

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

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

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: INFORMAZIONI SUL/SUI GENITORE/I 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 ☐ 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 ☐	<u>se occupata, posizione nella professione:</u>	<u>se occupata, ramo di attività:</u>
2. disoccupata ☐	1. imprenditrice o libera professionista ☐	1. agricoltura, caccia e pesca ☐
3. in cerca di prima occupazione ☐	2. altra lavoratrice autonoma ☐	2. industria ☐
4. studentessa ☐	3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva ☐	3. commercio, pubblici servizi, alberghi ☐
5. casalinga ☐	4. lavoratrice dipendente: impiegata ☐	4. pubblica amministrazione ☐
6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) ☐	5. lavoratrice dipendente: operaia ☐	5. altri servizi privati ☐
	6. altra lavoratrice dipendente ☐	

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

* 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 della madre (kg):...|_|_|_|

33. Peso della madre al parto (kg): |_|_|_|

34. 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

35. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): |_| 36. Epoca prima visita (n. settimane compiute): |_|_|

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

38. 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 intramoenia) ☐
4. consultorio familiare privato ☐
5. nessun servizio utilizzato ☐

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

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

Indagini prenatali effettuate:

1. SI 2. NO

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

45. Decorso e assistenza in gravidanza:

1. gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica (fino al termine) (*) ☐
2. gravidanza fisiologica a conduzione medica ☐
3. gravidanza patologica per condizioni pregresse o insorte in gravidanza (*) ☐

46. Difetto accrescimento fetale:

1. SI ☐
2. NO ☐

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

se SI: 48. 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 Cytoplasmic Sperm Injection) ☐
6. altre tecniche ☐

49. Data ultima mestruazione: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| 50. Età gestazionale stimata (in settimane): |_|_|

(*) 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 3 comprende le classi AGI e AGIM.

SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

SEZIONE C1: Travaglio e parto

51. 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.) | ☐ |

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

se travaglio indotto:

53. Motivo di induzione (una sola risposta):

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

54. Tipo di induzione (una sola risposta):

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

se travaglio ad inizio spontaneo: **55. Parto pilotato:** 1. SI ☐ 2. NO ☐

56. Conduzione del travaglio di parto:

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

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

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

1. SI 2. NO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 58. analgesia epidurale | ☐ | ☐ |
| 59. altro tipo di analgesia farmacologica | ☐ | ☐ |
| 60. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica | ☐ | ☐ |
| 61. immersione in acqua o doccia in periodo dilatante | ☐ | ☐ |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 62. agopuntura | ☐ | ☐ |
| 63. digitopressione | ☐ | ☐ |
| 64. idropuntura | ☐ | ☐ |
| 65. altra metodica <u>non</u> farmacologica | ☐ | ☐ |

66. Genere del parto: 1. semplice ☐

2. plurimo ☐

se parto plurimo:

67. N° nati maschi | | **68.** N° nate femmine | |

Personale sanitario presente al parto:

1. SI 2. NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 69. ostetrica/o: | ☐ | ☐ |
| 70. ginecologa/o: | ☐ | ☐ |
| 71. pediatra/neonatologo: | ☐ | ☐ |
| 72. anestesista: | ☐ | ☐ |
| 73. infermiera/e neonatale: | ☐ | ☐ |
| 74. altro personale sanitario o tecnico: | ☐ | ☐ |

75. Presenza in sala parto:

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

76. Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale): 1. SI ☐

2. NO ☐

77. Profilassi Rh: 1. SI ☐

2. NO ☐

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

1. positiva ☐
2. negativa ☐
3. non nota ☐

SEZIONE C2: Neonato e modalità di parto

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

79. 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)

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

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

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

83. 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:

84. 1. elettivo ☐
2. non elettivo ☐

85. 1. in travaglio ☐
2. fuori travaglio ☐

86. 1. in anestesia generale ☐
2. in anestesia locoregionale centrale ☐

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

88. Peso (in grammi): |_|_|_|_|_| 89. Lunghezza (in cm.): |_|_|

90. Circonferenza cranica (in cm.): |_|_|

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

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

93. Necessità di interventi di rianimazione al neonato (se nato vivo): 1. SI ☐ 2. NO ☐

se SI, indicare gli interventi effettuati:

	1. SI	2. NO
94. ventilazione manuale	☐	☐
95. intubazione	☐	☐
96. massaggio cardiaco	☐	☐
97. adrenalina	☐	☐
98. altro farmaco	☐	☐

99. 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)**

- 100.** Malattia o condizione morbosa principale del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 101.** Altra malattia o condizione morbosa del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 102.** Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 103.** Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 104.** Altra circostanza rilevante: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 105.** Momento della morte:
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. prima del travaglio | ☐ |
| 2. durante il travaglio | ☐ |
| 3. durante il parto (periodo espulsivo) | ☐ |
| 4. momento della morte sconosciuto | ☐ |
- 106.** Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI ☐ 2. NO ☐
- 107.** Esecuzione fotografie in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI ☐ 2. NO ☐
- 108.** 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)**

- 109.** Malformazione diagnosticata 1: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 110.** Malformazione diagnosticata 2: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 111.** Malformazione diagnosticata 3: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 112.** Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): _____
- 113.** Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): _____
(in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)
- 114.** Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): _____
(in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)
- | Eventuali malformazioni in famiglia: | 1. SI | 2. NO | | 1. SI | 2. NO |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 115. fratelli/sorelle | ☐ | ☐ | 119. genitori padre | ☐ | ☐ |
| 116. madre | ☐ | ☐ | 120. altri parenti madre | ☐ | ☐ |
| 117. padre | ☐ | ☐ | 121. altri parenti padre | ☐ | ☐ |
| 118. genitori madre | ☐ | ☐ | | | |
- 122.** Malattie insorte in gravidanza 1: _____ |_|_|_|_|_|_|_|
- 123.** Malattie insorte in gravidanza 2: _____ |_|_|_|_|_|_|_|

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

Data _____