

ALLEGATO 03 REV SCHEDA MONITORAGGI POST PARTUM

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Data e ora del parto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__ / __ / ____ __ : __
Tipo di parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> TC in urgenza <input type="checkbox"/> TC in elezione <input type="checkbox"/> Vacuum		

PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
NB: I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.)	15	30	60	90	120
PA (mmHg)					
FC (bpm)					
FR (atti/min)					
SpO₂ (%)					
TC (°C)					
Dolore					
Diuresi	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:
Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)
Fondo uterino (OT: Ombelicale Trasversa)	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT
Globo di sicurezza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
Trombo genito-puerperale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO
Ferita chirurgica (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche
Firma ostetrica					
Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)				__ : __	
Data e ora trasferimento in reparto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		__ / __ / ____ __ : __			
TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA					