

SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO
(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)
referimento anagrafico madre

Cognome e nome	_____	nel caso di donna che non volesse fornire i dati personali indicare nel riquadro cognome e nome la parola ANONIMA
data di nascita	(gg, mm, aaaa): ____/____/____	
Comune di nascita	_____	
N° SDO madre	_ _ _ _ _ _ _ _ _	

74 N° SDO neonato (per il ricovero relativo alla nascita): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(Esclusi nati morti, nati vivi deceduti subito dopo il parto e nati da parto a domicilio)
75 Cognome neonato _____

76 Nome neonato _____

77 Data del parto	78 Sesso (riferito ai genitali esterni):
(gg, mm, aaaa): ____/____/____. alle ____ (ora, minuti)	1 __ maschio 2 __ femmina 3 __ indeterminato

Parametri neonato

79 Peso (in g.): _ _	80 Lunghezza (in cm): _ _	81 Circonferenza cranica (in cm) _ _	82 Vitalità: 1 __ nato vivo 2 __ nato morto (se nato morto compilare la sezione D) 3 __ nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero)	83 Punteggio Apgar dopo cinque minuti (se nato vivo): _ _
------------------------------------	---	---	---	--

84 N° d'ordine del nato nel presente parto (se parto plurimo, indicare l'ordine di nascita considerando anche i nati morti) |____|

85 Necessità di rianimazione: SI ☐ NO ☐	86 Presenza di malformazione: SI ☐ NO ☐ (Se SI, compilare la sezione E)
--	---

87 Presentazione del neonato			88 Modalità parto	
1 __ vertice	3 __ fronte	5 __ faccia	1 __ vaginale non operativo/spontaneo	3 __ vaginale con uso ventosa
2 __ podice	4 __ bregma	6 __ spalla	2 __ vaginale con uso forcipe	4 __ taglio cesareo

89 Da compilare, una voce per colonna, in caso di parto con taglio cesareo

1 __ taglio cesareo elettivo	1 __ in travaglio	1 __ in anestesia generale
2 __ taglio cesareo non elettivo	2 __ fuori travaglio	2 __ in anestesia locoregionale centrale

SEZIONE D INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITA'

(da compilare in caso di nato-morto, a cura del medico accertatore)

Descrizione

90 Malattia o condizione morbosa principale del feto * _ _ _ _ _ _ _	_____ _____ _____ _____ _____
91 Altra malattia o condizione morbosa del feto * _ _ _ _ _ _ _	_____ _____ _____ _____ _____
92 Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto * _ _ _ _ _ _ _	_____ _____ _____ _____ _____
93 Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto * _ _ _ _ _ _ _	_____ _____ _____ _____ _____
94 Altra circostanza rilevante * _ _ _ _ _ _ _	_____ _____ _____ _____ _____

(*codice ICD9 : obbligatorio compilare il campo descrizione . Non è obbligatorio indicare il codice)

95 Momento della morte:

1 ___ prima del travaglio	2 ___ durante il travaglio	3 ___ durante il parto (periodo espulsivo)	4 ___ momento della morte ignoto
----------------------------------	-----------------------------------	---	---

Riscontro autoptico:

96 Data effettuazione riscontro autoptico: ___/___/___ (gg, mm, aaaa)
97 Struttura che ha effettuato il riscontro: Regione 150 Codice Struttura ___ ___ ___ Sub codice ___ ___

SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

(da compilare in caso di nato-vivo o morto-con malformazioni, a cura del medico accertatore; compilare per i neonati con malformazioni diagnosticate entro il 10° giorno dalla nascita)

	Descrizione
98 Malformazione diagnosticata 1: *	
99 Malformazione diagnosticata 2: *	
100 Malformazione diagnosticata 3: *	
101 Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita):	
(*codice ICD9 : obbligatorio compilare il campo descrizione della malformazione. Non è obbligatorio indicare il codice)	

102 Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni:	SI ☐ NO ☐
103 Esecuzione fotografie in caso di malformazioni:	SI ☐ NO ☐

104 Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): (in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)	105 Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): (in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)
--	--

Eventuali malformazioni in famiglia:

	Descrizione
106 Fratelli/sorelle *	
107 Madre *	
108 Padre *	

Scheda CEDAP **C**ertificato **D**i **A**ssistenza al **P**arto

Neonato

109 Genitori madre * _ _ _ _ _ _ _	
110 Genitori padre * _ _ _ _ _ _ _	
111 Altri parenti madre * _ _ _ _ _ _ _	
112 Altri parenti padre * _ _ _ _ _ _ _	
113 Malattie materne insorte in gravidanza 1 * _ _ _ _ _ _ _	
114 Malattie materne insorte in gravidanza 2 * _ _ _ _ _ _ _	
(*codice ICD9 : obbligatorio compilare il campo descrizione della malformazione. Non è obbligatorio indicare il codice)	

Nome e Cognome neonatologo/a - pediatra

Firma del Responsabile UO Neonatologia/Pediatria

matricola|_|_|_|_|_|_|_|

N° iscrizione ordine |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Provincia