

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 | <input type="checkbox"/> |
| 2. disoccupato | <input type="checkbox"/> |
| 3. in cerca di prima occupazione | <input type="checkbox"/> |
| 4. studente | <input type="checkbox"/> |
| 5. casalingo | <input type="checkbox"/> |
| 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.) | <input type="checkbox"/> |
| 9. non nota / non dichiarata | <input type="checkbox"/> |

22. Consanguineità tra madre e padre:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. sì, cugini di primo grado | <input type="checkbox"/> |
| 2. sì, cugini di secondo grado/altro | <input type="checkbox"/> |
| 3. no | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| 2. ha smesso prima della gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 3. ha smesso quando ha saputo di essere in gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 4. ha smesso durante la gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 5. ha continuato a fumare in gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto / non dichiarato | <input type="checkbox"/> |

32. Bevande alcoliche:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. astemia | <input type="checkbox"/> |
| 2. ha smesso prima della gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 3. ha smesso quando ha saputo di essere in gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 4. ha smesso durante la gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 5. ha continuato ad assumere alcol durante la gravidanza | <input type="checkbox"/> |
| 9. non noto/non dichiarato | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | 4. disturbi psichici (psicotici, dell'umore, d'ansia, da condizione medica generale) | <input type="checkbox"/> |
| 2. diabete | <input type="checkbox"/> | 5. dipendenze | <input type="checkbox"/> |
| 3. altra patologia cronica sistematica (ematologica, autoimmune, endocrinopatia, cardiopatia, renale, ginecologica, neurologica, respiratoria, digerente, infezione) | <input type="checkbox"/> | 6. patologia tumorale | <input type="checkbox"/> |
| | | 7. altro (interventi chirurgici pregressi, altro) | <input type="checkbox"/> |

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

se Si: **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 nucleare (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. Villoncentesi: 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. Decoro 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. ovoidonazione
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. oligidramnios
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

80. altro tipo di analgesia farmacologica

81. altra analgesia loco-regionale

82. immersione in acqua o doccia in periodo dilatante

83. altra metodica non farmacologica

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

84. ostetrica/o:

84. ginecologa/o:

86. pediatra/neonatologa/o:

87. anestesista:

88. infermiera/e neonatale:

89. altro personale sanitario o tecnico:

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 <input type="checkbox"/>	103. 1. in anestesia generale <input type="checkbox"/>
2. fuori travaglio <input type="checkbox"/>	2. in anestesia epidurale <input type="checkbox"/>
	3. in anestesia spinale <input type="checkbox"/>
	4. in anestesia combinata epidurale/spinale <input type="checkbox"/>

104. Se TC pre-travaglio, motivo TC (una sola risposta):

1. cause fetal 2. cause materne 3. indicazione non medica

105. Se TC in travaglio, motivo TC (una sola risposta):

1. cause fetal 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
122. intubazione
123. massaggio cardiaco
124. adrenalina
125. altro farmaco

126. Presenza di malformazione congenite (*informazione da validare al 10^o 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 NATIMORTALITÀ
(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 2. durante il travaglio 3. durante il parto (periodo espulsivo) 4. momento della morte sconosciuto

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
2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito
3. l'autopsia non è stata richiesta

134. Richiesta di esame anatomico 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.