



Cartella ostetrica

di

DATI PERSONALI

 NOME E COGNOME

 INDIRIZZO

 TELEFONO

 DATA DI NASCITA

 LUOGO DI NASCITA

 TITOLO DI STUDIO

 PROFESSIONE

 STATO CIVILE

 CODICE FISCALE

 DATA DEL MATRIMONIO o DELL'INIZIO DELLA CONVIVENZA CON IL GENITORE DEL BAMBINO/A

ANAMNESI FAMILIARE

	FAMILIARE	INIZIO E DETTAGLI
DIABETE		
IPERTENSIONE		
GEMELLARITÀ		
MALFORMAZIONE CONGENITA		
VARICI		
ALLERGIA		
CANCRO		
CARDIOPATIA		
MALATTIA RENALE		
EPILESSIA		
MALATTIA PSICHIATRICA		
ALTRO		
OSSERVAZIONI		



ANAMNESI PERSONALE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIABETE | <input type="checkbox"/> OBESITA' |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE INFETTIVE | <input type="checkbox"/> DISTURBI ALIMENTARI |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE ESANTEMATICHE | <input type="checkbox"/> MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE |
| <input type="checkbox"/> INTERVENTI CHIRURGICI | <input type="checkbox"/> ALLERGIE |
| <input type="checkbox"/> INCIDENTI, TRAUMI, FRATTURE: | <input type="checkbox"/> ALTRO |

DISTURBI A CARICO DI

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CUORE | <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> CIRCOLAZIONE |
| <input type="checkbox"/> RENI | <input type="checkbox"/> FEGATO | <input type="checkbox"/> POLMONI |
| <input type="checkbox"/> STOMACO | <input type="checkbox"/> INTESTINO | <input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA ENDOCRINO | <input type="checkbox"/> TRASFUSIONI se sì DATA _____ | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | | |

OSSERVAZIONI

ANAMNESI DEL PARTNER

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA
(se noto)

LUOGO DI NASCITA

PESO NASCITA

TITOLO DI STUDIO

PROFESSIONE

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FUMO | <input type="checkbox"/> ALCOOL | <input type="checkbox"/> STUPEFACENTI | <input type="checkbox"/> FARMACI |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|

MALATTIE IN FAMIGLIA (ANEMIA, MALATTIE GENETICHE, TUMORI, ECC.), GEMELLARITÀ

MALATTIE PERSONALI

OSSERVAZIONI



ABITUDINI DI VITA

LAVORO RETRIBUITO (sì, no) _____

LAVORO A CASA (sì, no) _____

ATTIVITÀ FISICA (sì, no, specificare quale) _____

CON CHI CONVIVE (specificare le persone che condividono la stessa abitazione-partner, sorella, madre, suocera, ecc.) _____

ALIMENTAZIONE (ONNIVORA, VEGETARIANA, LATTO VEGETARIANA, MACROBIOTICA, ALTRO) _____

METODO DI CURA (CONVENZIONALE, OMEOPATIA, FITOTERAPIA, ALTRO) _____

FUMO N° SIGARETTE/DÌ PRIMA DELLA GRAVIDANZA _____ DURANTE LA GRAVIDANZA _____

CAFFÈ QUANTITÀ/DÌ _____ ALCOOL QUANTITÀ/DÌ _____

STUPEFACENTI TIPO _____ FARMACI ABITUALI _____

ALTRO _____

OSSERVAZIONI _____

STORIA MESTRUALE

MENARCA _____

RITMO _____

DURATA _____

QUANTITÀ _____

DISMENORREA _____

STORIA GINECOLOGICA

PAP TEST DATA DELL'ULTIMO _____ ESITO _____

COLPOSCOPIA DATA _____

PATOLOGIA DELLA MAMMELLA _____

INTERVENTI CHIRURGICI _____

OSSERVAZIONI _____

ANTICONCEZIONALI

	TIPO	PER QUANTO TEMPO	EFFETTI COLLATERALI
<input type="checkbox"/> PILLOLA			
<input type="checkbox"/> IUD			
<input type="checkbox"/> DIAFRAMMA			
<input type="checkbox"/> ALTRO			

STORIA OSTETRICA

N°	ANNO	ETÀ GESTAZIONALE	IVG	ABORTO SPONTANEO	TIPO E LUOGO DEL PARTO	PESO BAMBINO	SESSO	CONDIZIONI DEL BAMBINO	ALLATTAMENTO TIPO E DURATA	COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PUERPERIO, PARTO ABORTO
1										
2										
3										
4										

OSSERVAZIONI

DESCRIZIONE DEL PRECEDENTE TRAVAGLIO, PARTO E ALLATTAMENTO

STORIA PRECONCEZIONALE-

- GRAVIDANZA DESIDERATA/PREVISTA
- GRAVIDANZA IMPREVISTA/ACCETTAZIONE DELLA DONNA
- GRAVIDANZA IMPREVISTA/ACCETTAZIONE DEL PARTNER
- DIFFICOLTÀ DI CONCEPIMENTO ACCERTAMENTI E PROVVEDIMENTI

SPECIFICARE SE LA COPPIA NEI 2 MESI PRECEDENTI IL CONCEPIMENTO È STATA ESPOSTA A POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO (SUL LAVORO, VIAGGI IN ZONE CON MALATTIE ENDEMICHE, MALATTIE, ASSUNZIONE DI FARMACI, STUPEFACENTI, ESEGUITO RX, ASSUNTO ANTICONCEZIONALI, ECC.)



STORIA OSTETRICA DELLA MADRE DELLA PARTORIENTE

N° PARTI _____ N° ABORTI _____ LA PARTORIENTE È LA FIGLIA N° _____

ETÀ DELLA MADRE AL MOMENTO DELLA NASCITA DELLA ATTUALE PARTORIENTE _____

LEI E I SUOI FRATELLI/SORELLE SIETE STATE ALLATTATE?

SE SÌ PER QUANTO TEMPO

ANAMNESI DEI PARTI E GRAVIDANZE DELLA MADRE (se note)

ALTRE OSSERVAZIONI



DECORSO DELLA GRAVIDANZA

UM CERTA DP DEL CONCEPIMENTO _____ CICLO PREC. _____

INCERTA _____ DPP _____

TEST DI GRAVIDANZA _____

DECORSO GRAVIDANZA FINO AL MOMENTO 1° VISITA _____

MINACCIA D'ABORTO _____ NAUSEA, VOMITO _____

FARMACI ASSUNTI _____

PESO PREGRAVIDICO _____ STATURA _____

PA PREGRAVIDICA _____

COLORITO _____ VARICI _____

EDEMI _____ ECZEMI _____

VISTA _____ SENO _____

FUNZIONE INTESTINO _____

FUNZIONE VESCICA _____

ALTRO _____

GRUPPO MADRE _____ GRUPPO PADRE _____

PRIMI MOVIMENTI FETALI _____ DATA _____

GRAVIDANZA ASSISTITA DA:

- MEDICO CONSULTORIALE
- MEDICO LP
- OSTERICA CONSULTORIALE
- OSTERICA LP

ECOGRAFIE

DATA	DATAZIONE	MORFOLOGICA	ALTRE

ESAMI PRENATALI



ESAMI EMATOCHIMICI

DATA					
SETTIMANA					
ESAME URINE	Albumina				
	Glucosio				
	Sedimento				
UROCOLTURA					
G.B.					
G.R.					
EMOGLOBINA					
EMATOCRITO					
Vol. GLOB. MEDIO					
CONT. MEDIO EMOGLOBINA					
PIASTRINE					
GLICEMIA					
AZOTEMIA					
RICERCA Ab ANTIERITROCITI					

ESAMI SIEROLOGICI

DATA					
ROSOLIA					
TOXOPLASMOSI					
CITOMEGALOVIRUS					
HbsAg					
HIV					
HCV					
VDRL					

TAMPONE VAGINALE/RETTALE _____ DATA _____

TERAPIA _____



VISITE

DATA	SETTIMANA	PESO	PA	BCF	EDEMI	MOVIMENTI FETALI ATTIVI PERCEPITI	
						DALLA MADRE	ALLA VISTA

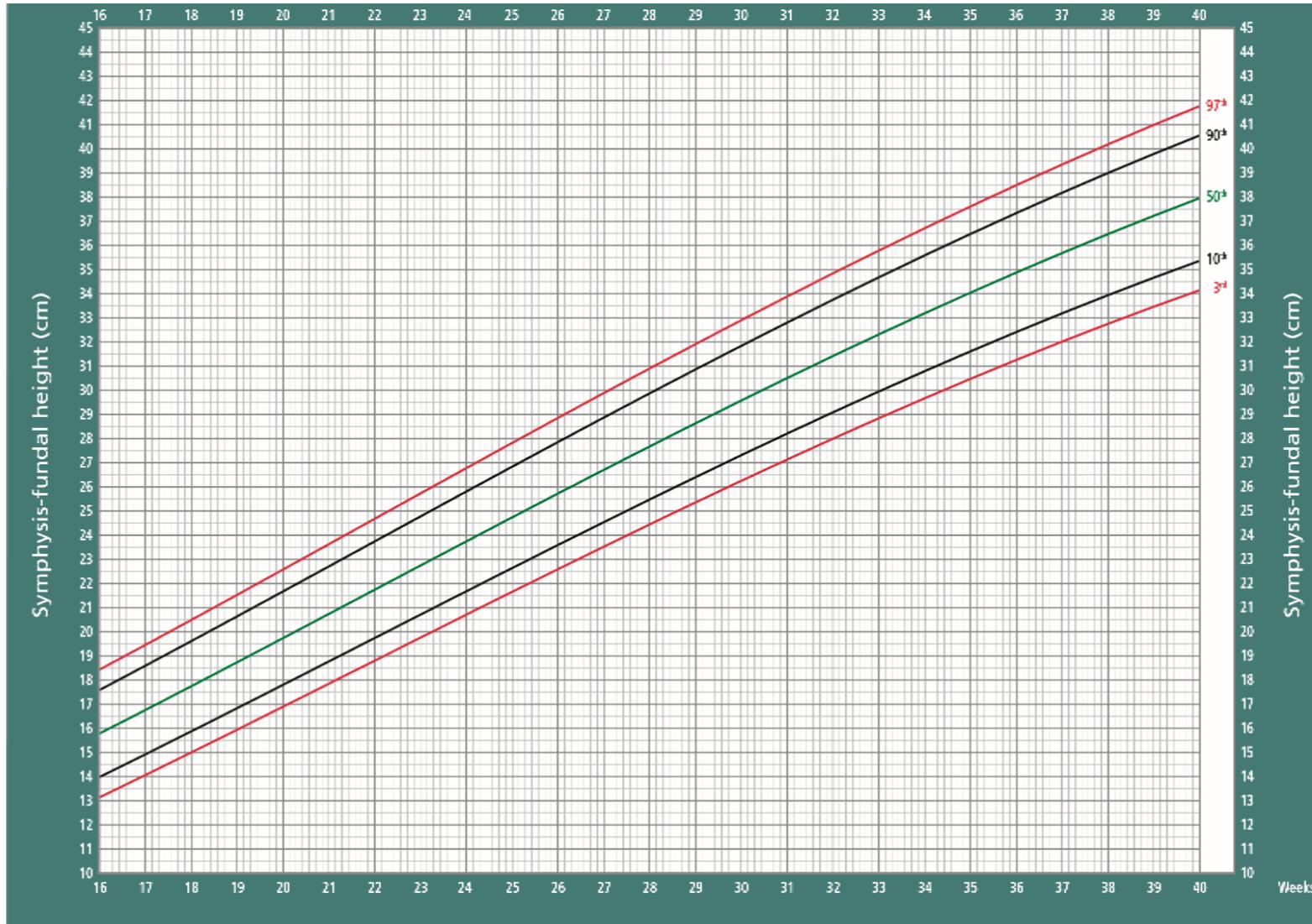
ESAME OBIETTIVO

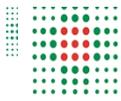
PRESENTAZIONE	LIVELLO PARTE PRESENTATA	OSSERVAZIONI	CONSIGLI/PRESCRIZIONI



Nome e cognome della donna: _____

DISTANZA SINFISI FONDO





Nome e cognome della donna: _____

REGOLA DI JOHNSON

SF cm _____

X 155 _____

+/- 10% kg. _____

MANOVRE DI LEOPOLD

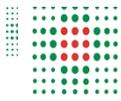
37° SETT. _____

39° SETT _____

40° SETT _____

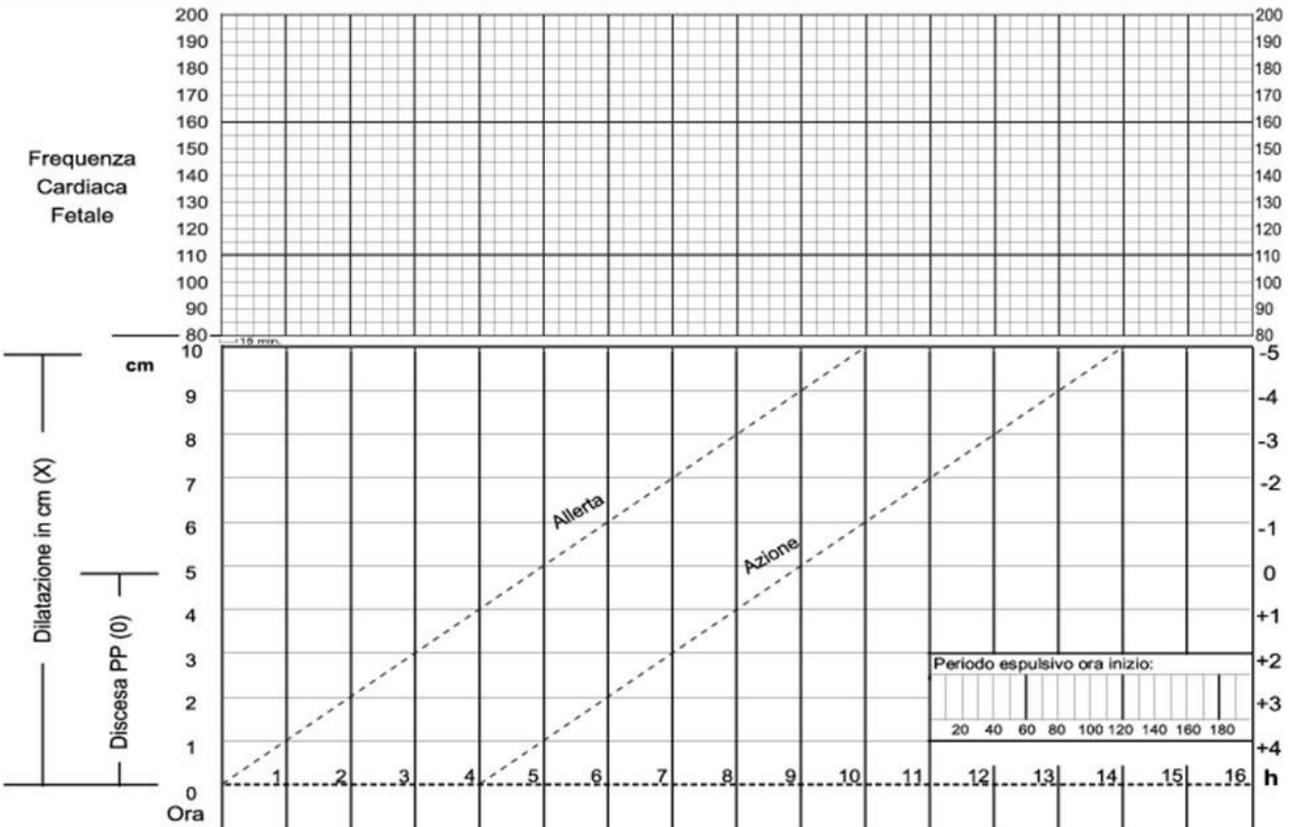
41° SETT _____

VALUTAZIONE BACINO



PARTOGRAMMA

DATA															
POLSO															
PA															
TEMP.															



Posizione fetale																
Membrane	I-R-A															
Liquido Amniotico	L-A-E															
1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3
2																
3																
4																
5																
Contrazioni ogni 15 min.																
Farmaci somministrati																
Analgesia																
Bcf auscultato																
CTG																
Posizioni materne																
Atteggiamenti																
Uso dell'acqua																
Bocca Uterina																
Premio																
Ha urinato																
ALTRO																
Firma																

Legenda : Partogramma

Grafico: con una **X** si annota la dilatazione e con una **O** la discesa della parte presentata; da notare come il riferimento alla dilatazione sia a sinistra (da 0 a 10 cm) e la discesa della parte presentata sia a destra (da -5 a +4). Sulla linea della dilatazione 0 sono presenti numeri dall'1 (in realtà dallo 0, che è lo stesso della dilatazione 0) al 16: rappresentano le ore del travaglio.

Periodo espulsivo: annerire i rettangoli, ognuno dei quali equivale a 10 minuti.

Ora: nei rettangoli "ora" annotare l'ora della visita.

Posizione fetale: **OISA** (occipito iliaca sinistra anteriore), **OISP** (occipito iliaca sinistra posteriore), **OIDA** (occipito iliaca destra anteriore), **OIDP** (occipito iliaca destra posteriore)

Membrane: **I:** integre, **R:** rotte e **A:** amniorexi.

Liquido amniotico: **L:** limpido, **A:** assente, **E:** ematico, **1,2,3:** sono i tre gradi di liquido tinto di meconio.

Contrazioni ogni 15 minuti: annerire il quadratino corrispondente al n° e la durata delle contrazioni valide percepite



contrazione < 20 secondi



contrazione tra 20 e 40 secondi



contrazione > 40 secondi

OX = ossitocina: annotare n° unità e n° di ml infusi al minuto.

Farmaci: ogni farmaco somministrato.

Analgesia epidurale: annotare ogni bolo somministrato.

BCF auscultato: SI/NO.

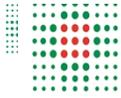
Posizioni: **V** varie, **A** accovacciata, **S** seduta, **P** in piedi, **F** fianco, **C** carponi.

Atteggiamento: **P** pianto, **V** vomito, **R** riposo, **S** scoraggiamento, **I** insofferenza, **A** autonoma, **NA** non autonoma, **BS** bisognosa di sostegno, **AG** aggressiva.

Acqua: **D** doccia/ **V** vasca/ **R** rifless/ **D** digitopressione.

Bocca uterina: **SP** spessa, **S** sottile, **SOF** soffice, **R** rigida, **E** edematosa, **P** posteriore, **L** laterale, **C** centralizzata

Premito: SI/NO.



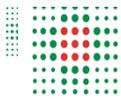
Nome e cognome della donna: _____

PARTO

LUOGO _____ DATA _____ ORA _____

Firma ostetrica 1° _____

Firma ostetrica 2° _____



Nome e cognome della donna: _____

SECONDAMENTO ORE _____ SPONTANEO CON MANOVRE OSSITOCINA

PERDITA EMATICA CC _____

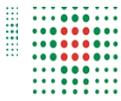
PERINEO: INTEGRO 1° GRADO 2° GRADO 3° GRADO 3° GRADO COMPL. EPISIOTOMIA

TRASFERIMENTO IN OSPEDALE - MOTIVI

PROVVEDIMENTO IN OSPEDALE

ESITO _____

OSSERVAZIONI



BAMBINO

NOME _____ SESSO _____

PESO _____ LUNGHEZZA _____ CIRC. CRANICA _____

GRUPPO _____ PRESENTAZIONE _____ POSIZIONE _____

CORDONE N° VASI _____ COLLASSATO ORE _____ TAGLIATO ORE _____

PIANTO E CONSOLABILITÀ _____

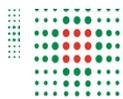
1° SUZIONE ORE _____ DURATA _____ BAGNO ORE _____

PROFILASSI CON VIT. K _____

PROFILASSI OFTALMICA _____

SCREENING NEONATALI

INDICE DI APGAR	1° MINUTO	5° MINUTO	10° MINUTO
RITMO CARDIACO			
ATTIVITÀ RESPIRATORIA			
TONO MUSCOLARE			
RIFLESSI DI ECCITAMENTO			
COLORITO			
TOTALE			



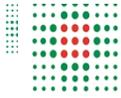
SCHEDA DI OSSERVAZIONE DEL NEONATO

DATA E ORA	TEMPERATURA	FREQUENZA CARDIACA	FREQUENZA RESPIRATORIA	TONO	COLORITO

CONTROLLO LONGITUDINALE

DATA	ORA	GIORNATA	PESO	MECONIO O FECI	OMBELICO	TIPO ALLATTAMENTO	RITMO SONNO/VEGLIA	CONSOLABILITÀ	ITTERO	OSSERVAZIONI VARIE,

OSSERVAZIONI



DENUNCIA DI NASCITA

IO SOTTOSCRITTA _____ IN DATA _____

RICEVO DALL'OSTETRICA _____

LA DENUNCIA DI NASCITA DI MIO FIGLIO/A

E MI IMPEGNO ENTRO 10 GIORNI AD ADEMPIERE AGLI OBBLIGHI DI LEGGE

FIRMA DELLA MADRE

CONSENSO INFORMATO

IO SOTTOSCRITTA _____ DICHIARO DI AVER RICEVUTO,

ATTRAVERSO UN APPROFONDITO COLLOQUIO CON _____

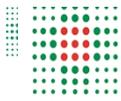
INFORMAZIONI SULL'IMMUNOPROFILASSI E DICHIARO QUINDI DI:

ACCONSENTIRE ALLA SUA EFFETTUAZIONE

NON ACCONSENTIRE ALLA SUA EFFETTUAZIONE

DATA _____

FIRMA DELLA MADRE



CONSENSO INFORMATO

NOI SOTTOSCRITTI

(nome e cognome della madre) _____

(nome e cognome dell'altro genitore) _____

DICHIARIAMO DI AVER RICEVUTO, ATTRAVERSO UN APPROFONDITO COLLOQUIO E DOCUMENTAZIONE SCRITTA, INFORMAZIONI SUGLI SCREENING NEONATALI E LE PROFILASSI DA ESEGUIRE SUL BAMBINO E DICHIARIAMO QUINDI DI

ACCONSENTIRE ALL'EFFETTUAZIONE DI

SCREENING NEONATALI

E LE SEGUENTI PROFILASSI

PROFILASSI CON VIT. K

PROFILASSI OFTALMICA

NON ACCONSENIRE ALL'EFFETTUAZIONE DI

SCREENING NEONATALI

E LE SEGUENTI PROFILASSI

PROFILASSI CON VIT. K

PROFILASSI OFTALMICA

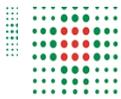
DATA _____

FIRMA DELLA MADRE

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE

CONFERMO DI AVER FORNITO E CONSEGNATO LE INFORMAZIONI CIRCA GLI SCREENING NEONATALI E LE PROFILASSI DA EFFETTUARE SUL BAMBINO.

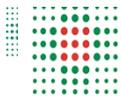
FIRMA DELL'OSTETRICA/PROFESSIONISTA _____



PUERPERIO MADRE

DATA	ORA	PERDITA EMATICA	INVOLUZIONE UTERINA	PERINEO	SUTURA	SENO	CAPEZZOLI	RELAZIONE MAMMA E BAMBINO	ASPETTO GENERALE

OSSERVAZIONI

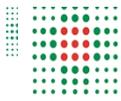


Nome e cognome della donna: _____

VISITA PEDIATRICA

VISITE O CHIAMATE SUCCESSIVE

VISITA ALLA FINE DEL PUERPERIO (40-60 GG)



Nome e cognome della donna: _____

CONTRACCEZIONE

ALLATTAMENTO (specificare a quanti giorni dal parto)

OSSERVAZIONI

NOTE

NOTE SU SIMBOLI E TERMINOLOGIA

<u>CONTRAZIONI</u>	N° DI CONTRAZIONI IN 10 MINUTI
<u>COLLO</u>	M MORBIDO, SP SPESSO, S SOTTILE, P POSTERIORE, L LATERALE, C CENTRALIZZATO, R RIGIDO, E EDEMATOSO
<u>P.E.</u>	PERDITE EMATICHE +/-
<u>R.M.</u>	ROTTURA MEMBRANE
<u>L.A.</u>	LIQUIDO AMNIOTICO L LIMPIDO, C CITRINO, LT LEGGERMENTE TINTO, T TINTO, A ASSENTE, QUANTITÀ +/-
<u>POSIZIONI</u>	V VARIE, A ACCOVACCIATA, S SEDUTA, P IN PIEDI, D DISTESA, C CARPONI, AL ALTRE
<u>ACQUA</u>	B BAGNO, D DOCCIA
<u>ATTEGGIAMENTI</u>	P PIANTO, V VOMITO, R RIPOSO, S SCORAGGIAMENTO, I INSOFFERENZA, A AUTONOMA, NA NON AUTONOMA, BS BISOGNOSA DI SOSTEGNO, AG AGGRESSIVA

ALLATTAMENTO

DEFINIZIONI, SUGGERITE DAL COMITATO TECNICO DELL'OMS E INTERNAZIONALMENTE RICONOSCIUTE

<u>ALLATTAMENTO ESCLUSIVO:</u>	LATTE MATERNO (SUCCHIATO O SPREMUTO), GOCCE O SCIROPI MEDICINALI (VITAMINE, MINERALI, FARMACI), E NIENT'ALTRO.
<u>ALLATTAMENTO PREDOMINANTE:</u>	COME SOPRA, MA CON L'AMMISSIONE DI LIQUIDI NON NUTRITIVI (ACQUA, SEMPLICE O ZUCCHERATA, E BEVANDE ACQUOSE COME TÈ, CAMOMILLA, TISANE, INFUSIONI, SUCCHI DI FRUTTA, E SOLUZIONI PER REIDrataZIONE ORALE); CON L'ECCEZIONE DEI SUCCHI DI FRUTTA E DELL'ACQUA ZUCCHERATA, NESSUN ALTRO LIQUIDO CON ALIMENTI È PERMESSO IN QUESTA CATEGORIA.
<u>ALLATTAMENTO COMPLEMENTARE:</u>	COME SOPRA, MA CON L'AGGIUNTA DI ALIMENTI NUTRITIVI LIQUIDI (LATTE LIQUIDO O IN POLVERE, BRODI DI CARNE O VEGETALI), SEMILIQUIDI (PAPPE DI CEREALI, FRUTTA, VERDURA, CARNE, PESCE), E SOLIDI (BISCOTTI).
<u>ALLATTAMENTO ARTIFICIALE:</u>	ALIMENTAZIONE SENZA LATTE MATERNO.

LA SOMMA DI ALLATTAMENTO ESCLUSIVO PIÙ PREDOMINANTE È DENOMINATA DALL'OMS "ALLATTAMENTO COMPLETO" ("FULL BREASTFEEDING"), A VOLTE TRADOTTO ANCHE COME "ALLATTAMENTO PIENO".