

**ALLEGATO 2 – SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TRAVAGLIO/PARTO**

<b>Cognome e nome della paziente</b>			
<b>Data di nascita</b> (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	<b>Età gestazionale</b> (settimane)	
<b>Data di accettazione</b> (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	<b>Ora di accettazione</b> (HH:MM)	__ : __

<b>CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO AL RICOVERO</b>			
<b>ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE</b>			
Epoca gestazionale >37 e <41+6 settimane	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Età materna >16 o <40 anni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Parità <4	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Feto singolo in presentazione cefalica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Peso fetale stimato ecograficamente >2500 e <4500 g	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologia fetale nota	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di alterazioni della crescita fetale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Liquido amniotico in normale quantità (valutazione ecografica della TMV): assenza di oligoamnios (TMV <30mm), assenza di polidramnios (TMV >80 mm)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Membrane integre o PROM < 24 con liquido limpido	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Temperatura corporea <38°C	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie materne (es.: diabete, pre-eclampsia, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di infezione materna TORCH, lue, HIV	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di isoimmunizzazione da Rh	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di barriera linguistica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>ANAMNESI OSTETRICA REMOTA</b>			
Assenza di pregresse patologie ostetriche (morte fetale/neonatale, grave disabilità neonatale, distocia di spalla, poliabortività)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Aborti spontanei <3	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di pregressa chirurgia uterina (miomectomia, resezione setto uterino)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>ANAMNESI PATOLOGICA</b>			
BMI pregravidico >18 o <35	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie renali con proteinuria >20 mg/dL e/o batteriuria > 100.000 UFC	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Emoglobina >9 g/dL in emocromo con data inferiore a 30 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie materne pre-gestazionali degne di nota	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di abuso di sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO</b>			
<input type="checkbox"/> <b>BASSO RISCHIO</b> (Tutti i criteri sono soddisfatti)		<input type="checkbox"/> <b>ALTO RISCHIO</b> (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
La paziente viene inviata in:		<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza	
<b>Alle ore</b> (HH:MM)	__ : __	<b>La paziente è affidata a:</b>	<b>Nominativo operatore:</b> Qualifica <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> MEDICO
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>		<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>	
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE</b>			

**ALLEGATO 2 – SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TRAVAGLIO/PARTO**

<b>CRITERI ULTERIORI PER LA CONFERMA DELLA CLASSE DI RISCHIO ALL'AMMISSIONE IN SALA PARTO</b>			
Travaglio insorto spontaneamente		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
CTG fisiologico		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Assenza di alterazione dei parametri vitali		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Travaglio senza controllo farmacologico del dolore		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altri parametri modificati rispetto al momento del ricovero (specificare):		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO</b>			
<input type="checkbox"/> <b>BASSO RISCHIO</b> (Tutti i criteri sono soddisfatti)		<input type="checkbox"/> <b>ALTO RISCHIO</b> (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>		<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>	