

**ALLEGATO 5 – SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA O GRAVE DANNO OCCORSI DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO E/O PARTO E ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA GRAVIDANZA**

<b>Numero SDO o RPS</b> (se disponibile)			
<b>Anno di nascita</b>		<b>Nazionalità</b>	
<b>Precedenti gravidanze</b> (se noto)			
<b>Data del decesso</b> (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	<b>Ora del decesso</b> (HH:MM)	__ . __
<b>Eventuali patologie note e/o condizioni di rischio preesistenti:</b>			

<b>TIMING DELL'EVENTO</b>
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante la gravidanza. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto in puerperio o dopo la dimissione. Numero di giorni trascorsi tra l'esito gravidanza e il decesso: n. _____

<b>LUOGO DELL'EVENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> Sala Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva/Rianimazione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):

<b>CRONOLOGIA DELL'EVENTO</b> (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti)

<b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>	
<input type="checkbox"/> Relazioni degli operatori coinvolti	<input type="checkbox"/> Documentazione clinico-assistenziale
<input type="checkbox"/> Documentazione sottoposta a sequestro	<input type="checkbox"/> Nessuna

<b>CAUSA DEL DECESSO COME RIPORTATA NEL CERTIFICATO DI MORTE</b>	
<input type="checkbox"/> Richiesto riscontro autoptico	<input type="checkbox"/> Richiesto esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino