ad inizio spontaneo ☐
- 2. travaglio indotto (include le fallite induzioni) ☐
- 3. senza travaglio (TC pre-travaglio) ☐

SE TRAVAGLIO INDOTTO:

72. Motivo di induzione (una sola risposta):

- 1. gravidanza protratta ☐
- 2. oligoidramnios ☐
- 3. rottura prematura membrane ☐
- 4. patologia materna ☐
- 5. patologia fetale ☐
- 6. altro ☐

73. Tipo di induzione (risposta multipla):

- 1. prostaglandine ☐
- 2. ossitocina ☐
- 3. Metodo meccanico ☐
(palloncino intracervicale, laminaria, altri)
- 4. amnioressi ☐

SE TRAVAGLIO AD INIZIO SPONTANEO: **74. Parto pilotato (accelerazione):** 1. SI ☐ 2. NO ☐

SE PARTO PILOTATO (ACCELERATO):

75. Tipo di accelerazione:

- 1. ossitocina ☐
- 2. amnioressi ☐
- 3. ossitocina e amnioressi ☐

76. Conduzione del travaglio di parto:

1. travaglio a conduzione ostetrica (non medica) ☐
2. travaglio a conduzione medica ☐

77. Posizioni libere in travaglio: 1. SI ☐ 2. NO ☐

78. Sono state utilizzate metodiche anti-dolore in travaglio: 1. SI ☐ 2. NO ☐

se Sì, indicare le metodiche utilizzate: 1. SI 2. NO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 79. analgesia epidurale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. altro tipo di analgesia farmacologica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. altra analgesia loco-regionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. immersione in acqua o doccia in periodo dilatante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. altra metodica <u>non</u> farmacologica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: 1. SI 2. NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 84. ostetrica/o: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. ginecologa/o: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. pediatra/neonatologa/o: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. anestesista: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. infermiera/e neonatale: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. altro personale sanitario o tecnico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

90. Presenza durante il travaglio-parto:

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

91. Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale): 1. SI ☐
2. NO ☐

92. Presenza di lacerazioni di 3° o 4° grado:

1. SI, 3° grado ☐
2. SI, 4° grado ☐
3. NO (assenti, 1°grado, 2° grado) ☐

93. Genere del parto: 1. singolo ☐
2. plurimo ☐

SE PARTO PLURIMO:

94. N° nati maschi | _ |

95. N° nate femmine | _ |

SEZIONE E: NEONATO E MODALITA' PARTO
(in caso di parto plurimo, la sezione E va compilata per ogni nato)

96. N° riferimento SDO neonato (per il ricovero relativo alla nascita): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(se nato vivo e luogo del parto= Istituto di cura pubblico o privato o in casa maternità Along side)

97. Sesso: 1. maschio ☐ 2. femmina ☐

98. Genitali esterni: 1. maschili ☐
2. femminili ☐
3. indeterminati ☐

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

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

101. Modalità parto: 1. vaginale ☐
2. TC programmato ☐
3. TC urgente ☐

SE PARTO CON TAGLIO CESAREO:

102. 1. in travaglio ☐ **103.** 1. in anestesia generale ☐
2. fuori travaglio ☐ 2. in anestesia epidurale ☐
3. in anestesia spinale ☐
4. in anestesia combinata epidurale/spinale ☐

104. Se TC pre-travaglio, motivo TC (una sola risposta):
1. cause fetali ☐ 2. cause materne ☐ 3. indicazione non medica ☐

105. Se TC in travaglio, motivo TC (una sola risposta):
1. cause fetali ☐ 2. distocia ☐ 3. altre condizioni materne particolari ☐

106. Uso di manovra di Kristeller: 1. SI ☐ 2. NO ☐

107. Uso di ventosa: 1. SI ☐ 2. NO ☐

108. Uso di forcipe: 1. SI ☐ 2. NO ☐

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

110. Peso (in grammi): |_|_|_|_|_|_| **111.** Lunghezza (in cm.): |_|_|_|, |_|_|

112. Circonferenza cranica (in cm.): |_|_|_|, |_|_|

113. Vitalità: 1. nato vivo ☐
2. nato morto ☐ (Se nato morto, compilare la sezione F)
3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero) ☐

114. Punteggio Apgar dopo 5 minuti (se nato vivo o nato vivo deceduto subito dopo nascita- in sala parto): |_|_|_|

115. Contatto pelle a pelle³: 1. SI ☐ 2. NO ☐

Se Sì: **116.** Durata contatto pelle a pelle: 1. almeno 1 ora ininterrotta ☐
2. almeno 2 ore ininterrotte ☐
3. ininterrottamente fino alla prima poppata ☐
4. in modo discontinuo ☐

117. Attacco al seno³: 1. SI ☐ 2. NO ☐

Se Sì: **118.** Tempistica attacco al seno: 1. entro 1 ora dal parto ☐
2. da oltre 1 ora a 23 ore dopo il parto ☐
3. oltre le 23 ore dopo il parto ☐

119. Allattamento durante la degenza³: 1. solo latte materno ☐
2. latte materno con aggiunta di acqua o altri liquidi non nutritivi diversi dal latte ☐
3. latte materno e formula (latte artificiale) ☐
4. solo formula (latte artificiale) ☐

120. Necessità di interventi di rianimazione al neonato (se nato vivo o nato vivo deceduto subito dopo nascita- in sala parto):
1. SI ☐ 2. NO ☐

se Sì, indicare gli interventi effettuati:

1. SI 2. NO

121. ventilazione manuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. intubazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. massaggio cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. adrenalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. altro farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

126. Presenza di malformazione congenite (*informazione da validare al 10° giorno di vita del neonato*):

1. SI ☐ 2. NO ☐

(Se Sì, compilare la sezione G)

³ *Compilare in caso di nato vivo*

SEZIONE F: CAUSE DI NATIMORTALITA'
(DA COMPILARE IN CASO DI NATO-MORTO, A CURA DEL MEDICO ACCERTATORE)

127. Malattia o condizione morbosa presunta del decesso: 1. NOTA ☐ 2. NON NOTA ☐
128. Se nota, malattia o condizione morbosa presunta del decesso _____ | _ | _ | _ | _ |
129. Momento della morte:
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. prima del travaglio | <input type="checkbox"/> |
| 2. durante il travaglio | <input type="checkbox"/> |
| 3. durante il parto (periodo espulsivo) | <input type="checkbox"/> |
| 4. momento della morte sconosciuto | <input type="checkbox"/> |
130. Settimana gestazionale del decesso (*in settimane*)⁴: | _ | _ |
131. Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto: 1. SI ☐ 2. NO ☐
132. Esecuzione fotografie in caso di nato morto: 1. SI ☐ 2. NO ☐
133. Riscontro autoptico:
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia | <input type="checkbox"/> |
| 2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito | <input type="checkbox"/> |
| 3. l'autopsia non è stata richiesta | <input type="checkbox"/> |
134. Richiesta di esame anatomopatologico della placenta e annessi: 1. SI ☐ 2. NO ☐

SEZIONE G: MALFORMAZIONI CONGENITE ALLA DIMISSIONE
**(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)**

135. Malformazione diagnosticata 1: _____ | _ | _ | _ | _ |
136. Malformazione diagnosticata 2: _____ | _ | _ | _ | _ |
137. Malformazione diagnosticata 3: _____ | _ | _ | _ | _ |
138. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): | _ | _ |
(in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)
139. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): | _ | _ |
(in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)
140. Esecuzione fotografie in caso di nato con malformazioni: 1. SI ☐ 2. NO ☐

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

Data _____

⁴ Se la settimana in cui è avvenuto il decesso non è nota, indicare 99.