

Libretto della gestante

www.asdaa.it

Questo libretto deve essere conservato accuratamente
e presentato ad ogni visita ginecologica
ed al momento del parto.

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

INDIRIZZO:

TELEFONO:

CODICE ASSISTENZA SANITARIA:

Parti precedenti

| data | modalità | peso | sexso | sett. di gravid. |
|------|----------|------|-------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Aborti

| data | |
|------|--|
| | |
| | |
| | |

Gruppo sanguigno

| | |
|------------------------------|-------|
| ABo: | Rh: |
| N. di prot. del laboratorio: | Data: |

Allergie:

.....

.....

.....

Anamnesi

Anamnesi familiare:

.....

.....

Anamnesi pat. remota:

.....

.....

Anamnesi ginec.:

.....

.....

Fecondazione:

.....

Ulteriori note di anamnesi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anamnesi personale

- Ipertensione arteriosa essenziale
- Patologia ematologica
- Patologia autoimmune
- Anomalie metabolismo glucidico
- Infezioni (HIV, HCV)
- Obesità
- Patologia renale
- Patologia cardiaca
- Patologia tiroidea
- Abuso di sostanze voluttuarie/tabagismo
- BMI < 18 > 28
- Altro

Anamnesi ostetrica

- Tre o più aborti spontanei pregressi
- Pregresso parto pretermine o aborto tardivo
- Precedente IUGR
- Precedente figlio con anomalia cromosomica o malformativa
- Pregresso distacco intempestivo di placenta
- Precedente figlio > 4500 gr
- Pregresso diabete gestazionale
- PIH o pre-eclampsia nella precedente gravidanza
- Precedente morte neonatale o intrauterina fetale
- Pregressa chirurgia uterina compreso taglio cesareo
- Malformazioni o anomalie uterine (fibromi)
- Altro

Gravidanza attuale

- Epoca gestazionale incerta
- Gravidanza multipla
- Età materna > 35 anni al concepimento
- Isoimmunizzazione Rh nella gravidanza attuale
- Infezione CMV – TOXO – Altro
- Altro

Anamnesi specifiche – Fattori di rischio

| | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Malformazioni/ anomalie genetiche | <input type="checkbox"/> Consanguineità <input type="checkbox"/> Esposizione agenti teratogeni/Infettivi <input type="checkbox"/> Patologie genetiche o malformative in famiglia <input type="checkbox"/> Età materna > 35 anni <input type="checkbox"/> Altro: | NT e bitest <input type="checkbox"/> eseguito <input type="checkbox"/> non eseguito Indagine invasiva <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Consulenza genetica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Ecografia specifica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Tromboembolia | <input type="checkbox"/> Pregressa tromboembolia <input type="checkbox"/> Trombofilia | Consulenza ematologica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Terapia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Dosaggio: |
| Parto pretermine | <input type="checkbox"/> Pregresso parto pretermine <input type="checkbox"/> Pregresso aborto tardivo <input type="checkbox"/> Trachelotomia <input type="checkbox"/> Malformazione uterina <input type="checkbox"/> Altro: | Screening: cervicometria SG <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Terapia tipo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Monitoraggio cervicometria <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Pre-eclampsia/ IUGR | <input type="checkbox"/> Ipertensione essenziale <input type="checkbox"/> Patologia autoimmune <input type="checkbox"/> Diabete I tipo <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Pregressa pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Pregresso IUGR <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Altro: | Doppler arterie uterine: <input type="checkbox"/> eseguito <input type="checkbox"/> non eseguito a SG | ASA low dose <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Dismetabolismo glicidico | <input type="checkbox"/> Pregresso diabete gestazionale <input type="checkbox"/> Glicemia I trimestre > 100 < 126 <input type="checkbox"/> BMI > 28 <input type="checkbox"/> Pregresso neonato macrosoma > 4500 gr | OGTT <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Percorso multidisciplinare |
| Gravidanza multipla | Numero di feti: Corionicità: mono/bi | Gestione specifica | |

Esami immuno-sierologici

| | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ricerca della LUE | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. |
| HbsAg | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. |
| HCVAb | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. |
| HIV Test | <input type="checkbox"/> neg. | <input type="checkbox"/> pos. |

| | <input type="checkbox"/> IgG | <input type="checkbox"/> IgM |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rubel-test | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. |
| CMV | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. |
| Toxotest sett. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. |
| sett. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. |
| sett. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. |
| <input type="checkbox"/> Test di coombs ind. | <input type="checkbox"/> Chlamydia | <input type="checkbox"/> Mycoplasma |
| <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. Data: | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. Data: | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. Data: |
| <input type="checkbox"/> Nuchal Translucency + Bitest | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Amniocentesi <input type="checkbox"/> CCFF-DNA |
| <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> patol. Data: | <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> patol. Data: | Esito: Anti-D <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Data: |
| <input type="checkbox"/> OGTT | <input type="checkbox"/> Profilassi anti D | <input type="checkbox"/> Streptococco B |
| <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> pat. Data: | 28 SG <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Data: | <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. Data: |
| <input type="checkbox"/> Pap-test | <input type="checkbox"/> Colloquio anestesilogico | <input type="checkbox"/> Colloquio donazione cordone |
| Data: | Data: | Data: |

Segnalazione sintetica anomalie gestazionali rilevate in corso di gravidanza

- Anomalie morfologiche fetali rilevate ecograficamente
 - 1 trimestre
 - 2 trimestre
 - 3 trimestre
- Anomalie della crescita fetale
- Anomalie della placenta
- Anomalie del LA
- Minaccia d'aborto
- Minaccia di parto pretermine
- Anomalie di presentazione fetale presso il termine
- Altro

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

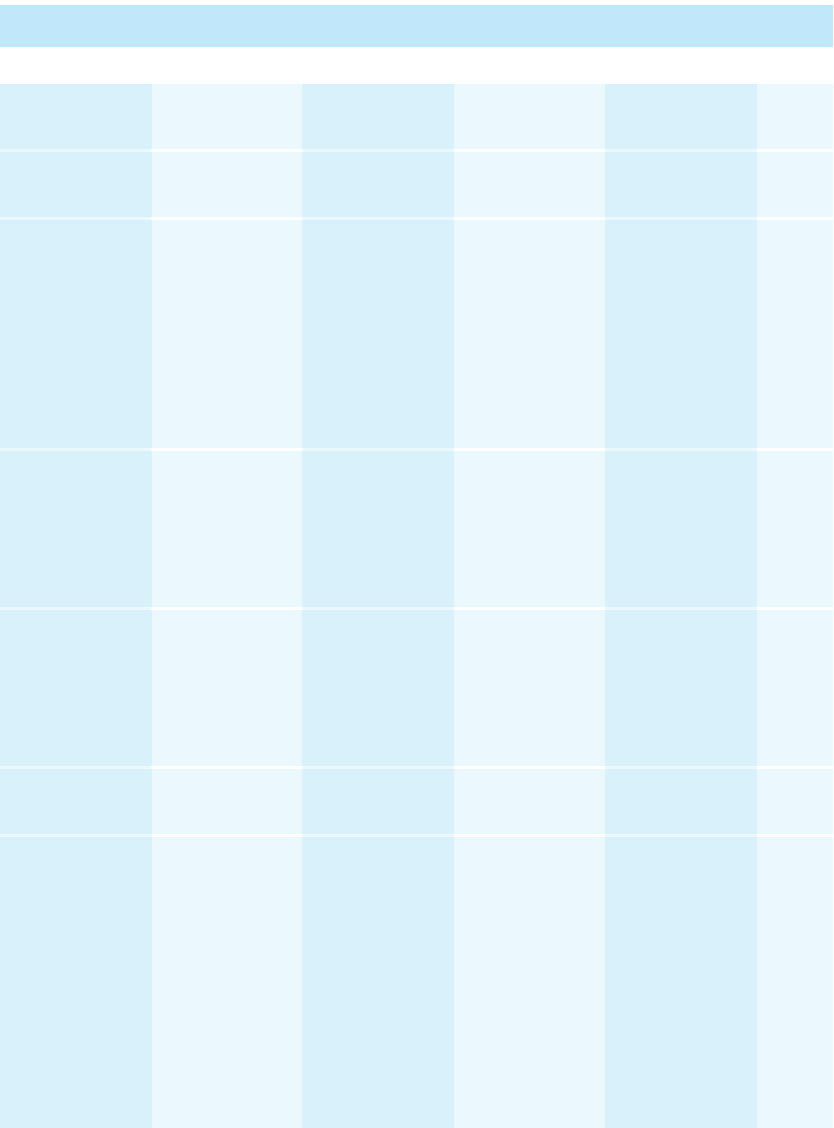
.....

.....

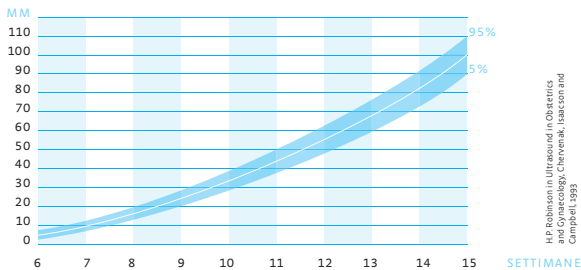
| PARITÀ | U.M. ANAMN.: | | | |
|------------------------|--------------|--|--|--|
| Data | | | | |
| Sett. gestaz. corretta | | | | |
| P.A. | | | | |
| Peso | | | | |
| Edemi Varici | | | | |
| Visita | | | | |
| B.C.F. | | | | |
| S.F. | | | | |
| Urine Urocoltura | | | | |
| Hbg%/Fe | | | | |
| Glicemia | | | | |
| Altro | | | | |
| Note/Terapia | | | | |

Controlli Peritermine

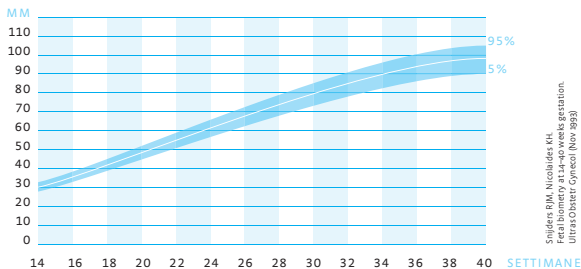
| | | | | |
|--------|--|--|--|--|
| DATA | | | | |
| SG | | | | |
| VISITA | | | | |
| CTG | | | | |
| US/LA | | | | |
| P.A. | | | | |
| NOTE | | | | |



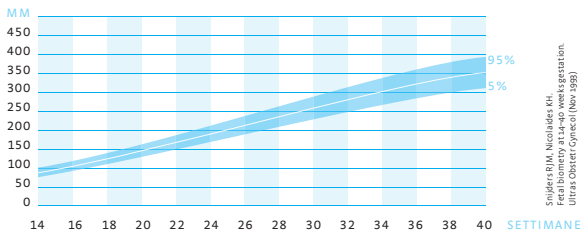
CRL



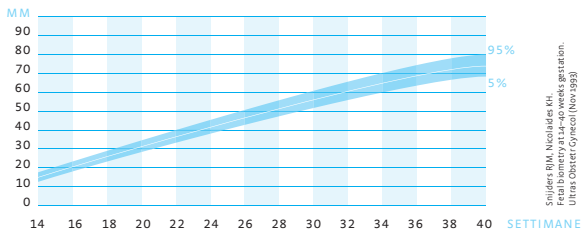
Diametro biparietale



Circonf. addome



Femore



Esami ecografici

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|
| Data | | | | |
| GG | | | | |
| CRL | | | | |
| DBP | | | | |
| CC | | | | |
| DAT | | | | |
| CA | | | | |
| FL | | | | |
| Percentile di crescita | | | | |
| Localizzazione placentare | | | | |
| Liquido amn. | | | | |
| MAF | | | | |
| BCF | | | | |
| Morfologia | | | | |
| Note | | | | |
| Firma | | | | |

Spazio per ev. etichette ecografie

10^A SG.

20^A SG.

Spazio per ev. etichette ecografie

30^A SG.

35^A SG.

Note/Ricoveri

A series of horizontal dotted lines for writing notes or recording hospital stays.

Parto

| | |
|------|------------------------------------------------|
| Data | SG. |
| Ore | <input type="checkbox"/> Nascita fuori reparto |

1° nato

| | | | | | | |
|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Sesso | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> f | | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> f | |
| Presentazione | <input type="checkbox"/> Cef. | <input type="checkbox"/> Pod. | <input type="checkbox"/> Travsv. | <input type="checkbox"/> Cef. | <input type="checkbox"/> Pod. | <input type="checkbox"/> Travsv. |
| Mod. del parto | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> VE | <input type="checkbox"/> T.C. | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> VE | <input type="checkbox"/> T.C. |
| | <input type="checkbox"/> A. generale | | | <input type="checkbox"/> A. generale | | |
| | <input type="checkbox"/> A. locale | | | <input type="checkbox"/> A. locale | | |
| | <input type="checkbox"/> A. spinale | | | <input type="checkbox"/> A. spinale | | |
| | <input type="checkbox"/> A. epidurale | | | <input type="checkbox"/> A. epidurale | | |

2° nato

| | | |
|----------------------------|----|----|
| Indicazione | | |
| Peso | g | g |
| Lunghezza | cm | cm |
| Apgar 1 min | | |
| Apgar 5 min | | |
| Apgar 10 min | | |
| pH (art. ombelicale) | | |
| Donazione sangue cordonale | | |

Spazio per ev. etichette parto



CONCETTO E CONTENUTI:
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

RISTAMPA 2014:
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Direzione Generale
via Cassa di Risparmio, 4
39100 Bolzano

www.asdaa.it