



Libretto della gestante

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb  Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitaria de Südtirol

Informazioni per la gestante:

	Data	Firma
Alimentazione ed igiene della gravidanza	/ /	
Attività fisica	/ /	
Astensione dall'alcool e dal fumo/ droghe	/ /	
Prevenzione delle infezioni in gravidanza	/ /	
Informazioni sul percorso nascita	/ /	
Screening delle cromosomopatie; screening del I trimestre	/ /	
Informazione sulla cura del perineo	/ /	
Informazione sul supporto psicologico e sociale in gravidanza e puerperio	/ /	
Informazione sui punti nascita e le possibili modalità del parto	/ /	
Informazione su analgesia in travaglio	/ /	
Informazione sul rivolgimento per manovre esterne se presentazione podalica	/ /	
Promozione dell'allattamento	/ /	

	Data	Sede
Corso di preparazione al parto	/ /	
Colloquio anestesiologicalo	/ /	
Colloquio donazione sangue del cordone ombelicale	/ /	

Vaccinazioni raccomandate in gravidanza

	Data
Tetano-Difterite-Pertosse (per tutte le gestanti a 28-32 SG)	/ /
Anti-influenzale (nella stagione influenzale)	/ /

PERCORSO NASCITA

Screening

Primo trimestre

Bollino	Data	Firma
	/ /	

Note

Terzo trimestre

Bollino	Data	Firma
	/ /	

Note

Al ricovero

Bollino	Data	Firma
	/ /	

Note

DATI PER CEDAP (CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO)

Da compilare al momento della rivalutazione del rischio ostetrico
nel terzo trimestre.

Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

☐ Ambulatorio distrettuale	☐ Ambulatorio ospedaliero pubblico
☐ Ambulatorio privato	☐ Consultorio familiare privato
☐ Consultorio familiare pubblico	☐ Nessun servizio

Professionista che ha prevalentemente seguito la gravidanza nella struttura indicata

☐ Ostetrica/o	☐ Ginecologa/o
☐ Ostetrica/o e ginecologa/o	☐ MMG
☐ Nessuno	☐ Non noto

Decorso della gravidanza

- ☐ Fisiologico
- ☐ Patologico per condizione materna preesistente
- ☐ Patologico per condizione materna insorta in gravidanza
- ☐ Patologico per condizione fetale

ANAMNESI

7

RISCHI SPECIFICI IN GRAVIDANZA

15

ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE

29

ECOGRAFIE

41

PARTO E PUERPERIO

47



Questo libretto deve essere conservato accuratamente e presentato ad ogni visita ginecologica, al momento del parto, alla visita in puerperio e a tutte le gravidanze successive

Cognome

.....

Nome

.....

Data di nascita

.....

Numero di telefono

.....

Indirizzo

.....

.....

.....

Codice fiscale

.....

Ginecologo/a curante

.....

Ostetrica di riferimento

.....

DATI DELLA MADRE

Cognome _____ Nome _____

Data nascita / / Comune nascita _____

Prov. _____ Nazione _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Cittadinanza _____

Telefono fisso _____ Mobile _____

Lingua madre _____

Richiesta mediatore culturale ☐ Sì ☐ No

Informazioni sull'attività lavorativa

Condizione Professionale

- | | |
|--|---|
| ☐ Occupata | ☐ Studente |
| ☐ Disoccupata | ☐ Casalinga |
| ☐ In cerca di prima occupazione | ☐ Altra condizione |

Posizione professionale

- | | |
|--|---|
| ☐ Imprenditrice | ☐ Lavoratrice autonoma |
| ☐ Libera professionista | ☐ Operaia |
| ☐ Dirigente | ☐ Militari forze dell'ordine e religiosi |
| ☐ Impiegata | ☐ Mai esercitato attività lavorativa stabile |

Titolo di studio

- | | |
|---|---|
| ☐ Laurea magistrale | ☐ Diploma scuola media |
| ☐ Laurea breve | ☐ Licenza elementare |
| ☐ Diploma scuola superiore | ☐ Nessun titolo |

Congedo di maternità ☐ Sì ☐ No

Inizio a _____ settimane di gravidanza

Stato Civile

- ☐ Nubile ☐ Separata ☐ Divorziata ☐ Vedova ☐ Madre single
- ☐ Informazione non comunicata
- ☐ Coniugata: data matrimonio / /

Abitudini voluttuarie

- | | |
|---|--|
| ☐ Mai fumato | ☐ Ha smesso prima della gravidanza |
| ☐ Ha smesso in gravidanza iniziale | ☐ Ha continuato a fumare |
| ☐ Astemia | ☐ Ha continuato ad assumere alcool in gravidanza |
| ☐ Ha smesso prima della gravidanza | ☐ Ha assunto eccezionalmente alcool in gravidanza |
| ☐ Ha smesso in gravidanza iniziale | |

DATI DEL PADRE

Cognome _____ Nome _____

Data nascita / / Comune nascita _____

Prov. _____ Nazione _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Telefono fisso _____ Mobile _____

Informazioni sull'attività lavorativa

Condizione Professionale

- | | |
|--|---|
| ☐ Occupato | ☐ Studente |
| ☐ Disoccupato | ☐ Casalingo |
| ☐ In cerca di prima occupazione | ☐ Altra condizione |

Posizione professionale

- | | |
|--|---|
| ☐ Imprenditore | ☐ Lavoratore autonomo |
| ☐ Libero professionista | ☐ Operaio |
| ☐ Dirigente | ☐ Militari forze dell'ordine e religiosi |
| ☐ Impiegato | ☐ Mai esercitato attività lavorativa stabile |

Titolo di studio

- | | |
|---|---|
| ☐ Laurea magistrale | ☐ Diploma scuola media |
| ☐ Laurea breve | ☐ Licenza elementare |
| ☐ Diploma scuola superiore | ☐ Nessun titolo |

Stato Civile

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Celibe | ☐ Separato | ☐ Divorziato | ☐ Vedovo |
| ☐ Informazione non comunicata | | | |
| ☐ Coniugato | | | |

ANAMNESI



Altezza

..... cm

Peso

..... kg

BMI pregravidico..... Kg/m²**Gruppo sanguigno****ABo**

.....

Rh

.....

N. di protocollo

.....

Data

.....

Allergie

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI FAMILIARE

- ☐ Diabete mellito di tipo 1
- ☐ Diabete mellito di tipo 2
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Tromboembolismo
- ☐ Malattie emorragiche

- ☐ Patologie malformative o genetiche
- ☐ Madre pre-eclampsia
- ☐ Cardiopatie congenite
- ☐ Altro

Anamnesi patologica partner

.....

.....

Ulteriori note di anamnesi

.....

.....

ANAMNESI PERSONALE

- ☐ Negativa per patologie
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Diabete mellito
- ☐ Obesità: BMI ≥ 30 ☐ Obesità: BMI ≥ 40
- ☐ Variazioni significative di peso
- ☐ Età ≥ 40 o < 18 anni
- ☐ Trombosi o emorragie
- ☐ Trombofilia
- ☐ Infezioni
- ☐ Patologia autoimmune
- ☐ Patologia renale e urinaria
- ☐ Patologia cardiocircolatoria
- ☐ Patologia tiroidea
- ☐ Patologia respiratoria
- ☐ Patologia epatica
- ☐ Patologia neurologica
- ☐ Patologia muscoloscheletrica
- ☐ Patologia ematologica
- ☐ Interventi chirurgici

-
- ☐ Incontinenza urinaria/fecale
 - ☐ Disagio psichico o sociale
 - ☐ Abuso di tabacco ☐ Abuso di alcool
 - ☐ Abuso di droghe
 - ☐ Farmaci assunti

☐ Altro

Anamnesi lavorativa

- ☐ Riconosciuti rischi nell'ambiente di lavoro

ANAMNESI REMOTA

OSTETRICO-GINECOLOGICA

- ☐ Negativa per patologie
 - ☐ Sterilità di coppia
 - ☐ Poliabortività
 - ☐ Malformazioni o anomalie uterine
 - ☐ Mutilazione genitale femminile
 - ☐ Pregresso taglio cesareo
 - ☐ Pregressa chirurgia pelvica o uterina
 - ☐ Pregressa chirurgia perineale
 - ☐ Pregresso parto pretermine
 - ☐ Pregresso aborto tardivo
 - ☐ Pregresso diabete gestazionale
 - ☐ Precedente figlio ≥ 4500 g
 - ☐ Pregressa pre-eclampsia o ipertensione indotta dalla gravidanza
 - ☐ Pregresso neonato IUGR o SGA
 - ☐ Pregresso distacco di placenta
 - ☐ Pregressa epatopatia gravidica
 - ☐ Pregressa trombocitopenia gestazionale
 - ☐ Pregressa MEF o morte neonatale
 - ☐ Precedente figlio con patologia o malformazione
 - ☐ Pregressa emorragia post partum
 - ☐ Pregressa lacerazione perineale di alto grado (III°, IV°)
 - ☐ Pregressa distocia di spalla
 - ☐ Pregressa depressione post partum
 - ☐ Altro
-
-

Pap-test Esito Data / /

ANAMNESI GRAVIDANZA ATTUALE

☐ Attualmente negativa per patologie
☐ Esecuzione visita preconcezionale
☐ Diagnosi tardiva di gravidanza
☐ Epoca gestazionale incerta
☐ Consanguineità
☐ No ☐ Cugini I° grado ☐ Cugini II° grado
 Altro _____

☐ Esposizione ad agenti teratogeni
☐ Infezioni
☐ Isoimmunizzazione Rh
☐ Altro _____

☐ Gravidanza gemellare
☐ Monocoriale ☐ Bicoriale
☐ Monoamniotica ☐ Biamniotica
☐ Bigemina ☐ Trigemina
 Altro _____

☐ Fecondazione assistita

☐ IUI	☐ FIVET ☐ ICSI ☐ GIFT ☐ Altre _____	☐ Ovulazione indotta
☐ Omologa	Eterologa ☐ maschile ☐ femminile	☐ Embriodonazione
☐ A fresco	☐ Crioconservazione	☐ Test preimpianto

Assunzione acido folico

☐ Prima del concepimento	☐ Nel I° trimestre
☐ Oltre il I° trimestre	☐ Non assunto

PARITÀ / / /

Parti precedenti

Anno	SG	Sesso	Peso	Tipo di parto

Aborti precedenti

Anno	SG	Peso	Modalità

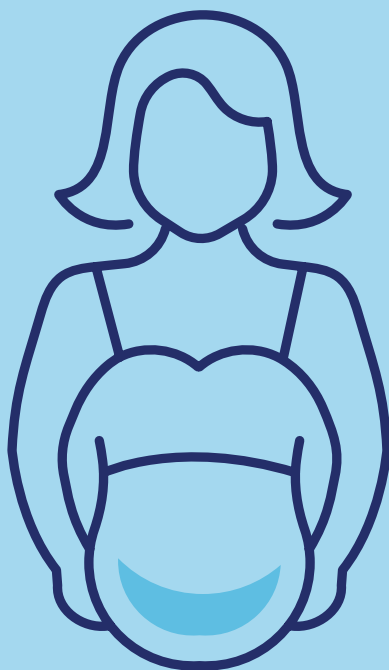
Note

.....

Complicazioni in gravidanza	Complicanze puerperio	Complicanze neonato

Complicazioni	Complicanze post aborto	Diagnosi

RISCHI SPECIFICI IN GRAVIDANZA



RISCHIO GENETICO/ MALFORMATIVO

- ☐ Consanguineità
- ☐ Pregresso feto/neonato malformato
- ☐ Familiarità per malformazioni/ patologie genetiche
- ☐ Pregressa cromosomopatia
- ☐ Assunzione farmaci
- ☐ Esposizione a radiazioni ionizzanti
- ☐ Screening ecografico patologico o sospetto
- ☐ Altro

Consulenza genetica

.....

Consulenza teratologica

.....

Indagine invasiva

.....

Ecografia II° livello

.....

.....

Ecocardiografia fetale

.....

.....

Note

.....

TEST COMBINATO 1° TRIMESTRE / SCREENING PER CROMOSOMOPATIE

In esenzione

Data	/	/	Firma
------	---	---	-------

- | | |
|---|---|
| ☐ Rischio basso | ☐ Non eseguito |
| ☐ Rischio intermedio | ☐ Non desiderato il calcolo del rischio per cromosomopatie |
| ☐ Rischio alto | |
| ☐ NT > 99° PCT | ☐ PAPP A bassa < 0,30 MoM |

NIPT

- ☐ Rischio basso
- ☐ Rischio alto

Esame invasivo

	Data	Esito
☐ CVS	/ /	_____
☐ Amniocentesi	/ /	_____
☐ Cordocentesi	/ /	_____

Immunoprofilassi

- ☐ Si ☐ No

Note _____

RISCHIO METABOLICO

DIABETE GESTAZIONALE

OGTT indicazioni secondo Linee Guida Nazionali

- ☐ BMI ≥ 30
- ☐ Precedente diabete gestazionale
- ☐ Glicemia a digiuno nel primo trimestre $\geq 100 < 126$ mg/dl
- Altro

OGTT 75g 16-18 SG

Data / /

☐ Normale

☐ Patologico

OGTT 75g 24-28 SG

Data / /

☐ Normale

☐ Patologico

- ☐ BMI ≥ 25 ma < 30
- ☐ Età ≥ 35 anni
- ☐ Pregresso neonato macrosoma (≥ 4500 g)
- ☐ Provenienza da aree geografiche ad alta prevalenza (Pakistan, India, Bangladesh, Egitto, Marocco, Algeria, Penisola Arabica)
- ☐ Familiarità di I° grado per diabete tipo 2

OGTT 75g 24-28 SG

Data / /

☐ Normale

☐ Patologico

Criteri diagnostici di diabete gestazionale

Digiuno	≥ 92 mg/dl
1 ora	≥ 180 mg/dl
2 ore	≥ 153 mg/dl

DIABETE PREGRAVIDICO

- ☐ Diabete pregravidico di tipo 1
- ☐ Diabete pregravidico di tipo 2
- ☐ Glicemia I trimestre ≥ 126 mg/dl

Hb glicata

Data / /	Data / /	Data / /

Chetoni

Data / /	Data / /	Data / /

- ☐ microinfusore
- ☐ microsensore
- ☐ telemonitoraggio

CONSULENZA DIABETOLOGICA

TERAPIA IN ATTO

Note

RISCHIO PATOLOGIE IPERTENSIVE E PRE-ECLAMPSIA

Almeno 1 fattore ad alto rischio:

- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Pre-eclampsia pregressa grave o pretermine (< 34SG)
- ☐ Patologia autoimmune
- ☐ Nefropatia
- ☐ Diabete pregravidico di tipo 1 o 2
- ☐ Altro

Almeno 2 fattori di rischio moderato:

- ☐ 1^a gravidanza o intervallo inter-gravidico >10 anni o nuovo partner
- ☐ ≥ 40 anni
- ☐ BMI ≥ 35
- ☐ Familiarità per pre-eclampsia (madre, sorelle)
- ☐ Gravidanza gemellare

Fattore di rischio allo screening del I trimestre:

- ☐ rischio pre-eclampsia > 1/200

Terapia

- ☐ ASA 100
- ☐ ASA 150

Doppler delle arterie uterine

Data	SG	Esito
/ /	_____	_____
/ /	_____	_____

Note

.....

RISCHIO PARTO PRETERMINE/ ABORTO TARDIVO

- ☐ Pregresso parto pretermine
- ☐ Pregresso aborto tardivo
- ☐ Pregresso aborto settico
- ☐ Interventi sul collo dell'utero
- ☐ Malformazioni uterine
- ☐ Infezioni genitali del I trimestre
- ☐ Altro _____

Provvedimenti:

- ☐ Progesterone vaginale
- ☐ Cerchiaggio
- ☐ Lattoferrina
- ☐ Pessario di Arabin
- ☐ Monitoraggio cervicometrico
- ☐ Altro _____

Ricerche microbiologiche cervico-vaginali

	Data	Esito
Tampone vaginale	/ /	_____

Tampone cervicale molecolare	/ /	_____
------------------------------	-----	-------

Urocoltura	/ /	_____
------------	-----	-------

Note _____

RISCHIO TROMBOEMBOLICO ANTEPARTUM

- ☐ Pregresso ictus
- ☐ Pregressa embolia polmonare
- ☐ Altra pregressa patologia specificata

Tromboprofilassi secondo consulenza ematologica

- ☐ Pregressa TVP + Trombofilie ad alto rischio (Omozigosi Fattore V, Omozigosi Fattore II, Eterozigosi Composte, Deficit AT III, Deficit Prot. S, Deficit Prot. C, S. da Ab antifosfolipidi)
- ☐ TVP ricorrenti
- ☐ Pregressa TVP in terapia anticoagulante orale a lungo termine

Rischio molto alto

LMWH ad alte dosi dal I trimestre (50% o 75% o dose terapeutica piena).
Management in collaborazione con ematologo

- ☐ Pregressa TVP (eccetto una singola TVP correlata a chirurgia maggiore)

Rischio alto

LMWH a dosi profilattiche dal I trimestre. Management in collaborazione con ematologo

- ☐ Pregressa TVP singola, correlata a chirurgia maggiore
- ☐ Trombofilia ad alto rischio (Omozigosi Fattore V, Omozigosi Fattore II, Eterozigosi Composte, Deficit AT III, Deficit Prot. S, Deficit Prot. C)
- ☐ Comorbidità materne: tumori, insufficienza cardiaca, Lupus in fase attiva, malattie infiammatorie intestinali, poliartropatie infiammatorie, S. nefrosica, DM tipo I con nefropatia, anemia falciforme, tossicodipendenza ev in atto
- ☐ Procedure chirurgiche in gravidanza
- ☐ OHSS (solo nel I° trimestre)

Rischio intermedio

LMWH a dosi profilattiche dal I° trimestre

- | | |
|--|--|
| ☐ Obesità (BMI > 30KG/m ²) | ☐ Storia familiare di TVP idiopatica o estrogeno – correlata in familiari di I° grado |
| ☐ Età > 35 anni | ☐ Trombofilie a basso rischio (Eterozi-gosi Fattore V, Eterozigosi Fattore II) |
| ☐ Parità ≥ 3 | ☐ Gravidanza multipla |
| ☐ Fumo | ☐ FIVET/ICSI |
| ☐ Vene varicose evidenti | |
| ☐ Preeclampsia | |
| ☐ Immobilità (paraplegia, algie con ridotta mobilità) | |

Fattori di rischio transitori:

- | | |
|---|--|
| ☐ Disidratazione/Iperemesi | ☐ Viaggi lunghi > 4 ore |
| ☐ Infezione sistemiche in atto | |

Valutazione dell'opportunità di profilassi del tromboembolismo in gravidanza o in puerperio sulla base della combinazione di più fattori di rischio (v. anche LG RCOG 2020)

Dosi Terapeutiche

Enoxaparina (Clexane)

100U/Kg/12h antepartum poi 150U/Kg/die postpartum

Dosi Profilattiche

< 50 kg: Enoxaparina (Clexane) 2000U/die

50-90 kg: Enoxaparina (Clexane) 4000U/die

90-130 kg: Enoxaparina (Clexane) 6000U/die

130-170 kg: Enoxaparina (Clexane) 8000U/die

> 170 kg: Enoxaparina (Clexane) 60U/kg/die

Controindicazioni all'uso di LMWH antepartum

- ☐ Emofilia o altri problemi della coagulazione (malattia di Von Willebrand, Coagulopatia Acquisita)
- ☐ Sanguinamento antepartum attivo
- ☐ Altro rischio di emorragia severa (es. Placenta Praevia)*
- ☐ Trombocitopenia (PLT < 75x10⁹/L)
- ☐ Ictus ischemico o emorragico nelle precedenti 4 settimane
- ☐ Patologia renale severa (GFR < 30ml/min/1,73 m²)
- ☐ Patologia epatica severa (PT oltre il range di riferimento o varici esofagee note)
- ☐ Ipertensione non controllata (Sistolica > 200 mmHg, diastolica > 120 mmHg)

* Nelle pazienti ospedalizzate affette da placenta praevia e, in generale nelle gestanti ad alto rischio emorragico, è necessario considerare un'attenta valutazione individuale del rischio tromboembolico ed emorragico. Se possibile, è opportuno privilegiare metodiche non farmacologiche di tromboprolifassi (calze elastiche, idratazione adeguata, evitare l'immobilità prolungata).

RISCHIO OBESITÀ

Se BMI ≥ 30 :

- Acido folico 5 mg
- Supplementazione vit D
- Considerare tromboprofilassi
- Considerare profilassi pre-eclampsia con ASA 150
- Controllo del peso settimanale
- Monitoraggio PA settimanale
- Consulenza nutrizione clinica possibilmente entro I° trimestre
- Informazione su esercizio fisico
- Informazione su aumento ponderale
- OGTT 16-18 SG
- OGTT 24-28 SG
- Esame urine ad ogni controllo
- Profilo epatico, renale e tiroideo nel I°, II° e III° trimestre
- Biometria a 30 e 35 settimane
- Discussione del luogo del parto
- Consulenza anestesologica
- Profilassi dell'emorragia post-partum (gestione attiva del III° stadio)

Se BMI ≥ 35 eseguire anche:

- Monitoraggio PA 3x sett da 24 SG
- Valutazione induzione del travaglio non oltre 41 SG
- Biometrie seriate da SG 24
- Diagnosi di disturbi del sonno e apnee ostruttive se sintomatica
- Se comorbidità considerare presentazione presso punto nascita di II° livello
- Se comorbidità considerare presentazione per chirurgia bariatrica dopo il parto

Se BMI ≥ 40 eseguire anche:

- Ecografia morfologica precoce
- Elettrocardiografia per screening cardiomiopatia
- Considerare induzione del travaglio non oltre 40 SG
- Considerare presentazione per chirurgia bariatrica dopo il parto

PROFILASSI DELL'ISOIMMUNIZZAZIONE RH/ALLOIMMUNIZZAZIONE

Screening test di Coombs indiretto

(indicato per tutte le gestanti)

I° trimestre	28 SG
Data / /	Data / /
☐ Negativo	☐ Negativo
☐ Positivo	☐ Positivo
Titolo _____	Titolo _____
Anticorpo _____	Anticorpo _____

Immunoprofilassi Rh

Indicato se gestante Rh negativa a 28 SG ed in occasione di ogni evento immunizzante (Dosaggio: < 20 SG 625UI; > 20 SG 1500 UI)

	Data	Firma
28 SG	/ /	
Evento immunizzante	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Note _____

PATOLOGIE EMATOLOGICHE

- ☐ Trombocitopenia
 - ☐ Emoglobinopatie (talassemia, anemia falciforme...)
 - ☐ Anemia grave
 - ☐ Altro _____
- _____
- _____

FUNZIONE TIROIDEA

Dosaggio del TSH

Indicato dosaggio nel I° trimestre in tutte le gravidanze; indicata ripetizione nel II° e III° trimestre nel caso di tireopatie, diabete di tipo I° e obesità.

I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Terapia _____

Consulenza endocrinologica _____

Altro _____

STATO PSICOLOGICO EMOZIONALE

- ☐ Patologia psichiatrica pregressa o attuale
- ☐ Pregressa depressione post-partum
- ☐ Disagio sociale
- ☐ Abuso di sostanze (droghe, alcol)
- ☐ Età < 18 anni
- ☐ Altro

Domande di Whooley modificate

I° trimestre

- ☐ Vivo serenamente la gravidanza
- ☐ Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- ☐ Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- ☐ Ho bisogno di aiuto

II° trimestre

- ☐ Vivo serenamente la gravidanza
- ☐ Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- ☐ Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- ☐ Ho bisogno di aiuto

III° trimestre

- ☐ Vivo serenamente la gravidanza
- ☐ Nell'ultimo mese mi sono sentita triste o depressa
- ☐ Nell'ultimo mese ho perso interesse o piacere a fare le cose
- ☐ Ho bisogno di aiuto

Note

.....

.....

ALTRE PATOLOGIE

Handwriting practice lines for the section "ALTRE PATOLOGIE". The section contains 24 horizontal dotted lines for writing.

ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE



ESAMI EMATOCHIMICI, SIEROLOGICI E MICROBIOLOGICI: LEA PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA

18-3-2017 Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 65

PRIMO TRIMESTRE

M07-M13

Emocromo

Anticorpi anti eritrociti (test di coombs indiretto)

Glucosio

Virus rosolia anticorpi IgG

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Treponema pallidum

HIV 1-2

Urine esame completo

Esame colturale dell'urina

Qualora non eseguiti in funzione preconcezionale.

Gruppo sanguigno

Hb - emoglobinopatie

In caso di fattori di rischio riconosciuti:

Virus epatite C (HCV)

Screening molecolare patogeni cervicali

Esame colturale vaginale

Solo se sospetta infezione acuta

Virus rosolia IgG e IgM

M09- M13

HCG frazione libera e PAPP-A

Solo in associazione con 88.78.4 Ecografia NT

Non esenti ma raccomandate I° trimestre secondo il percorso nascita provinciale:

TSH AST ALT yGT creatinina ferritina

CMV IgG IgM

HBsAg HCV Varicella IgG IgM

SECONDO TRIMESTRE**M14-M18****In caso di sieronegatività**

Virus rosolia IgG e IgM

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Se indicato

OGTT

M19-M23**In caso di sieronegatività**

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

M24-M27

Esame urine

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

Se indicato

OGTT

TERZO TRIMESTRE**M28-M32**

TCI

Emocromo

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

M33-M37

Emocromo

Esame urine

Treponema pallidum

HBsAg

HIV

Tampone vaginoretale GBS

In caso di sieronegatività

Toxoplasma anticorpi IgG e IgM

In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

Esame colturale dell'urina

! Tutte le visite ostetriche sono esenti

ESAMI IMMUNOSIEROLOGICI

	I° trimestre		III° trimestre	
LUE	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Positivo	☐ Negativo
HIV	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Positivo	☐ Negativo
HbsAg	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Positivo	☐ Negativo
HCV	☐ Positivo	☐ Negativo	☐ Positivo	☐ Negativo

	Data	IgG	IgM
Rosolia	I° trimestre	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
	16 settimane	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo

	Data	IgG	IgM
Toxo	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
CMV	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
Varicella	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo
Morbillo	/ /	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Positivo ☐ Negativo

ESAMI BATTERIOLOGICI E TAMPONI

Eventuali tamponi vaginali o cervicovaginali

Data	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Urinocoltura

Data	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

TAMPONE VAGINO-RETTALE PER STREPTOCOCCO B

Data / / ☐ Positivo ☐ Negativo

Altro.....

.....

.....

.....

.....

VISITE IN GRAVIDANZA

Epicrisi

Parità UM

Data	/	/	/	/	/	/	/	/
SG								
PA								
Peso								
Sinfisi-fondo								
Visita vaginale SF								
BCF/MAF								
Edemi/Varici								
Note								
Terapia								
Firma								
Esami								
Hb/Eri								
Urine/ Urocoltura								
Glicemia								
TSH								
TCI								
Altro								

ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE

EPP _____

EPP corretta _____

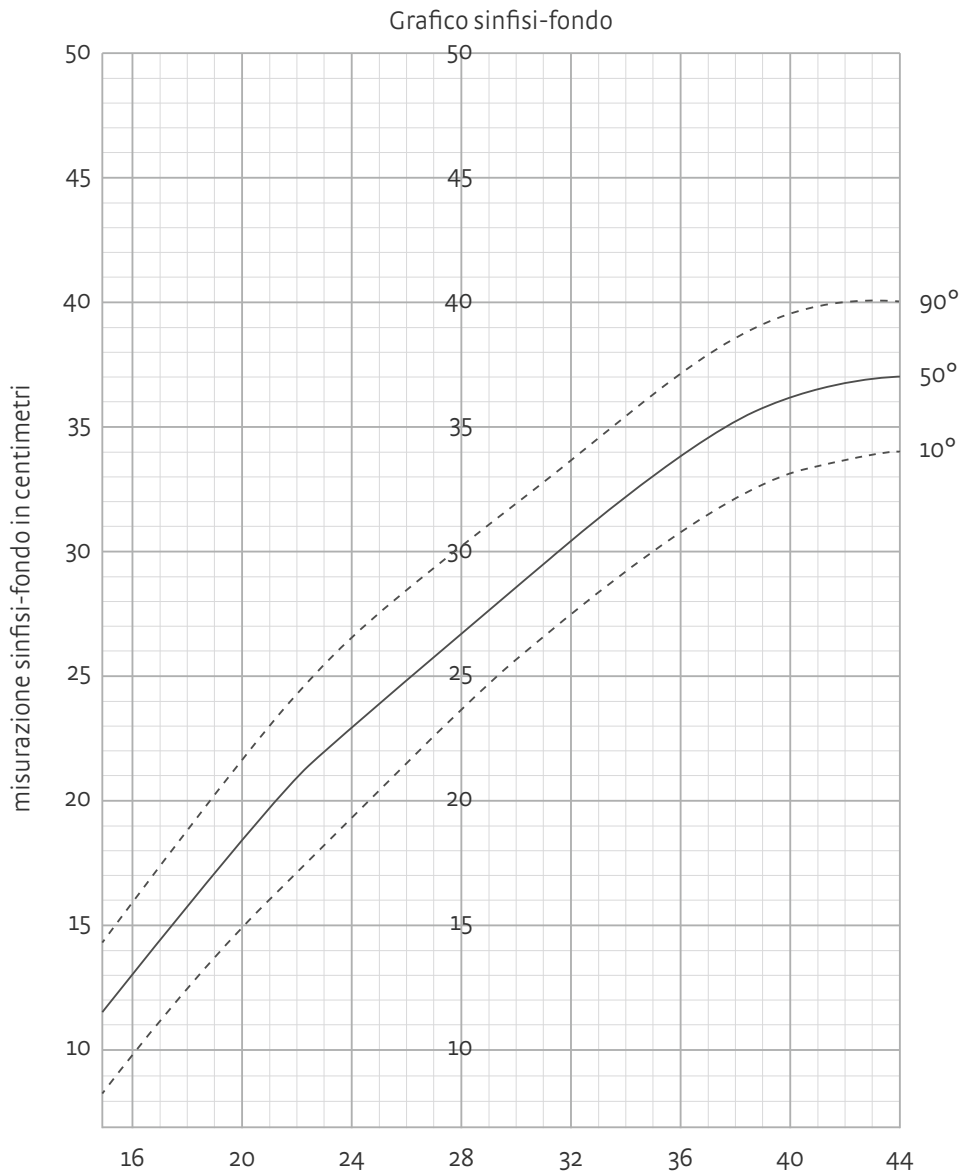
/ /

/ /

/ /

/ /

MISURAZIONE SINFISI-FONDO



settimane di gravidanza

Carta della distanza sinfisi-fondo basata sui dati di Cardiff
(Clavert J.P. et al BMJ 285: 846-47)

[illegible]

CONTROLLI PERITERMINE

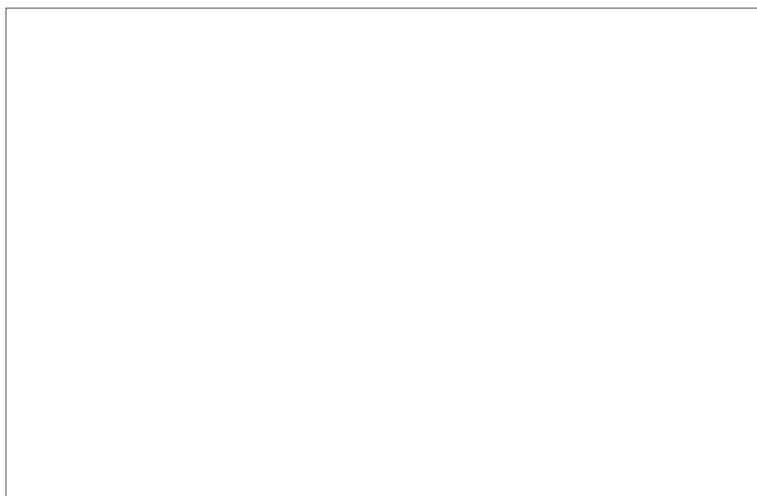
ESAMI EMATOCHIMICI E VISITE

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
SG				
Peso materno				
Visita				
CTG				
US/LA				
PA				
Note				
Firma				

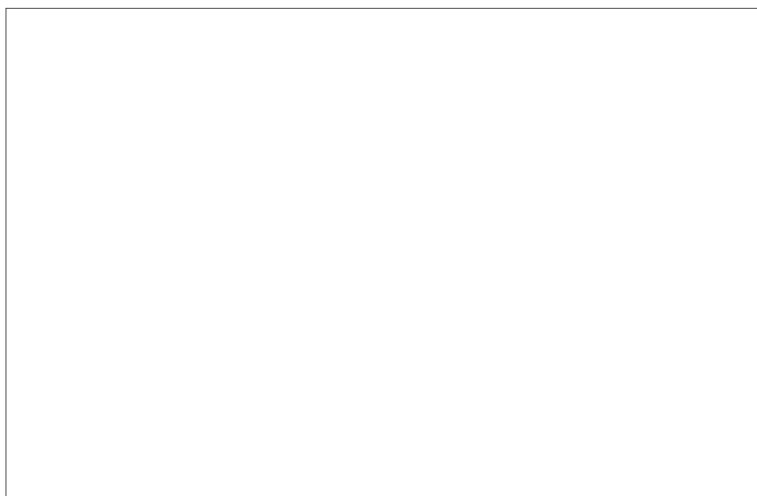
ECOGRAFIE



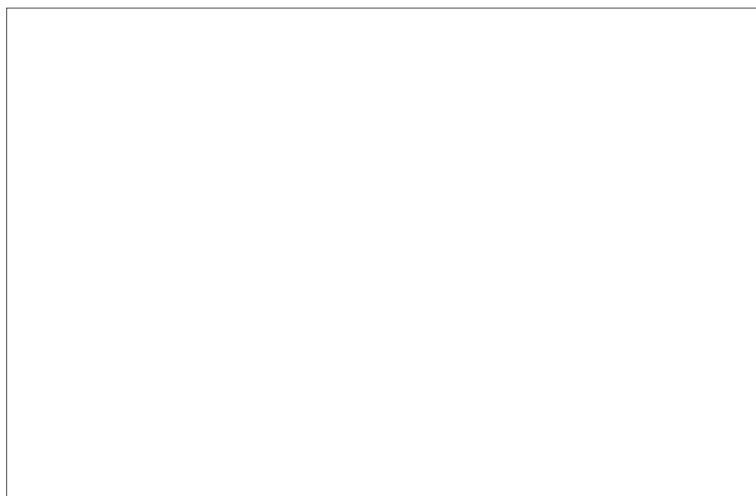
SPAZIO PER EVENTUALI ETICHETTE ECOGRAFICHE



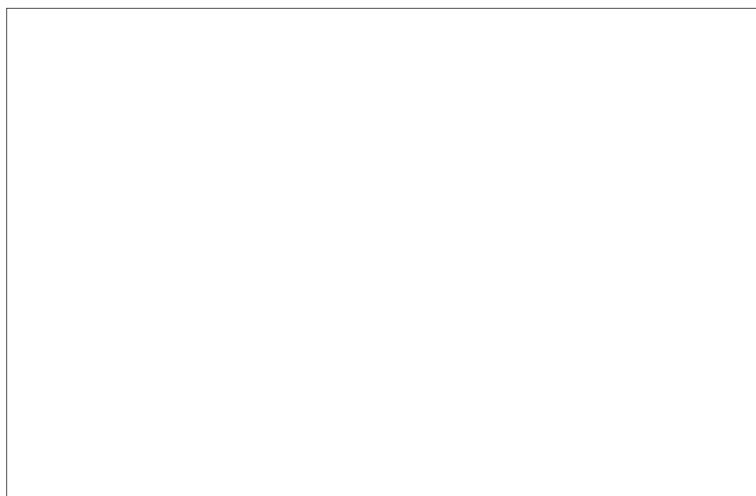
SG 8-10 In esenzione



SG 20 In esenzione



SG 30 In esenzione solo se indicazione medica



SG 35 In esenzione

Ulteriori ecografie

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.

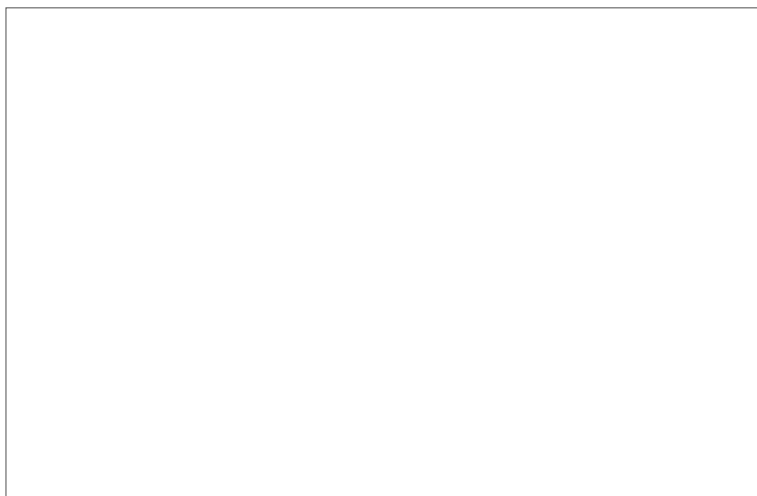
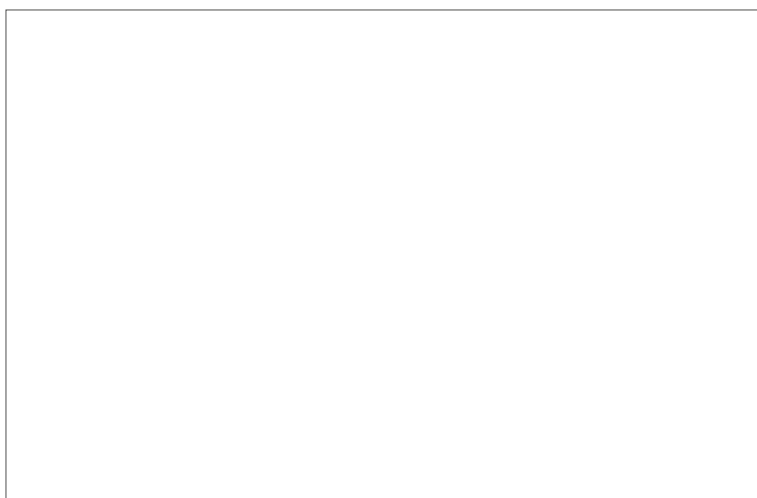
Note

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

PARTO E PUERPERIO



SPAZIO PER ETICHETTA PARTO

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a birth label.A second large, empty rectangular box with a thin black border, identical to the one above, also intended for a birth label.

PARTO

Data / / SG _____

☐ Nascita fuori reparto ☐ Parto a domicilio programmato

Induzione del travaglio ☐ Meccanica ☐ Prostaglandine ☐ Ossitocina ☐ Amnioressi

Indicazione _____

Ora	1° nato			2° nato		
Sesso	☐ M	☐ F		☐ M	☐ F	
Presentazione	☐ Cef	☐ Pod	☐ Trasv	☐ Cef	☐ Pod	☐ Trasv
Mod. del parto	☐ PS	☐ VE	☐ TC	☐ PS	☐ VE	☐ TC
Indicazione						
Controllo del dolore in travaglio	☐ anest. generale ☐ anest. locale ☐ anest. spinale ☐ anest. epidurale ☐ immersione in acqua ☐ farmacologico			☐ anest. generale ☐ anest. locale ☐ anest. spinale ☐ anest. epidurale ☐ immersione in acqua ☐ farmacologico		
Peso	g			g		
Lunghezza	cm			cm		
Circ. cranica	cm			cm		
Apgar 1 min						
Apgar 5 min						
pH (art. ombelicale)						
Contatto pelle a pelle:	☐ 1 ora ininterrotta					
Donaz. SCO	☐ Si ☐ No					

Perineo

- | | |
|---|--|
| ☐ Intatto | ☐ Lacerazione III° grado b o c |
| ☐ Lacerazione I° grado | ☐ Lacerazione IV° grado |
| ☐ Lacerazione II° grado | ☐ Lacerazione vaginale profonda |
| ☐ Lacerazione III° grado a | ☐ Lacerazione cervicale |
| ☐ Episiotomia | |

Indicazione _____

Altro _____

Complicazioni al parto

- ☐ Emorragia post partum
- ☐ Febbre
- ☐ Ritenzione di materiale coriale
- ☐ Complicanze ipertensive
- ☐ Mancato secondamento
- ☐ Altro

.....

.....

PUERPERIO

Puerperio fisiologico

- ☐ Sì ☐ No

Complicanze

.....

.....

Hb PA

Gruppo sanguigno neonata/o

Proflassi anti- D ☐ Sì ☐ No

Allattamento

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Materno | ☐ Tiralatte |
| ☐ Misto | ☐ Inibizione medica della lattazione (Cabergolina) |
| ☐ Artificiale | |

Altro

.....

DIMISSIONE

Madre e bambina/o dimessi il / /

Madre dimessa il / / Bambina/o dimessa/o il / /

Dimissione protetta

☐ Sì ☐ No

Indicazione.....

Controlli clinici previsti

- ☐ Controllo ostetrico
- ☐ Visita ginecologica 6 settimane dopo il parto
- ☐ Altro.....

Terapia prescritta

- ☐ Eparina a basso peso molecolare
- ☐ Ferro e integratori
- Altro.....

Esami ematochimici prescritti

- ☐ Emocromo tra.....
- ☐ OGTT 6 settimane dopo il parto
- ☐ TCI 6 mesi dopo il parto
- ☐ TSH tra.....
- ☐ Altro.....

Vaccinazioni consigliate

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Antirubeolica | ☐ DTP |
| ☐ MMR-V | ☐ Epatite B |



**Ulteriori informazioni
sul percorso nascita**