

ALLEGATO 1 – SCHEDA ANAMNESTICA E MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Età gestazionale (settimane)	
PROBLEMI MATERNI RIFERITI			
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza oltre il termine (> 42ma settimana)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Rottura delle membrane da oltre 24 ore (PROM)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Induzione del travaglio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Emorragia ante partum	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Altre patologie materne	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
BMI pregravidico			
PROBLEMI FETALI			
Ritardo di crescita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Prematurità (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Oligoamnios	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Flussimetria alterata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Liquido amniotico tinto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Presentazione podalica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:			
<input type="checkbox"/> Barriera linguistica <input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi		<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	TIMBRO E FIRMA OPERATORE	

ALLEGATO 1 – SCHEDA ANAMNESTICA E MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO

PARAMETRI DEL BATTITO CARDIACO FETALE			
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	ORA INIZIO MONITORAGGIO (HH:MM)	__ : __

CTG NON IN TRAVAGLIO (NST)						
FC BASEALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	MAF	ACCELERAZIONI*	DECELERAZIONI	DURATA ESAME	INTERPRETAZIONE
<input type="checkbox"/> 110-160	<input type="checkbox"/> ±5/25 bpm rispetto alla linea di base	<input type="checkbox"/> Presenti	<input type="checkbox"/> ≥ 2 in 40 minuti	<input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> 20 minuti se sono presenti accelerazioni <input type="checkbox"/> 40 minuti se non sono presenti accelerazioni	<input type="checkbox"/> REATTIVO <input type="checkbox"/> NON REATTIVO

*Incremento della linea di base di almeno 15 battiti per almeno 15 secondi. Se l'epoca gestazionale è inferiore alle 32 settimane, si considerano valide due accelerazioni di almeno 10 battiti per almeno 10 secondi.

CTG IN TRAVAGLIO				
CLASSIFICAZIONE	CRITERI	LINEA DI BASE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI
<input type="checkbox"/>	TIPO 1	<input type="checkbox"/> 110 – 160	<input type="checkbox"/> ± 5/25 rispetto alla linea di base	<input type="checkbox"/> Nessuna decelerazione ripetitiva*
<input type="checkbox"/>	TIPO 2	<input type="checkbox"/> Assenza di almeno uno dei parametri di normalità del TIPO 1 ma senza nessun segno patologico del TIPO 3		
<input type="checkbox"/>	TIPO 3	<input type="checkbox"/> <100	<input type="checkbox"/> <5 per un tempo ≥50 minuti <input type="checkbox"/> >15 per un tempo ≥30 minuti <input type="checkbox"/> Pattern sinusoidale per un tempo >50 minuti	<input type="checkbox"/> Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >50 min o >20 min in caso di variabilità ridotta <input type="checkbox"/> Una decelerazione prolungata per un tempo >5min

*Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine. In presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA MEDICO	