



STUDENTE

Nome e Cognome _____

Anno di Corso _____ Data _____

Firma Ostetrica _____

Firma Studente _____

ALLERGIE:

DIAGNOSI DI RICOVERO

Data ricovero ___ / ___ / ___

Gravidanza
 Parità TC Abort ... IVG

Data U. M. <input type="checkbox"/> certa <input type="checkbox"/> presunta	E.G. s.a. ___ s.g. ___	GRAVIDANZA <input type="checkbox"/> singola <input type="checkbox"/> spontanea	<input type="checkbox"/> gemellare _____ <input type="checkbox"/> PMA	Altezza (cm) _____ Peso attuale (kg) _____ B.M.I. _____ Età materna _____
--	-------------------------------------	---	--	---

	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO		
	ANAMNESI OSTETRICA	SI	NO
<input type="checkbox"/> Gruppo + Rh ___/___/___	Precedente MEF o morte neonatale (no pat. cromosomiche e malformative)		
<input type="checkbox"/> HBsAg ___/___/___	Storia di 3 o più aborti spontanei		
<input type="checkbox"/> HCV ___/___/___	Precedente figlio con peso < 2500 gr		
<input type="checkbox"/> TPHA / VDRL ___/___/___	Precedente figlio con peso > 4500 gr		
<input type="checkbox"/> HIV ___/___/___	Patologia ipertensiva nella prec. grav.		
<input type="checkbox"/> Rosolia ___/___/___	Pregressa chirurgia dell'app. riproduttivo		
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi ___/___/___	Emorragie post-partum ripetute (> 2)		
<input type="checkbox"/> CMV ___/___/___	Placenta ritenuta (>2 volte)		
<input type="checkbox"/> Coombs indiretto ___/___/___	Precedenti malformazioni fetali		
<input type="checkbox"/> Esame Urine ___/___/___	Multiparità elevata (>4 parti)		
<input type="checkbox"/> Hb ___/___/___	GRAVIDANZA ATTUALE	SI	NO
<input type="checkbox"/> PT ___/___/___	Diabete gestazionale/ Diabete mellito		
<input type="checkbox"/> PTT ___/___/___	Gravidanza multipla		
<input type="checkbox"/> Fibrinogeno ___/___/___	Iperensione/Preeclampsia		
<input type="checkbox"/> Proteinuria ___/___/___	Emorragia antepartum		
<input type="checkbox"/> OGTT ___/___/___	Presentazione podice/Situaz. Trasversa		
<input type="checkbox"/> TVR per SGB ___/___/___	Small for date (CA < 5°pc)		
<input type="checkbox"/>	Large or date (> 95°pc)		
<input type="checkbox"/>	Parto pretermine (< 37 sett compiute)		
<input type="checkbox"/>	Isoimmunizzazione Rh (anche precedente)		
<input type="checkbox"/>	Colestasi		
<input type="checkbox"/>	Presenza di massa pelvica		
<input type="checkbox"/>	Malformazioni fetali		
<input type="checkbox"/>	Oligoidramnios(falda max < 2cm, AFI <5°)		
<input type="checkbox"/>	ANAMNESI GENERALE	SI	NO
<input type="checkbox"/>	Età < 16 o > 42 anni		
<input type="checkbox"/>	Diabete mellito insulino dipendente		
<input type="checkbox"/>	Patologia renale		
<input type="checkbox"/>	Patologia cardiaca (cianosi)		
<input type="checkbox"/>	Iperensione essenziale		
<input type="checkbox"/>	Epilessia /neuropatia con deficit forza		
<input type="checkbox"/>	Patologie autoimmuni (anche ipotiroidismo)		
<input type="checkbox"/>	Patologie ematologiche o coagulative		
<input type="checkbox"/>	Abuso di sostanze		
<input type="checkbox"/>	Problemi psichiatrici		
<input type="checkbox"/>	HIV o altri processi infettivi in fase attiva		
<input type="checkbox"/>	Obesità/Anoressia (BMI >30 o < 18)		
<input type="checkbox"/>	Altro		

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO Data ___/___/___ Ora ___:___ Età gest. _____

Indicazione _____

Membrane	Liq. amniotico	Parte presentata	Bishop Score				
			0	1	2	3	
<input type="checkbox"/> Integre	<input type="checkbox"/> Chiaro	<input type="checkbox"/> cefalica	Dilatazione	0	1½	3¼	5/6
<input type="checkbox"/> Dubbie	<input type="checkbox"/> Tinto lievem.	<input type="checkbox"/> podalica	Lunghezza cervice	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> Rotte	<input type="checkbox"/> Tinto fortem.	<input type="checkbox"/> spalle	Livello parte presentata	-3	-2	-1½	+1½
Rotte il ___/___/___ Ora ___:___		variante	Consistenza cervicale	NORMALE	MEDIA	SOFFICE	-

Profilassi ATB
Farmaco _____ Data ___/___/___ Ora ___:___

Posizione cervicale	POSTER.	MEDIO	ANTER.	-
TOTALE				

Metodica induzione	APPLICAZIONE		APPLICAZIONE		APPLICAZIONE		APPLICAZIONE	
	Data	Ora	Data	Ora	Data	Ora	Data	Ora
SCOLLAMENTO MEMBRANE								
AMNIORESSI								
CRB - FOLEY								
PROPESS								
PREPIDIL								
MISOPROSTOLO ORALE								
MISOPROSTOLO VAGINALE								
OSSITOCINA								

ACCETTAZIONE AREA TRAVAGLIO Data ___/___/___ Ora ___:___ Età gest. _____

Situazione	RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO IN TRAVAGLIO		SI	NO
<input type="checkbox"/> Longitudinale <input type="checkbox"/> Trasversa <input type="checkbox"/> Obliqua	Significativo sanguinamento in travaglio			
<input type="checkbox"/> Non raggiunta <input type="checkbox"/> Cefalica <input type="checkbox"/> Podalica <input type="checkbox"/> Spalle Livello _____ Posizione _____	Pressione diastolica > 90 mmHg			
<input type="checkbox"/> Dilatazione	Iperpiressia > 38°C			
<input type="checkbox"/> Consistenza <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Soffice <input type="checkbox"/> Rigida	Ipertono uterino			
<input type="checkbox"/> Bordi <input type="checkbox"/> Cedevoli <input type="checkbox"/> Rigidi <input type="checkbox"/> Sottili <input type="checkbox"/> Spessi	PROM > 24 h			
<input type="checkbox"/> Membrane <input type="checkbox"/> Integre <input type="checkbox"/> Rotte	Alterata progressione del I o II stadio del travaglio			
<input type="checkbox"/> Liquido amniotico <input type="checkbox"/> Chiaro <input type="checkbox"/> Tinto <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3	Augmentation con ossitocina			
<input type="checkbox"/> Contrazioni <input type="checkbox"/> Irregolari <input type="checkbox"/> Regolari n° _____ in 10 min	Partoanalgesia			
BCF/CTG	Comparsa di liquido amniotico tinto di meconio			
	Alterazione del BCF all'auscultazione intermittente confermata alla CTG			
	Modificazione della situazione o presentazione fetale			
	Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1			

Nome e Cognome _____

Parità _____

Inizio travaglio ____/____/____ h ____:____

Rottura membrane ____/____/____ h ____:____

Ora		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
ALERT		ACTIVE FIRST STAGE											SECOND STAGE				
SUPPORTO	Compagnia	N															
	Sollievo dolore	N															
	Liquidi x os	N															
	Postura	SP															
FETO	Frequenza BCF	< 110, ≥ 160															
	Deceleraz. BCF	L															
	L. amniotico	M+++ , E															
	Posizione	P, T															
	Tumore	+++															
	Moulding	+++															
DONNA	Frequenza	< 60, ≥ 120															
	PA Sistolica	< 80, ≥ 140															
	PA Diastolica	≥ 90															
	Temperatura C°	< 35,0, ≥ 37,5															
Urine	P++, A++																
ACU in 10 min	≤ 2, > 5																
Durata ACU	< 20, > 60																
PROGRESSIONE DEL TRAVAGLIO	Dilatazione cervicale (X) Discesa parte presentata (O)	10															
		9	≥ 2h														
		8	≥ 2.5h														
		7	≥ 3h														
		6	≥ 5h														
	5	≥ 6h															
	Discesa PP (segnare O)	5															
		4															
		3															
		2															
1																	
0																	
TERAPIE	Ossitocina (UM, ml/min)																
	Farmaci																
	Idratazione EV																
SHARED DECISION	Valutazione e Pianificazione																
	Firma																

-5
-4
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3
+4
+5

ISTRUZIONI: Evidenziare i segni clinici che superano la soglia di allerta, avvisare l'ostetrica Senior o il ginecologo e registrare nelle apposite colonne le valutazioni effettuate e le azioni pianificate ed intraprese. Se il travaglio si prolunga oltre le 12 ore continuare la registrazione in una nuovo partogramma

LEGENDA SP: supina - PR: precoce - TA: tardiva - V: variabile - I: integre - C: chiaro - M: meconio (indicare il grado) - E: ematico - P: posteriore - T: trasversa - P+: proteinuria - A+: acetone

Decorso del Parto

Data ___/___/___

Ora ___:___

<input type="checkbox"/> parto eutocico	<input type="checkbox"/> parto distocico per _____
Kristeller: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (n° ___)	<input type="checkbox"/> Ventosa ostetrica <input type="checkbox"/> forcipe <input type="checkbox"/> taglio cesareo

Posizione materna al parto Supina Accovacciata Carponi Fianco sn Altro _____

SECONDAMENTO	
dopo minuti _____	
<input type="checkbox"/> spontaneo	
<input type="checkbox"/> spremitura Credè	
<input type="checkbox"/> manuale	
<input type="checkbox"/> strumentale	

PLACENTA	
peso _____	
<input type="checkbox"/> completa	
<input type="checkbox"/> incompleta	
<input type="checkbox"/> membrane complete	
<input type="checkbox"/> membrane incomplete	

PERDITE EMATICHE	
quantità (cc) _____	
scovolo <input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> no	
revisione <input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> no	

ESAME ISTOLOGICO	
<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> si _____	

FUNICOLO		
nodi veri _____	<input type="checkbox"/> inserzione centrale	<input type="checkbox"/> normalmente lungo
nodi falsi _____	<input type="checkbox"/> inserzione eccentrica	<input type="checkbox"/> normalmente corto
giri cordone _____		<input type="checkbox"/> abnormemente lungo

TAMPONE PLACENTARE	
<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> si _____	

CLAMPAGGIO FUNICOLO		DONAZIONE SCO	
<input type="checkbox"/> precoce <input type="checkbox"/> ritardato _____ min		<input type="checkbox"/> pubblica <input type="checkbox"/> dedicata <input type="checkbox"/> privata	

PERINEO			
Lacerazione spontanea	<input type="checkbox"/> clitoride	<input type="checkbox"/> vagina-perineo I	<input type="checkbox"/> vagina-perineo III
	<input type="checkbox"/> forchetta	<input type="checkbox"/> vagina-perineo II	<input type="checkbox"/> complicata
	<input type="checkbox"/> fornici	<input type="checkbox"/> vagina-perineo III	<input type="checkbox"/> collo

EPISIOTOMIA / EPISIORRAFIA	
<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> si, semplice	

ANESTESIA	
<input type="checkbox"/> locale	<input type="checkbox"/> subaracnoidea
<input type="checkbox"/> generale	<input type="checkbox"/> peridurale
<input type="checkbox"/> combinata	<input type="checkbox"/> elastomero
	<input type="checkbox"/> boli n° _____

POST PARTUM		1° ora	2° ora
PA/FC/TEMPERATURA		___/___/___	___/___/___
GLOBO SICUREZZA/FONDO UTERO/ LOCHI		___/___/___	___/___/___
DIURESI/TERAPIE		___/___	___/___

SCHEDA NEONATO				
Data nascita ___/___/___	Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Sesso incerto	PUNTEGGIO APGAR		
Ora nascita ___:___			1'	5'
Età gestazionale _____		Frequenza cardiaca		
Peso (gr) _____		Respirazione		
RIANIMAZIONE NEONATALE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Tono muscolare		
		Reattività		
TRASFERIMENTO TIN <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Colorito cutaneo		
		TOTALE		

OSSERVAZIONI E/O ANNOTAZIONI DELLO STUDENTE O DELLA GUIDA DI TIROCINIO: