

1 Regione 150 2 Codice Struttura __ __ __ Sub codice __ __	4 N° SDO madre (per il ricovero relativo al parto): __ __ __ __ __ __ __ __
3 ASL __ __ __	

SEZIONE A: DATI ANAGRAFICI MADRE*

5 Codice fiscale della madre/STP/ENI __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	6 Data di nascita ____/____/____
7 Cognome madre _____	
8 Nome madre _____	
9 Stato di cittadinanza madre _____	
10 Comune (Stato estero) di nascita madre _____ (Prov. _____)	
11 Comune (Stato estero) di residenza madre _____ (Prov. _____)	
* MADRE ANONIMA (compilare solo nel caso in cui la madre, residente in Italia, non volesse fornire i dati personali) specificare se : _____ per mancato riconoscimento figlio 1__ per altri motivi 2__	
12 Regione residenza madre _____ __ __ __	
13 ASL residenza madre _____ __ __ __	

SEZIONE A1 INFORMAZIONI SUL/SUI GENITORE/GENITORI
SEZIONE MADRE

14 Titolo di studio madre:		
1__ laurea magistrale	4__ diploma di scuola media inferiore	
2__ diploma universitario /laurea triennale	5__ licenza elementare o nessun titolo	
3__ diploma di scuola media superiore		
15 Condizione professionale madre:		
se occupata	selezionare professione	e ramo attività
1__ occupata	1__ imprenditrice o libera professionista	1__ agricoltura, caccia, pesca
2__ disoccupata	2__ altra lavoratrice autonoma	2__ industria
3__ in cerca di prima occupazione	3__ lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva	3__ commercio, pubblici servizi, alberghi
4__ studentessa	4__ lavoratrice dipendente: impiegata	4__ pubblica amministrazione
5__ casalinga	5__ lavoratrice dipendente: operaia	5__ altri servizi privati
6__ altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc..)	6__ altra lavoratrice dipendente	
16 Stato civile madre:		
se coniugata: 17 Mese e anno di matrimonio ____/____		
1__ nubile	4__ divorziata	6__ unita civilmente
2__ coniugata	5__ vedova	7__ non dichiarato
3__ separata		

SEZIONE PADRE
La madre fornisce i dati del del padre/altro genitore: SI NO se SI compilare la sezione successiva*
Dati anagrafici padre/altro genitore*
18 Data di nascita : ___/___/____ **19 Stato di cittadinanza:** _____

20 Comune (Stato estero) di nascita _____ (Prov. _____)

21 Titolo di studio padre/altro genitore:
1__ laurea magistrale

2__ diploma universitario/laurea triennale

3__ diploma di scuola media superiore

4__ diploma di scuola media inferiore

5__ licenza elementare o nessun titolo

22 Condizione professionale padre/altro genitore: se occupato selezionare professione e ramo attività

1__ occupato

2__ disoccupato

3__ in cerca di prima occupazione

4__ studente

5__ casalingo

6__ altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc..)

1__ imprenditore o libero professionista

2__ altro lavoratore autonomo

3__ lavoratore dipendente: dirigente o direttivo

4__ lavoratore dipendente: impiegato

5__ lavoratore dipendente: operaio

6__ altro lavoratore dipendente

1__ agricoltura, caccia, pesca

2__ industria

3__ commercio, pubblici servizi, alberghi

4__ pubblica amministrazione

5__ altri servizi privati

SEZIONE B INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GRAVIDANZA
23 Consanguineità tra padre e madre (grado)
1__ cugini di 1° grado (figli di fratelli o sorelle)

3__ cugini di 3° grado (figli di figli di cugini)

2__ cugini di 2° grado (figli di cugini)

24 Precedenti concepimenti: SI NO se SI specificare :
25 N° parti |__|

28 N° aborti spontanei |__|

30 N° cesarei |__|

26 N° nati vivi |__|

29 N° IVG |__|

31 Data ultimo parto precedente: ___/___/____

27 N° nati morti |__|

32 Altezza madre (cm) |__|_|_|

33 Peso pregravidico della madre (Kg) |__|_|_|

34 Peso della madre al parto (Kg) |__|_|_|

35 Abitudini al fumo (tabacco) nei 5 anni precedenti la gravidanza: SI NO se SI specificare se:
1__ ha smesso prima della gravidanza

3__ ha continuato a fumare in gravidanza

2__ ha smesso a inizio gravidanza

Controlli in gravidanza:
36 N° visite di controllo in gravidanza(se > 9 indicare 9) |__|

38 Epoca prima visita (n. settimane compiute) |__|_|

37 N° ecografie(se > 9 indicare 9) |__|

39 Servizi utilizzati in gravidanza

(Indicare una sola risposta) Servizio più utilizzato in gravidanza

- | | |
|--|---|
| 1 __ consultorio familiare pubblico | 4 __ consultorio familiare privato |
| 2 __ ambulatorio ospedaliero pubblico | 5 __ consulenza psicologo |
| 3 __ ginecologo o ostetrica privato(compresa intramoenia) | 6 __ nessun servizio |

40 Corso pre parto

- | |
|--|
| 1 __ Si, presso un consultorio familiare pubblico |
| 2 __ Si, presso un ospedale pubblico |
| 3 __ Si, presso una struttura privata |
| 4 __ No, ha frequentato un corso in precedente gravidanza |
| 5 __ No |

Indagini prenatali:

- | | | |
|---|---|---|
| 41 Villi coriali | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 48 Indagine anticorpi IgG anti-rosolia: |
| 42 Translucenza | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Positiva ___ Negativa ___ Non nota ___ |
| 43 Bitest | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 49 Indagine anticorpi IgG anti-toxoplasmosi: |
| 44 Amniocentesi | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Positiva ___ Negativa ___ Non nota ___ |
| 45 Fetoscopia/funicolocentesi | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 50 Indagine anticorpi IgG anti-CMV: |
| 46 Ecografia morfologica strutturale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Positiva ___ Negativa ___ Non nota ___ |
| 47 Eco effettuata dopo la 22 sett. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 51 Indagine anticorpi anti-HbsAg: |
| | | Positiva ___ Negativa ___ Non nota ___ |

52 Difetto accrescimento fetale **SI** **NO**
53 Decorso e assistenza della gravidanza:

- | | |
|--|---|
| 1 __ fisiologico a conduzione ostetrica | 3 __ patologico per condizioni pregresse o insorte in gravidanza |
| 2 __ fisiologico a conduzione medica | 4 __ nessuna assistenza in corso di gravidanza |

54 Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita **SI** **NO** Se **SI** specificare:

- | | |
|--|---|
| 1 __ solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione | 4 __ FIVET(Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) |
| 2 __ IUI (Intra Uterine Insemination) | 5 __ ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) |
| 3 __ GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) | 6 __ altre tecniche |

55 Data ultima mestruazione

___/___/___

56 Età gestazionale stimata in settimane:

|__|__|

(compilare se non certa data ultima mestruazione o se gravidanza ridatata)

SEZIONE B1: TRAVAGLIO E PARTO
57 Luogo del parto:

1 __ punto nascita pubblico o privato	3 __ altra struttura di assistenza (casa di maternità)
2 __ abitazione privata (parto domiciliare programmato)	4 __ altro luogo non programmato (strada, mezzi di trasporto)

58 Modalità travaglio:

1 __ travaglio ad inizio spontaneo
2 __ travaglio indotto
3 __ senza travaglio(solo per TC)

 Se travaglio ad inizio spontaneo : **59 Partoanalgesia** **SI** **NO** se **SI** indicare le metodiche utilizzate:

1 __ analgesia epidurale
2 __ altra metodica

Se travaglio indotto compilare le sezioni successive

60 Tipo di induzione: (una sola risposta) 1 __ prostaglandine 2 __ ossitocina 3 __ amnioressi 4 __ altro farmaco altro metodo meccanico	61 Motivo di induzione: (una sola risposta) 1 __ rottura prematura membrane 2 __ gravidanza protratta 3 __ oligoidramnios 4 __ patologia materna 5 __ patologia fetale
--	---

62 Genere del parto:

se plurimo indicare :

1 __ semplice	63 N° nati maschi __
2 __ plurimo	64 N° nati femmine __

Personale sanitario presente

65 Ostetrica/o SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	68 Anestesista SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
66 Ginecologa/o SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	69 Infermiera/e neonatale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
67 Pediatra-neonatalogo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	70 Altro personale sanitario o tecnico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

71 Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale) **SI** **NO** **72 Emogruppo madre** **Rh-** **Rh+**
73 Profilassi Rh **SI** **NO**

Nome e Cognome ginecologo/a – ostetrico/a

Firma del Responsabile UO Ostetricia/Ginecologia

matricola |__|__|__|__|__|__|

 N° iscrizione ordine |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Provincia