

FAC - SIMILE

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

A 1. Codice Istituto di cura	0 3 0	2. Anno pratica della ricoverata	2 0 0	3. N° SDO della ricoverata	
OPPURE IN CASO DI PARTO NON AVVENUTO IN ISTITUTO DI RICOVERO (a)					
B 1. Codice ASL	0 3 0 3	2. Anno dell'evento	2 0 0	3. N° progressivo ASL del parto	

5. Archivio di registrazione (tipo record) (b) 1

6. Comune di evento _____
Codice ISTAT del comune

Il sottoscritto _____ nella qualità di _____
 avendo prestato la propria opera al parto in oggetto certifica quanto segue:
 Cognome e nome della puerpera _____

7. Codice fiscale della puerpera _____ Puerpera coperta da anonimato sì no

SEZIONE A informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i

MADRE	PADRE
8. DATA DI NASCITA <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>g g m m a a a a</small>	16. DATA DI NASCITA <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>g g m m a a a a</small>
9. CITTADINANZA (c) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT</small>	17. CITTADINANZA (c) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT</small>
10. LUOGO DI NASCITA (d) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero</small>	18. LUOGO DI NASCITA (d) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero</small>
11. LUOGO DI RESIDENZA (d) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero</small>	19. LUOGO DI RESIDENZA (d) _____ <small>(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero</small>
12. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)	20. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)
-Laurea 1 <input type="checkbox"/>	-Laurea 1 <input type="checkbox"/>
-Diploma universitario o Laurea breve 2 <input type="checkbox"/>	-Diploma universitario o Laurea breve 2 <input type="checkbox"/>
-Diploma di scuola media superiore 3 <input type="checkbox"/>	-Diploma di scuola media superiore 3 <input type="checkbox"/>
-Licenza di scuola media inferiore 4 <input type="checkbox"/>	-Licenza di scuola media inferiore 4 <input type="checkbox"/>
-Licenza elementare o nessun titolo 5 <input type="checkbox"/>	-Licenza elementare o nessun titolo 5 <input type="checkbox"/>
13. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE	21. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE
13.1 -Occupata 1 <input type="checkbox"/>	21.1 -Occupato 1 <input type="checkbox"/>
-Disoccupata 2 <input type="checkbox"/>	-Disoccupato 2 <input type="checkbox"/>
-In cerca di prima occupazione 3 <input type="checkbox"/>	-In cerca di prima occupazione 3 <input type="checkbox"/>
-Studentessa 4 <input type="checkbox"/>	-Studente 4 <input type="checkbox"/>
-Casalinga 5 <input type="checkbox"/>	-Casalingo 5 <input type="checkbox"/>
-Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>	-Altra condizione (inabile, ritirato dal lavoro, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>
SE OCCUPATA INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	SE OCCUPATO INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA
13.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	21.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE
-Imprenditrice o libera professionista 1 <input type="checkbox"/>	-Imprenditore o libero professionista 1 <input type="checkbox"/>
-Altra lavoratrice autonoma 2 <input type="checkbox"/>	-Altro lavoratore autonomo 2 <input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo 3 <input type="checkbox"/>	-Lavoratore dipendente: dirigente o direttivo 3 <input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: impiegata 4 <input type="checkbox"/>	-Lavoratore dipendente: impiegato 4 <input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: operaia 5 <input type="checkbox"/>	-Lavoratore dipendente: operaio 5 <input type="checkbox"/>
-Altra lavoratrice dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>	-Altro lavoratore dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>
13.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	21.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA
-Agricoltura, caccia e pesca 1 <input type="checkbox"/>	-Agricoltura, caccia e pesca 1 <input type="checkbox"/>
-Industria 2 <input type="checkbox"/>	-Industria 2 <input type="checkbox"/>
-Commercio, pubblici servizi, alberghi 3 <input type="checkbox"/>	-Commercio, pubblici servizi, alberghi 3 <input type="checkbox"/>
-Pubblica Amministrazione 4 <input type="checkbox"/>	-Pubblica Amministrazione 4 <input type="checkbox"/>
-Altri servizi privati 5 <input type="checkbox"/>	-Altri servizi privati 5 <input type="checkbox"/>
14. STATO CIVILE	
-Nubile 1 <input type="checkbox"/>	
-Coniugata 2 <input type="checkbox"/>	
-Separata 3 <input type="checkbox"/>	
-Divorziata 4 <input type="checkbox"/>	
-Vedova 5 <input type="checkbox"/>	
-Non dichiarato 6 <input type="checkbox"/>	
SE STATO CIVILE DIVERSO DA "Nubile" INDICARE LA DATA DELL'UNICO O ULTIMO MATRIMONIO	
15. DATA DEL MATRIMONIO <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>m m a a a a</small>	

Firma dell'ostetrica/o o del medico

SEZIONE B informazioni sulla gravidanza

22. PRECEDENTI CONCEPIMENTI si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		32. NUMERO DI SETTIMANE COMPIUTE DI GRAVIDANZA ALLA PRIMA VISITA DI CONTROLLO [][]	
<i>IN CASO DI PRECEDENTI CONCEPIMENTI INDICARE IL NUMERO DI:</i>		33. NUMERO DI ECOGRAFIE []	
23. Parti precedenti	[][]	ALTRE INDAGINI PERINATALI	
24. Tagli cesarei precedenti	[][]	34. Amniocentesi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
25. Nati vivi	[][]	35. Villi coriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
26. Nati morti (e)	[][]	36. Fetoscopia/funicolocentesi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
27. Aborti spontanei (f)	[][]	37. Ecografia dopo le 22 settimane	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
28. Interruzioni volontarie di gravidanza	[][]	38. DECORSO DELLA GRAVIDANZA	
29. DATA ULTIMO PARTO (precedente a quello che si rileva)	[][][][] [][][][] [][][][][]	- Fisiologico	1 []
30. CONSANGUINEITA' TRA PADRE E MADRE		- Patologico	2 []
-Parenti di 4° grado (figli di fratelli e sorelle)	1 []	39. DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE	
-Parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/o di un suo primo cugino)	2 []	- Rallentamento accrescimento intrauterino	1 []
-Parenti di 6° grado (secondi cugini)	3 []	- Nessun rallentamento accrescimento intrauterino	2 []
-Nessuna consanguineità	4 []	40. CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI RIPRODUZIONE MEDICO-ASSISTITA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
31. NUMERO DI VISITE DI CONTROLLO EFFETTUATE (g)		41. SE SI INDICARE LA TECNICA:	
PARTI FINO AL 2015:		-Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	1 []
-Nessuna visita	1 []	-UI (Intra Uterine Insamination)	2 []
-Da 1 a 4 visite	2 []	-GIFT (Gamete Intra Falloppian Transfer)	3 []
-Più di 4 visite	3 []	-FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)	4 []
PARTI DAL 2016:		-ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection)	5 []
-Zero visite	0 []	-Altre tecniche	6 []
-Una visita	1 []	42. SETTIMANE DI AMENORREA [][]	
-Due visite	2 []	43. NUMERO DI NATI NEL PARTO IN OGGETTO []	
-Tre visite	3 []	<i>DI CUI SPECIFICARE:</i>	
-Quattro visite	4 []	44. quanti di sesso maschile	[]
-Cinque visite	5 []	45. quanti di sesso femminile	[]
-Sei visite	6 []	46. quanti di sesso indeterminato	[]
-Sette visite	7 []	47. PROFILASSI RH si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
-Otto visite	8 []		
-Nove o più visite	9 []		

114. Alcool:	115. Fumo :
- Astemia.....1 []	- No, mai.....1 []
- Sospeso all'inizio della gravidanza.....2 []	- Sì, sospeso da almeno un anno.....2 []
- Beve 1-2 Unità Alcolica/settimana.....3 []	- Sì, sospeso in gravidanza.....3 []
- Beve 1 Unità Alcolica /die.....4 []	- Sì, fumatrice attuale.....4 []
- Beve > 1 Unità Alcolica /die.....5 []	
117. Acido Folico:	116. Incontri Accompagnamento alla nascita:
- Sì, assunzione precedente alla gravidanza.....1 []	- Sì.....1 []
- Sì, assunzione dopo inizio gravidanza.....2 []	- No.....2 []
- No.....3 []	
119. Altezza:cm	118. Peso pregravidico:kg

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

- (a) Le informazioni richieste nel riquadro a fondo grigio rappresentano la chiave di individuazione di ogni singolo parto: per i parti avvenuti in istituti di ricovero, sia pubblici sia privati, andrà compilata esclusivamente la riga A; in alternativa quando il parto si verifichi in abitazione o "casa della madre" o altro luogo diverso da un istituto di ricovero, andrà compilata esclusivamente la riga B.
- (b) Il tipo di record viene prestampato nel modello, non è necessaria la compilazione, è stato inserito solamente come aiuto nella fase di registrazione dei dati nel computer.
- (c) Specificare la cittadinanza. Se italiana utilizzare il codice 100
- (d) Le prime 3 caselle in caso di nata/o o residente all'estero devono essere compilate con "999" mentre nelle ultime 3 caselle deve essere inserito il codice ISTAT degli Stati Esteri.
- (e) Nato morto: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita, purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.
- (f) Aborto spontaneo: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.
- (g) Il campo Visite di Controllo, che attualmente permette l'inserimento di fasce, è stato modificato in modo da permettere l'indicazione del preciso numero delle visite di controllo, solo per i parti con data parto a partire dal 2016. Il nuovo comportamento è stato previsto sia nel tracciato da inviare alla Regione tramite file sia dall'interfaccia Web.
Per compatibilità con il passato, fino al 2015 bisognerà inserire Cedap contenenti solo le vecchie fasce:
- Tramite file saranno le fasce 1,2,3 (comportamento invariato rispetto a quello attuale)
- Da interfaccia web saranno le fasce 0,A,B (A e B inserite per compatibilità con il passato, dove A=da 1 a 4 visita e B=oltre 4 visite)

Eventi da segnalare

MATERNI		FETALI	
- MORTE MATERNA	<input type="checkbox"/>	- NATI MORTI > 500 gr E/O > 23 SETTIMANE	<input type="checkbox"/>
- DISTOCIA DI SPALLA	<input type="checkbox"/>	- MORTE INTRAPARTUM	<input type="checkbox"/>
- EMORRAGIA > 1500 ml	<input type="checkbox"/>	- TRAUMA ALLA NASCITA	<input type="checkbox"/>
- RITORNO IN SALA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	- PH DEL CORDONE OMBELICALE < 7.0 ARTERIOSO O < 7.1 VENOSO	<input type="checkbox"/>
- ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	- SGA INASPETTATO A TERMINE (peso alla nascita inferiore al decimo percentile per età gestazionale e sesso)	<input type="checkbox"/>
- ISTERECTOMIA / LAPAROTOMIA / EMBOLIZZAZIONE ARTERIE UTERINE	<input type="checkbox"/>	- NEONATO A TERMINE SENZA MALFORMAZIONI, RICOVERATO IN TIN	<input type="checkbox"/>
- COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE DA EPIDURALE / SPINALE	<input type="checkbox"/>	- ANOMALIE FETALI NON DIAGNOSTICATE	<input type="checkbox"/>
- TROMBOEMBOLISMO	<input type="checkbox"/>		
- RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA	<input type="checkbox"/>		
- LACERAZIONI DI TERZO / QUARTO GRADO	<input type="checkbox"/>		
- VENTOSA O FORCIPE ADOPERANTI SENZA SUCCESSO	<input type="checkbox"/>		
- ROTTURA D'UTERO	<input type="checkbox"/>		
- TEMPO > 30min PER TC D'EMERGENZA (CODICE ROSSO)	<input type="checkbox"/>		
- RITENZIONE DI GARZA O STRUMENTO	<input type="checkbox"/>		
- PARTO A DOMICILIO NON PIANIFICATO	<input type="checkbox"/>		
- PARTO NON ASSISTITO	<input type="checkbox"/>		

Firma dell'ostetrica/o o del medico
