

SEZIONE PADRE
La madre fornisce i dati del padre/altro genitore: SI ☐ NO ☐ se SI compilare la sezione successiva*
Dati anagrafici padre/altro genitore*
18 Data di nascita : ___/___/___ **19 Stato di cittadinanza:** _____
20 Comune (Stato estero) di nascita _____ (Prov. _____)

21 Titolo di studio padre/altro genitore:

- | | |
|---|---|
| 1 ___ laurea magistrale | 4 ___ diploma di scuola media inferiore |
| 2 ___ diploma universitario/laurea triennale | 5 ___ licenza elementare o nessun titolo |
| 3 ___ diploma di scuola media superiore | |

22 Condizione professionale padre/altro genitore: se occupato selezionare professione e ramo attività

- | | | |
|---|---|--|
| 1 ___ occupato | 1 ___ imprenditore o libero professionista | 1 ___ agricoltura, caccia, pesca |
| 2 ___ disoccupato | 2 ___ altro lavoratore autonomo | 2 ___ industria |
| 3 ___ in cerca di prima occupazione | 3 ___ lavoratore dipendente: dirigente o direttivo | 3 ___ commercio, pubblici servizi, alberghi |
| 4 ___ studente | 4 ___ lavoratore dipendente: impiegato | 4 ___ pubblica amministrazione |
| 5 ___ casalingo | 5 ___ lavoratore dipendente: operaio | 5 ___ altri servizi privati |
| 6 ___ altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc..) | 6 ___ altro lavoratore dipendente | |

SEZIONE B INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GRAVIDANZA
23 Consanguineità tra padre e madre (grado)

- | | |
|---|--|
| 1 ___ cugini di 1° grado (figli di fratelli o sorelle) | 3 ___ cugini di 3° grado (figli di figli di cugini) |
| 2 ___ cugini di 2° grado (figli di cugini) | |

24 Precedenti concepimenti: SI ☐ NO ☐ se SI specificare :

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| 25 N° parti ___ | 28 N° aborti spontanei ___ | 30 N° cesarei ___ |
| 26 N° nati vivi ___ | 29 N° IVG ___ | 31 Data ultimo parto precedente: ___/___/___ |
| 27 N° nati morti ___ | | |

32 Altezza madre (cm) | ___ | ___ | ___ |

33 Peso pregravidico della madre (Kg) | ___ | ___ | ___ |

34 Peso della madre al parto (Kg) | ___ | ___ | ___ |

35 Abitudini al fumo (tabacco) nei 5 anni precedenti la gravidanza: SI ☐ NO ☐ se SI specificare se:

- | | |
|---|---|
| 1 ___ ha smesso prima della gravidanza | 3 ___ ha continuato a fumare in gravidanza |
| 2 ___ ha smesso a inizio gravidanza | |

Controlli in gravidanza:

- | | |
|---|--|
| 36 N° visite di controllo in gravidanza(se > 9 indicare 9) ___ | 38 Epoca prima visita (n. settimane compiute) ___ ___ |
| 37 N° ecografie(se > 9 indicare 9) ___ | |

Scheda CEDAP Certificato Di Assistenza al Parto
Madre
39 Servizi utilizzati in gravidanza

(Indicare una sola risposta) Servizio più utilizzato in gravidanza

1 ☐ consultorio familiare pubblico	4 ☐ consultorio familiare privato
2 ☐ ambulatorio ospedaliero pubblico	5 ☐ consulenza psicologo
3 ☐ ginecologo o ostetrica privato(compresa intramoenia)	6 ☐ nessun servizio

40 Corso pre parto

1 ☐ Sì, presso un consultorio familiare pubblico
2 ☐ Sì, presso un ospedale pubblico
3 ☐ Sì, presso una struttura privata
4 ☐ No, ha frequentato un corso in precedente gravidanza
5 ☐ No

Indagini prenatali:

41 Villi coriali	SI ☐ NO ☐	48 Indagine anticorpi IgG anti-rosolia:
42 Translucenza	SI ☐ NO ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ Non nota ☐
43 Bitest	SI ☐ NO ☐	49 Indagine anticorpi IgG anti-toxoplasmosi:
44 Amniocentesi	SI ☐ NO ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ Non nota ☐
45 Fetoscopia/funicolocentesi	SI ☐ NO ☐	50 Indagine anticorpi IgG anti-CMV:
46 Ecografia morfologica strutturale	SI ☐ NO ☐	Positiva ☐ Negativa ☐ Non nota ☐
47 Eco effettuata dopo la 22 sett.	SI ☐ NO ☐	51 Indagine anticorpi anti-HbsAg:
		Positiva ☐ Negativa ☐ Non nota ☐

52 Difetto accrescimento fetale **SI** ☐ **NO** ☐
53 Decorso e assistenza della gravidanza:

1 ☐ fisiologico a conduzione ostetrica	3 ☐ patologico per condizioni pregresse o insorte in gravidanza
2 ☐ fisiologico a conduzione medica	4 ☐ nessuna assistenza in corso di gravidanza

54 Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita **SI** ☐ **NO** ☐ Se **SI** specificare:

1 ☐ solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	4 ☐ FIVET(Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)
2 ☐ IUI (Intra Uterine Insemination)	5 ☐ ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)
3 ☐ GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)	6 ☐ altre tecniche

55 Data ultima mestruazione

____/____/____

56 Età gestazionale stimata in settimane:

|__|__|

(compilare se non certa data ultima mestruazione o se gravidanza ridatata)

SEZIONE B1: TRAVAGLIO E PARTO
57 Luogo del parto:

1__ punto nascita pubblico o privato	3__ altra struttura di assistenza (casa di maternità)
2__ abitazione privata (parto domiciliare programmato)	4__ altro luogo non programmato (strada, mezzi di trasporto)

58 Modalità travaglio:

1__ travaglio ad inizio spontaneo
2__ travaglio indotto
3__ senza travaglio(solo per TC)

 Se travaglio ad inizio spontaneo : **59 Partoanalgesia** **SI** ☐ **NO** ☐ se **SI** indicare le metodiche utilizzate:

1__ analgesia epidurale
2__ altra metodica

Se travaglio indotto compilare le sezioni successive

60 Tipo di induzione: (una sola risposta) 1__ prostaglandine 2__ ossitocina 3__ amnioressi 4__ altro farmaco altro metodo meccanico	61 Motivo di induzione: (una sola risposta) 1__ rottura prematura membrane 2__ gravidanza protratta 3__ oligoidramnios 4__ patologia materna 5__ patologia fetale
--	--

62 Genere del parto:

se plurimo indicare :

1__ semplice	63 N° nati maschi __
2__ plurimo	64 N° nati femmine __

Personale sanitario presente

65 Ostetrica/o SI ☐ NO ☐	68 Anestesista SI ☐ NO ☐
66 Ginecologa/o SI ☐ NO ☐	69 Infermiera/e neonatale SI ☐ NO ☐
67 Pediatra-neonatalogo SI ☐ NO ☐	70 Altro personale sanitario o tecnico SI ☐ NO ☐

71 Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale) **SI** ☐ **NO** ☐ **72 Emogruppo madre** **Rh-** ☐ **Rh+** ☐
73 Profilassi Rh **SI** ☐ **NO** ☐

Nome e Cognome ginecologo/a – ostetrico/a

Firma del Responsabile UO Ostetricia/Ginecologia

matricola |__|__|__|__|__|__|

 N° iscrizione ordine |__|__|__|__|__|__|__|__|
 Provincia