

# 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	
<b>OPPURE IN CASO DI PARTO NON AVVENUTO IN ISTITUTO DI RICOVERO</b> (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**

8. DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
g g m m a a a a

9. CITTADINANZA (c) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT

10. LUOGO DI NASCITA (d) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero

11. LUOGO DI RESIDENZA (d) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero

12. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)

-Laurea	1	<input type="checkbox"/>
-Diploma universitario o Laurea breve	2	<input type="checkbox"/>
-Diploma di scuola media superiore	3	<input type="checkbox"/>
-Licenza di scuola media inferiore	4	<input type="checkbox"/>
-Licenza elementare o nessun titolo	5	<input type="checkbox"/>

13. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE

13.1 -Occupata	1	<input type="checkbox"/>
-Disoccupata	2	<input type="checkbox"/>
-In cerca di prima occupazione	3	<input type="checkbox"/>
-Studentessa	4	<input type="checkbox"/>
-Casalinga	5	<input type="checkbox"/>
-Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro, ecc.)	6	<input type="checkbox"/>

SE OCCUPATA INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA

13.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE

-Imprenditrice o libera professionista	1	<input type="checkbox"/>
-Altra lavoratrice autonoma	2	<input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo	3	<input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: impiegata	4	<input type="checkbox"/>
-Lavoratrice dipendente: operaia	5	<input type="checkbox"/>
-Altra lavoratrice dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)	6	<input type="checkbox"/>

13.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA

-Agricoltura, caccia e pesca	1	<input type="checkbox"/>
-Industria	2	<input type="checkbox"/>
-Commercio, pubblici servizi, alberghi	3	<input type="checkbox"/>
-Pubblica Amministrazione	4	<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 \_\_\_\_\_  
m m a a a a

**PADRE**

16. DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
g g m m a a a a

17. CITTADINANZA (c) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT

18. LUOGO DI NASCITA (d) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero

19. LUOGO DI RESIDENZA (d) \_\_\_\_\_  
(specificare) Codice ISTAT del Comune italiano o del Paese straniero

20. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)

-Laurea	1	<input type="checkbox"/>
-Diploma universitario o Laurea breve	2	<input type="checkbox"/>
-Diploma di scuola media superiore	3	<input type="checkbox"/>
-Licenza di scuola media inferiore	4	<input type="checkbox"/>
-Licenza elementare o nessun titolo	5	<input type="checkbox"/>

21. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE

21.1 -Occupato	1	<input type="checkbox"/>
-Disoccupato	2	<input type="checkbox"/>
-In cerca di prima occupazione	3	<input type="checkbox"/>
-Studente	4	<input type="checkbox"/>
-Casalingo	5	<input type="checkbox"/>
-Altra condizione (inabile, ritirato dal lavoro, ecc.)	6	<input type="checkbox"/>

SE OCCUPATO INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA

21.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE

-Imprenditore o libero professionista	1	<input type="checkbox"/>
-Altro lavoratore autonomo	2	<input type="checkbox"/>
-Lavoratore dipendente: dirigente o direttivo	3	<input type="checkbox"/>
-Lavoratore dipendente: impiegato	4	<input type="checkbox"/>
-Lavoratore dipendente: operaio	5	<input type="checkbox"/>
-Altro lavoratore dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)	6	<input type="checkbox"/>

21.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA

-Agricoltura, caccia e pesca	1	<input type="checkbox"/>
-Industria	2	<input type="checkbox"/>
-Commercio, pubblici servizi, alberghi	3	<input type="checkbox"/>
-Pubblica Amministrazione	4	<input type="checkbox"/>
-Altri servizi privati	5	<input type="checkbox"/>

Firma dell'ostetrica/o o del medico

## SEZIONE B informazioni sulla gravidanza

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

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

## FAC SIMILE CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

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

(a) \_\_\_\_\_ (b) \_\_\_\_\_

**4. Numero d'ordine del nato nel parto in oggetto** \_\_\_\_\_ **5. Archivio di registrazione (tipo record)** \_\_\_\_\_ **3**

### SEZIONE C informazioni sul parto e sul neonato (da compilarsi per ogni nato)

Cognome del neonato \_\_\_\_\_ Nome del neonato \_\_\_\_\_

Codice fiscale del neonato \_\_\_\_\_ 48. Numero SDO del neonato (anno; progressivo) \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ progressivo \_\_\_\_\_

<b>49. LUOGO DEL PARTO</b> -Istituto di Cura pubblico o privato <input type="checkbox"/> 1 -Abitazione privata(parto programmato a domicilio) <input type="checkbox"/> 2 -Altra struttura di assistenza <input type="checkbox"/> 3 -Altro(strada mezzo di trasporto parto non programmato a domicilio, etc) <input type="checkbox"/> 4  <b>50. MODALITA' DEL TRAVAGLIO</b> -Spontaneo <input type="checkbox"/> 1 -Indotto <input type="checkbox"/> 2 -Assenza di travaglio (solo per TC) <input type="checkbox"/> 3 -Spontaneo, accelerato con ossitocina <input type="checkbox"/> 4 -Spontaneo, accelerato con amniocesi <input type="checkbox"/> 5 <b>51. SE INDOTTO INDICARE LA METODICA DI INDUZIONE:</b> -Farmacologico <input type="checkbox"/> 1 -Amniocesi <input type="checkbox"/> 2 -Altro <input type="checkbox"/> 3  <b>52. PRESENTAZIONE DEL NEONATO</b> -Vertice <input type="checkbox"/> 1 -Podice <input type="checkbox"/> 2 -Fronte <input type="checkbox"/> 3 -Bregma <input type="checkbox"/> 4 -Faccia <input type="checkbox"/> 5 -Spalla <input type="checkbox"/> 6  <b>53. MODALITA' DEL PARTO</b> -Spontaneo <input type="checkbox"/> 1 -Taglio cesareo di elezione <input type="checkbox"/> 2 -Taglio cesareo in travaglio <input type="checkbox"/> 3 -Forcipe <input type="checkbox"/> 4 -Ventosa <input type="checkbox"/> 5 -Altro <input type="checkbox"/> 6 -Taglio cesareo fuori travaglio urgente <input type="checkbox"/> 7  <b>54. DATA E ORA DEL PARTO</b> _____ g g m m a a a a h h M M  <b>55. GENERE DEL PARTO</b> -Semplice <input type="checkbox"/> 1 -Gemellare <input type="checkbox"/> 2	<b>60. PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL MOMENTO DEL PARTO</b> 56. Ostetrica/o (c) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ostetrica one-to-one <input type="checkbox"/> 57. Ginecologa/o <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 58. Pediatra/Neonatalogo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 59. Anestesista <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 60. Altro <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>  <b>61. PERSONE PRESENTI AL MOMENTO DEL PARTO</b> -Padre del neonato <input type="checkbox"/> 1 -Altra persona di famiglia della partoriente <input type="checkbox"/> 2 -Altra persona di fiducia della partoriente <input type="checkbox"/> 3 -Nessuno <input type="checkbox"/> 4  <b>62. SESSO</b> -Maschio <input type="checkbox"/> 1 -Femmina <input type="checkbox"/> 2 -Indeterminato <input type="checkbox"/> 3  <b>63. TIPO DI GENITALI ESTERNI</b> -Maschili <input type="checkbox"/> 1 -Femminili <input type="checkbox"/> 2 -Indeterminati <input type="checkbox"/> 3  <b>64. PESO ALLA NASCITA (in grammi)</b> _____ <b>65. LUNGHEZZA (in centimetri)</b> _____ <b>66. CIRCONFERENZA CRANICA (in centimetri)</b> _____  <b>67. VITALITA'</b> -Nato vivo <input type="checkbox"/> 1 -Nato morto <input type="checkbox"/> 2 (Se nato morto compilare anche la sezione D)  <b>68. PUNTEGGIO APGAR (5° minuto)</b> _____  <b>69. NECESSITA' DI RIANIMAZIONE</b> _____ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <b>70. PRESENZA DI MALFORMAZIONI</b> _____ si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--	---

<b>METODICHE DI CONTENIMENTO DEL DOLORE (d)</b> 102. ANALGESIA EPIDURALE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 103. ACQUA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 104. ALTRO TIPO DI ANALGESIA FARMACOLOGICA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 105. POSTURE MATERNE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 106. ALTRO NON FARMACOLOGICO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>  <b>107. EPISIOTOMIA</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>  <b>108. LACERAZIONE</b> -Nessuna lacerazione <input type="checkbox"/> 0 -I Grado <input type="checkbox"/> 1 -II Grado <input type="checkbox"/> 2 -III Grado <input type="checkbox"/> 3 -IV Grado <input type="checkbox"/> 4	<b>109. PERDITA EMATICA AL PARTO (in millilitri)</b> -Fino a 100 <input type="checkbox"/> 01 -Fino a 200 <input type="checkbox"/> 02 -Fino a 300 <input type="checkbox"/> 03 -Fino a 400 <input type="checkbox"/> 04 -Fino a 500 <input type="checkbox"/> 05 -Fino a 600 <input type="checkbox"/> 06 -Fino a 700 <input type="checkbox"/> 07 -Fino a 800 <input type="checkbox"/> 08 -Fino a 900 <input type="checkbox"/> 09 -Fino a 1000 <input type="checkbox"/> 10 -Fino a 1100 <input type="checkbox"/> 11 -Fino a 1200 <input type="checkbox"/> 12 -Fino a 1300 <input type="checkbox"/> 13 -Fino a 1400 <input type="checkbox"/> 14 -Fino a 1500 <input type="checkbox"/> 15 -Oltre 1500 <input type="checkbox"/> 16
--	--

Firma dell'ostetrica/o o del medico \_\_\_\_\_

**POST-PARTUM (e)**

110. Contatto pelle a pelle per almeno un'ora  si  no   
 111. Attacco precoce al seno nelle prime due ore  si  no   
 112. Trasferito presso altra struttura.....  si  no

**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) Ostetrica: indicare uno dei tre valori possibili: si/no/one-to-one. L'opzione one-to-one è da indicare solo nel caso in cui l'organizzazione aziendale è stata predisposta in modo da avere la presenza e il supporto continuativi da parte di un'Ostetrica una volta posta diagnosi di travaglio attivo, che continua fino al parto e durante il post-partum.
- (d) Metodiche di contenimento del dolore:

Analgesia epidurale	Analgesia loco-regionale	
Altro tipo di analgesia farmacologica	Opioidi per via parenterale (meperidina) Analgesico inalatorio (protossido di azoto)	
Posture materne	Possibilità per la donna di muoversi e assumere posizioni libere durante travaglio e parto.	
Acqua	Utilizzo dell'acqua (doccia o vasca) come metodo di contenimento del dolore durante travaglio e/o parto.	
Altro (non farmacologico)	Tecniche di rilassamento, tecniche di respirazione, massaggi, musica scelta dalla donna, altri metodi di contenimento del dolore non farmacologici.	

(e) Post-partum:

Contatto pelle a pelle per almeno un'ora	Madre o padre sono a petto nudo a contatto con il neonato nudo, immediatamente dopo il parto e continuativamente per almeno un'ora.
Attacco precoce al seno nelle prime due ore	Attacco del neonato al seno materno entro due ore dall'espletamento del parto.

**SEZIONE D informazioni sulle cause di nati-mortalità (da compilarsi per ogni nato morto)**

MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO

71. 

--

Descrizione

72. 

--

Codice ICD-9-CM

ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO

73. 

--

Descrizione

74. 

--

Codice ICD-9-CM

MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE INTERESSANTE IL FETO

75. 

--

Descrizione

76. 

--

Codice ICD-9-CM

ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE INTERESSANTE IL FETO

77. 

--

Descrizione

78. 

--

Codice ICD-9-CM

ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE

79. 

--

Descrizione

80. 

--

Codice ICD-9-CM

81. MOMENTO DELLA MORTE

- Morte prima del travaglio ..... 1
- Morte avvenuta durante il travaglio ..... 2
- Morte avvenuta durante il parto ..... 3
- Momento della morte sconosciuto ..... 4

83. ESECUZIONE FOTOGRAFIE

(in caso di malformazioni)

si  no 

84. RISCONTRO AUTOPTICO

- La causa di morte individuata è stata confermata dalla autopsia ..... 1
- Il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito ..... 2
- L'autopsia non è stata effettuata ..... 3

82. ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI ..... si  no   
(in caso di malformazioni)**SEZIONE E informazioni sulla presenza di malformazioni (da compilarsi per ogni nato malformato)**85. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 1 \_\_\_\_\_  
Descrizione \_\_\_\_\_  
Codice ICD-9-CM \_\_\_\_\_86. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 2 \_\_\_\_\_  
Descrizione \_\_\_\_\_  
Codice ICD-9-CM \_\_\_\_\_87. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 3 \_\_\_\_\_  
Descrizione \_\_\_\_\_  
Codice ICD-9-CM \_\_\_\_\_88. CARIOTIPO 

--

  
Descrizione \_\_\_\_\_

89. ETA' GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE (settimane) \_\_\_\_\_

90. ETA' NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE (giorni) \_\_\_\_\_

PRESENZA DI EVENTUALI MALFORMAZIONI IN FAMIGLIA RISCONTRATE IN:

- |  |   |
|--|---|
| 91. Fratelli ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>       | 95. Genitori padre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>            |
| 92. Madre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          | 96. Altri parenti della madre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| 93. Padre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          | 97. Altri parenti del padre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>   |
| 94. Genitori madre ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |   |

MALATTIA INSORTA IN GRAVIDANZA - 1

98. 

--

Descrizione

99. 

--

Codice ICD-9-CM

MALATTIA INSORTA IN GRAVIDANZA - 2

100. 

--

Descrizione

101. 

--

Codice ICD-9-CM

Firma del medico

**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

---