

Allegato 10

Cartella ostetrica

di

--

DATI PERSONALI

NOME E COGNOME

INDIRIZZO

TELEFONO

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE

STATO CIVILE

CODICE FISCALE

DATA DEL MATRIMONIO o DELL'INIZIO DELLA CONVIVENZA CON IL GENITORE DEL BAMBINO/A

ANAMNESI FAMILIARE

	FAMILIARE	INIZIO E DETTAGLI
DIABETE		
IPERTENSIONE		
GEMELLARITÀ		
MALFORMAZIONE CONGENITA		
VARICI		
ALLERGIA		
CANCRO		
CARDIOPATIA		
MALATTIA RENALE		
EPILESSIA		
MALATTIA PSICHIATRICA		
ALTRO		
OSSERVAZIONI		

ANAMNESI PERSONALE

- | | |
|---|--|
| ☐ DIABETE | ☐ OBESITA' |
| ☐ MALATTIE INFETTIVE | ☐ DISTURBI ALIMENTARI |
| ☐ MALATTIE ESANTEMATICHE | ☐ MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE |
| ☐ INTERVENTI CHIRURGICI | ☐ ALLERGIE |
| ☐ INCIDENTI, TRAUMI, FRATTURE: | ☐ ALTRO |
-

DISTURBI A CARICO DI

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ CUORE | ☐ SANGUE | ☐ CIRCOLAZIONE |
| ☐ RENI | ☐ FEGATO | ☐ POLMONI |
| ☐ STOMACO | ☐ INTESTINO | ☐ SISTEMA NERVOSO |
| ☐ SISTEMA ENDOCRINO | ☐ TRASFUSIONI se sì DATA _____ | |
| ☐ ALTRO | | |

OSSERVAZIONI

ANAMNESI DEL PARTNER

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA
(se noto)

LUOGO DI NASCITA

PESO NASCITA

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ FUMO | ☐ ALCOOL | ☐ STUPEFACENTI | ☐ FARMACI |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|

MALATTIE IN FAMIGLIA (ANEMIA, MALATTIE GENETICHE, TUMORI, ECC.), GEMELLARITÀ

MALATTIE PERSONALI

OSSERVAZIONI

ABITUDINI DI VITA

LAVORO RETRIBUITO (sì, no) _____

LAVORO A CASA (sì, no) _____

ATTIVITÀ FISICA (sì, no, specificare quale) _____

CON CHI CONVIVE (specificare le persone che condividono la stessa abitazione-partner, sorella, madre, suocera, ecc.) _____

ALIMENTAZIONE (ONNIVORA, VEGETARIANA, LATTO VEGETARIANA, MACROBIOTICA, ALTRO) _____

METODO DI CURA (CONVENZIONALE, OMEOPATIA, FITOTERAPIA, ALTRO) _____

☐ FUMO N° SIGARETTE/DÌ PRIMA DELLA GRAVIDANZA _____ DURANTE LA GRAVIDANZA _____☐ CAFFÈ QUANTITÀ/DÌ _____ ☐ ALCOOL QUANTITÀ/DÌ _____☐ STUPEFACENTI TIPO _____ ☐ FARMACI ABITUALI _____☐ ALTRO _____

OSSERVAZIONI _____

STORIA MESTRUALE

MENARCA _____

RITMO _____

DURATA _____

QUANTITÀ _____

DISMENORREA _____

STORIA GINECOLOGICA☐ PAP TEST DATA DELL'ULTIMO _____ ESITO _____☐ COLPOSCOPIA DATA _____☐ PATOLOGIA DELLA MAMMELLA _____☐ INTERVENTI CHIRURGICI _____

OSSERVAZIONI _____

ANTICONCEZIONALI

	TIPO	PER QUANTO TEMPO	EFFETTI COLLATERALI
☐ PILLOLA			
☐ IUD			
☐ DIAFRAMMA			
☐ ALTRO			

STORIA OSTETRICA

N°	ANNO	ETÀ GESTAZIONALE	IVG	ABORTO SPONTANEO	TIPO E LUOGO DEL PARTO	PESO BAMBINO	SESSO	CONDIZIONI DEL BAMBINO	ALLATTAMENTO TIPO E DURATA	COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PUERPERIO, PARTO ABORTO
1										
2										
3										
4										

OSSERVAZIONI

DESCRIZIONE DEL PRECEDENTE TRAVAGLIO, PARTO E ALLATTAMENTO

STORIA PRECONCEZIONALE-

- ☐ GRAVIDANZA DESIDERATA/PREVISTA
- ☐ GRAVIDANZA IMPREVISTA/ACCETTAZIONE DELLA DONNA
- ☐ GRAVIDANZA IMPREVISTA/ACCETTAZIONE DEL PARTNER
- ☐ DIFFICOLTÀ DI CONCEPIMENTO ACCERTAMENTI E PROVVEDIMENTI

SPECIFICARE SE LA COPPIA NEI 2 MESI PRECEDENTI IL CONCEPIMENTO È STATA ESPOSTA A POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO (SUL LAVORO, VIAGGI IN ZONE CON MALATTIE ENDEMICHE, MALATTIE, ASSUNZIONE DI FARMACI, STUPEFACENTI, ESEGUITO RX, ASSUNTO ANTICONCEZIONALI, ECC.)

STORIA OSTETRICA DELLA MADRE DELLA PARTORIENTE

N° PARTI _____ N° ABORTI _____ LA PARTORIENTE È LA FIGLIA N° _____

ETÀ DELLA MADRE AL MOMENTO DELLA NASCITA DELLA ATTUALE PARTORIENTE _____

LEI E I SUOI FRATELLI/SORELLE SIETE STATE ALLATTATE?

SE SÌ PER QUANTO TEMPO

ANAMNESI DEI PARTI E GRAVIDANZE DELLA MADRE (se note)

ALTRE OSSERVAZIONI _____

DECORSO DELLA GRAVIDANZA

UM ☐ CERTA DP DEL CONCEPIMENTO _____ CICLO PREC. _____

☐ INCERTA _____ DPP _____

TEST DI GRAVIDANZA _____

DECORSO GRAVIDANZA FINO AL MOMENTO 1° VISITA _____

MINACCIA D'ABORTO _____ NAUSEA, VOMITO _____

FARMACI ASSUNTI _____

PESO PREGRAVIDICO _____ STATURA _____

PA PREGRAVIDICA _____

COLORITO _____ VARICI _____

EDEMI _____ ECZEMI _____

VISTA _____ SENO _____

FUNZIONE INTESTINO _____

FUNZIONE VESCICA _____

ALTRO _____

GRUPPO MADRE _____ GRUPPO PADRE _____

PRIMI MOVIMENTI FETALI _____ DATA _____

GRAVIDANZA ASSISTITA DA:

☐ MEDICO CONSULTORIALE

☐ MEDICO LP

☐ OSTERICA CONSULTORIALE

☐ OSTERICA LP

ECOGRAFIE

DATA	DATAZIONE	MORFOLOGICA	ALTRE

ESAMI PRENATALI

ESAMI EMATOCHIMICI

DATA					
SETTIMANA					
ESAME URINE	Albumina				
	Glucosio				
	Sedimento				
UROCOLTURA					
G.B.					
G.R.					
EMOGLOBINA					
EMATOCRITO					
Vol. GLOB. MEDIO					
CONT. MEDIO EMOGLOBINA					
PIASTRINE					
GLICEMIA					
AZOTEMIA					
RICERCA Ab ANTIERITROCITI					

ESAMI SIEROLOGICI

DATA						
ROSOLIA						
TOXOPLASMOSI						
CITOMEGALOVIRUS						
HbsAg						
HIV						
HCV						
VDRL						

TAMPONE VAGINALE/RETTALE _____ DATA _____

TERAPIA _____

VISITE

DATA	SETTIMANA	PESO	PA	BCF	EDEMI	MOVIMENTI FETALI ATTIVI PERCEPITI	
						DALLA MADRE	ALLA VISTA

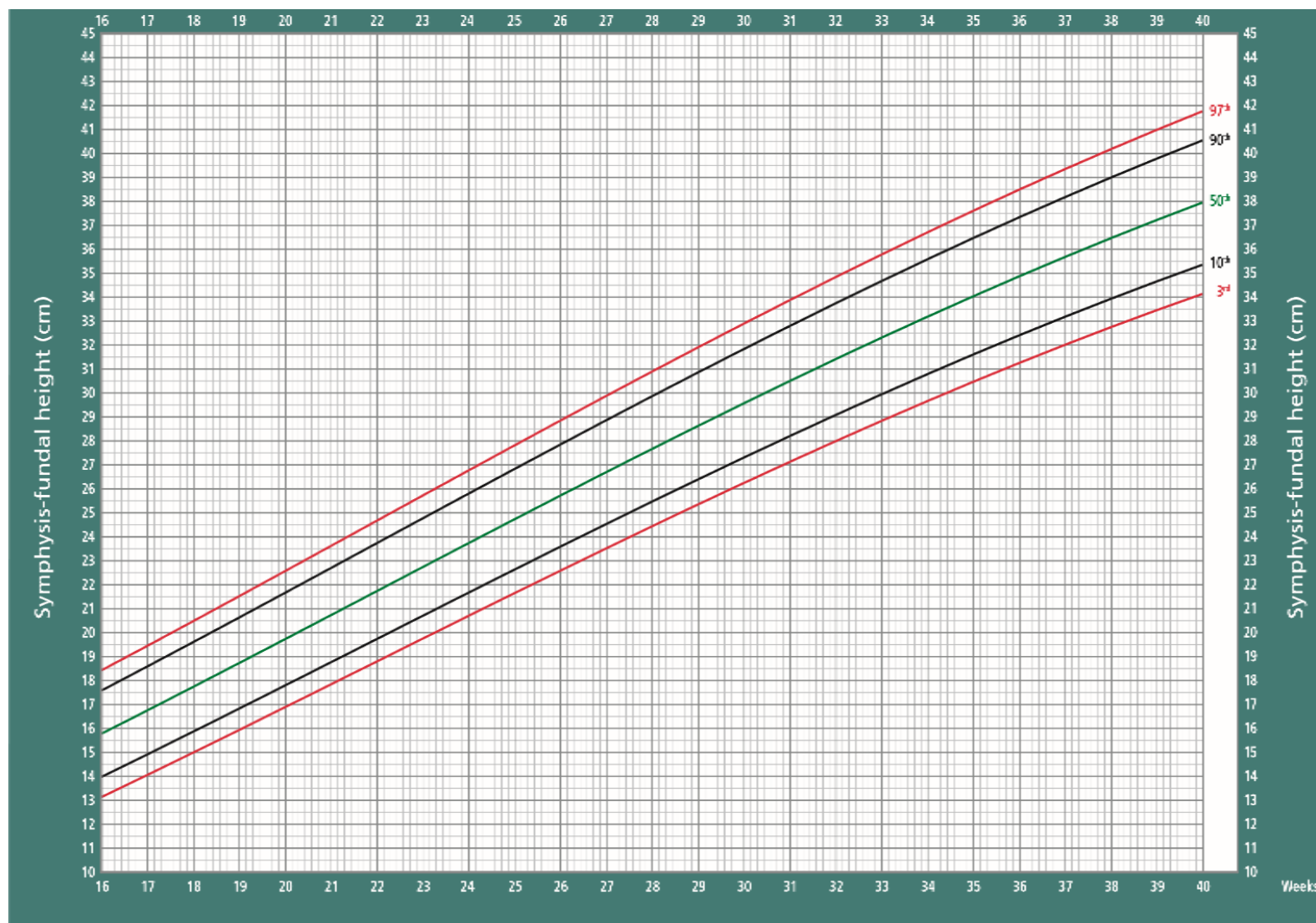
ESAME OBIETTIVO

PRESENTAZIONE	LIVELLO PARTE PRESENTATA	OSSERVAZIONI	CONSIGLI/PRESCRIZIONI

Nome e cognome della donna: _____

Terza edizione 2021

DISTANZA SINFISI FONDO



Nome e cognome della donna: _____

Terza edizione 2021

REGOLA DI JOHNSON

SF cm _____

X 155 _____

+/- 10% kg. _____

MANOVRE DI LEOPOLD

37° SETT. _____

39° SETT _____

40° SETT _____

41°SETT _____

VALUTAZIONE BACINO

PARTOGRAMMA																
DATA																
POLSO																
PA																
TEMP.																

Frequenza
Cardiaca
Fetale

cm

Dilatazione in cm (X)

Discesa PP (0)

Ora

15 min.

Allerta

Azione

Periodo espulsivo ora inizio:

20 40 60 80 100 120 140 160 180

Posizione fetale																
Membrane	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A
Liquido Amniotico	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3	L-A-E 1-2-3
Contrazioni ogni 15 min.	1	2	3	4	5											
Farmaci somministrati																
Analgesia																
Bcf auscultato																
CTG																
Posizioni materne																
Atteggiamenti																
Uso dell'acqua																
Bocca Uterina																
Premio																
Ha urinato																
ALTRO																
Firma																

Legenda : Partogramma

Grafico: con una **X** si annota la dilatazione e con una **O** la discesa della parte presentata; da notare come il riferimento alla dilatazione sia a sinistra (da 0 a 10 cm) e la discesa della parte presentata sia a destra (da -5 a +4). Sulla linea della dilatazione 0 sono presenti numeri dall'1 (in realtà dallo 0, che è lo stesso della dilatazione 0) al 16: rappresentano le ore del travaglio.

Periodo espulsivo: annerire i rettangoli, ognuno dei quali equivale a 10 minuti.

Ora: nei rettangoli "ora" annotare l'ora della visita.

Posizione fetale: **OISA** (occipito iliaca sinistra anteriore), **OISP** (occipito iliaca sinistra posteriore), **OIDA** (occipito iliaca destra anteriore), **OIDP** (occipito iliaca destra posteriore)

Membrane: **I:** integre, **R:** rotte e **A:** amniorexi.

Liquido amniotico: **L:** limpido, **A:** assente, **E:** ematico, **1,2,3:** sono i tre gradi di liquido tinto di meconio.

Contrazioni ogni 15 minuti: annerire il quadratino corrispondente al n° e la durata delle contrazioni valide percepite



contrazione < 20 secondi



contrazione tra 20 e 40 secondi



contrazione > 40 secondi

OX = ossitocina: annotare n° unità e n° di ml infusi al minuto.

Farmaci: ogni farmaco somministrato.

Analgesia epidurale: annotare ogni bolo somministrato.

BCF auscultato: SI/NO.

Posizioni: **V** varie, **A** accovacciata, **S** seduta, **P** in piedi, **F** fianco, **C** carponi.

Atteggiamento: **P** pianto, **V** vomito, **R** riposo, **S** scoraggiamento, **I** insofferenza, **A** autonoma, **NA** non autonoma, **BS** bisognosa di sostegno, **AG** aggressiva.

Acqua: **D** doccia/ **V** vasca/ **R** rifless/ **D** digitopressione.

Bocca uterina: **SP** spessa, **S** sottile, **SOF** soffice, **R** rigida, **E** edematosa, **P** posteriore, **L** laterale, **C** centralizzata

Premiato: SI/NO.

Nome e cognome della donna: _____

Terza edizione 2021

PARTO

LUOGO _____ DATA _____ ORA _____

Firma ostetrica 1° _____

Firma ostetrica 2° _____

Nome e cognome della donna: _____

Terza edizione 2021

SECONDAMENTO ORE _____ ☐ SPONTANEO ☐ CON MANOVRE ☐ OSSITOCINA

PERDITA EMATICA CC _____

PERINEO: ☐ INTEGRO ☐ 1° GRADO ☐ 2° GRADO ☐ 3° GRADO ☐ 3° GRADO COMPL. ☐ EPISIOTOMIA

TRASFERIMENTO IN OSPEDALE - MOTIVI

PROVVEDIMENTO IN OSPEDALE

ESITO _____

OSSERVAZIONI

BAMBINO

NOME _____ SESSO _____

PESO _____ LUNGHEZZA _____ CIRC. CRANICA _____

GRUPPO _____ PRESENTAZIONE _____ POSIZIONE _____

CORDONE N° VASI _____ COLLASSATO ORE _____ TAGLIATO ORE _____

PIANTO E CONSOLABILITÀ _____

1° SUZIONE ORE _____ DURATA _____ BAGNO ORE _____

PROFILASSI CON VIT. K _____

PROFILASSI OFTALMICA _____

SCREENING NEONATALI

INDICE DI APGAR	1° MINUTO	5° MINUTO	10° MINUTO
RITMO CARDIACO			
ATTIVITÀ RESPIRATORIA			
TONO MUSCOLARE			
RIFLESSI DI ECCITAMENTO			
COLORITO			
TOTALE			

SCHEDA DI OSSERVAZIONE DEL NEONATO

DATA E ORA	TEMPERATURA	FREQUENZA CARDIACA	FREQUENZA RESPIRATORIA	TONO	COLORITO

CONTROLLO LONGITUDINALE

DATA	ORA	GIORNATA	PESO	MECONIO O FECI	OMBELICO	TIPO ALLATTAMENTO	RITMO SONNO/VEGLIA	CONSOLABILITÀ	ITTERO	OSSERVAZIONI VARIE,

OSSERVAZIONI

DENUNCIA DI NASCITA

IO SOTTOSCRITTA _____ IN DATA _____

RICEVO DALL'OSTETRICA _____

LA DENUNCIA DI NASCITA DI MIO FIGLIO/A

E MI IMPEGNO ENTRO 10 GIORNI AD ADEMPIERE AGLI OBBLIGHI DI LEGGE

FIRMA DELLA MADRE

CONSENSO INFORMATO

IO SOTTOSCRITTA _____ DICHIARO DI AVER RICEVUTO,
ATTRAVERSO UN APPROFONDITO COLLOQUIO CON _____,
INFORMAZIONI SULL'**IMMUNOPROFILASSI** E DICHIARO QUINDI DI:

☐ ACCONSENTIRE ALLA SUA EFFETTUAZIONE

☐ NON ACCONSENTIRE ALLA SUA EFFETTUAZIONE

DATA _____

FIRMA DELLA MADRE

CONSENSO INFORMATO

NOI SOTTOSCRITTI

(nome e cognome della madre) _____

(nome e cognome dell'altro genitore) _____

DICHIARIAMO DI AVER RICEVUTO, ATTRAVERSO UN APPROFONDITO COLLOQUIO E DOCUMENTAZIONE SCRITTA, INFORMAZIONI SUGLI SCREENING NEONATALI E LE PROFILASSI DA ESEGUIRE SUL BAMBINO E DICHIARIAMO QUINDI DI

ACCONSENTIRE ALL'EFFETTUAZIONE DI☐ SCREENING NEONATALI

E LE SEGUENTI PROFILASSI

☐ PROFILASSI CON VIT. K☐ PROFILASSI OFTALMICA**NON ACCONSENTIRE ALL'EFFETTUAZIONE DI**☐ SCREENING NEONATALI

E LE SEGUENTI PROFILASSI

☐ PROFILASSI CON VIT. K☐ PROFILASSI OFTALMICA

DATA _____

FIRMA DELLA MADRE

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE

CONFERMO DI AVER FORNITO E CONSEGNATO LE INFORMAZIONI CIRCA GLI SCREENING NEONATALI E LE PROFILASSI DA EFFETTUARE SUL BAMBINO.

FIRMA DELL'OSTETRICA/PROFESSIONISTA _____

PUERPERIO MADRE

[illegible]

OSSERVAZIONI

VISITA PEDIATRICA

VISITE O CHIAMATE SUCCESSIVE

VISITA ALLA FINE DEL PUERPERIO (40-60 GG)

CONTRACCEZIONE

ALLATTAMENTO (specificare a quanti giorni dal parto)

OSSERVAZIONI

NOTE

NOTE SU SIMBOLI E TERMINOLOGIA

<u>CONTRAZIONI</u>	N° DI CONTRAZIONI IN 10 MINUTI
<u>COLLO</u>	M MORBIDO, SP SPESSO, S SOTTILE, P POSTERIORE, L LATERALE, C CENTRALIZZATO, R RIGIDO, E EDEMATOSO
<u>P.E.</u>	PERDITE EMATICHE +/-
<u>R.M.</u>	ROTTURA MEMBRANE
<u>L.A.</u>	LIQUIDO AMNIOTICO L LIMPIDO, C CITRINO, LT LEGGERMENTE TINTO, T TINTO, A ASSENTE, QUANTITÀ +/-
<u>POSIZIONI</u>	V VARIE, A ACCOVACCIATA, S SEDUTA, P IN PIEDI, D DISTESA, C CARPONI, AL ALTRE
<u>ACQUA</u>	B BAGNO, D DOCCIA
<u>ATTEGGIAMENTI</u>	P PIANTO, V VOMITO, R RIPOSO, S SCORAGGIAMENTO, I INSOFFERENZA, A AUTONOMA, NA NON AUTONOMA, BS BISOGNOSA DI SOSTEGNO, AG AGGRESSIVA

ALLATTAMENTO

DEFINIZIONI, SUGGERITE DAL COMITATO TECNICO DELL'OMS E INTERNAZIONALMENTE RICONOSCIUTE

<u>ALLATTAMENTO ESCLUSIVO:</u>	LATTE MATERNO (SUCCHIATO O SPREMUTO), GOCCE O SCIROPPI MEDICINALI (VITAMINE, MINERALI, FARMACI), E NIENT'ALTRO.
<u>ALLATTAMENTO PREDOMINANTE:</u>	COME SOPRA, MA CON L'AMMISSIONE DI LIQUIDI NON NUTRITIVI (ACQUA, SEMPLICE O ZUCCHERATA, E BEVANDE ACQUOSE COME TÈ, CAMOMILLA, TISANE, INFUSIONI, SUCCHI DI FRUTTA, E SOLUZIONI PER REIDrataZIONE ORALE); CON L'ECCEZIONE DEI SUCCHI DI FRUTTA E DELL'ACQUA ZUCCHERATA, NESSUN ALTRO LIQUIDO CON ALIMENTI È PERMESSO IN QUESTA CATEGORIA.
<u>ALLATTAMENTO COMPLEMENTARE:</u>	COME SOPRA, MA CON L'AGGIUNTA DI ALIMENTI NUTRITIVI LIQUIDI (LATTE LIQUIDO O IN POLVERE, BRODI DI CARNE O VEGETALI), SEMILIQUIDI (PAPPE DI CEREALI, FRUTTA, VERDURA, CARNE, PESCE), E SOLIDI (BISCOTTI).
<u>ALLATTAMENTO ARTIFICIALE:</u>	ALIMENTAZIONE SENZA LATTE MATERNO.

LA SOMMA DI ALLATTAMENTO ESCLUSIVO PIÙ PREDOMINANTE È DENOMINATA DALL'OMS "ALLATTAMENTO COMPLETO" ("FULL BREASTFEEDING"), A VOLTE TRADOTTO ANCHE COME "ALLATTAMENTO PIENO".