

REGIONE CALABRIA

PROT. N° 354 DEL 28/4/17

Reggio Cal. 26/04/2017

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
Prot. N. 354
Del 28-4-2017

Dott.ssa Italia Rosa Albanese
Direttore Sanitario

Dott. Paolo Vazzana
Direttore sanitario di presidio

Dott. Demetrio Marino
Responsabile Rischio Clinico

Loro SEDI

Oggetto: Proposta adozione cartella ostetrica

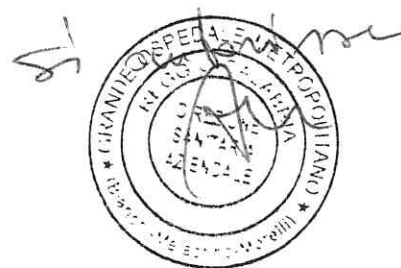
In ottemperanza alle indicazioni ed agli obiettivi indicati per questa UOC (migliorare l'organizzazione della UOC) si propone per eventuale approvazione lo strumento operativo indicato in oggetto.

È proposto un modello di cartella che sarà redatto a cura delle Ostetriche e che riguarda l'evento parto: tale strumento già adottato in una gran parte degli istituti di Ginecologia e Ostetricia in Italia consentirà una migliore documentazione dell'evento in tutte le sue fasi e potrà contribuire positivamente alla riduzione del rischio clinico. La cartella Ostetrica farà parte della documentazione clinica che costituisce la cartella cartacea.

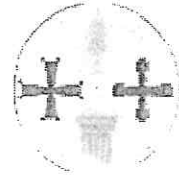
Con preghiera di un riscontro sollecito, per poter rendere al più presto operativo questo strumento organizzativo. Colgo l'occasione per porgere i più cordiali saluti

Francesco A. Battaglia

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi Melacrino - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.



delib. 293/17



CARTELLA OSTETRICA



Cognome.....

Nome.....

Luogo e Data di Nascita.....

Gruppo Sanguigno Fattore Rh

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Meliccrino - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

DIAGNOSI D'INGRESSO:

ANAMNESI OSTETRICA

Provenienza: Consultorio Ambulatorio Ginecologo privato

GRAVIDANZA ATTUALE: U.M./...../..... E.P.P./...../..... Settimane di Amenorrea.....

Epoca gestazionale corrispondente SI NO

Aumento ponderale: kg.....

Fattori di rischio: Fumo Alcool Obesità Nega Precedenti interventi su utero

Altro.....

Patologie in gravidanza: Nega Minaccia di parto pretermine Ipertensione Gestosi

Diabete Epatosi Infezioni urinarie Calcolosi

Trombosi venosa profonda/Trombofilia Altro.....

Note:.....

Accertamenti: Ecografie Amniocentesi Flussimetria Pap-test a.a..... Altro.....

Note:.....

Malattie in atto e/o pregresse:.....

Farmaci in gravidanza:.....

ALLERGIE (riferite e/o documentate):.....

GRAVIDANZE PRECEDENTI

| ANNO | SETTIMANE | PARTO | TC INDICAZIONE | NEONATO | ALLATTAMENTO | AbS | IVG |
|------|-----------|-------|----------------|---------|--------------|-----|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

NOTE:

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
 Bianchi - Melacrino - Morelli
 U.O.C. d. Ostetricia e Ginecologia
 DIRETTORE
 Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

ESAMI ESEGUITI IN GRAVIDANZA

Gruppo Sanguigno:.....

Fattore Rh:

Coombs Indiretto:.....

ESAMI INFETTIVOLOGICI:

| | NEGATIVO | POSITIVO | NON NOTO | IN CORSO | NOTE |
|------------|----------|---|----------|----------|------|
| HBsAg | | | | | |
| HCV | | | | | |
| HIV | | | | | |
| TPHA/VDRL | | | | | |
| CMV | | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM | | | |
| RUBEO | | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM | | | |
| TOXOPLASMA | | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM | | | |

TAMPONE per GBS

| | NON ESEGUITO | ESEGUITO | IN DATA |
|----------|--------------|---|---------|
| VAGINALE | | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo | |
| RETTALE | | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo | |

Note:.....
.....
.....

Memorandum:

- HbsAg e HCV (terzo trimestre)
- HIV, VDRL, TOXO, Rubeo (terzo trimestre)
- Tampone vaginale e/o rettale 35/37 sett.

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Melacchino - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. FRANCESCO A. Battaglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

DATI DEL PARTO

Travaglio: Spontaneo

Indotto: Propess Cytotec Ossitocina Cervical Ripening Baloon Altro.....

Indicazione all'Induzione.....

Rottura delle Membrane: Data...../...../..... ore **Modalità** Spontanea Amniorexi

Liquido Amniotico: Chiaro Lievemente tinto Tinto

Indicazioni e complicanze.....

Modalità del parto: Parto Spontaneo Parto Pilotato

Parto Operativo: Forcipe Ventosa Ostetrica Taglio Cesareo

Posizione del parto: Litotomica Posizione alternativa.....

Note.....

Trattamento del III Stadio:

Profilassi ossitocica SI NO

Clampaggio Precoce del funicolo SI NO

Trazione controllata del funicolo SI NO

Attesa SI NO

Secondamento:

Spontaneo Manuale ore.....

Placenta: peso gr.....

Completa Incompleta Esame Istologico

Membrane:

Complete Incomplete Scivolamento RCU

Farmaci:

Ossitocina Metilergometrina Cytotec

Perdita ematica post-partum:

Entro 500 cc; Tra 500c e 1000cc; Superiore a 1000cc

Tamponamento:

Vaginale Uterovaginale Backri Baloon Altro.....

Stato dei genitali dopo il parto:

Integri

Lacerazione spontanea: I grado II grado III grado IV grado

Episiotomia

Anestesia: Locale Epidurale Spinale Generale

Note.....

Donazione Sangue Cordone Ombelicale: SI NO

OPERATORI

GINECOLOGO.....

OSTETRICA/O.....

OSTETRICA/O.....

STRUMENTISTA.....

INF. DI SALA.....

ANESTESISTA.....

NEONATOLOGO.....

INF. PEDIATRICO.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

DATI DEL NEONATO

I Neonato:

Data/...../..... Ora..... Sesso: Maschile Femminile

Indice Apgar: 1° min..... 5°min. Prelievo Ph Cordone SI NO
Ph..... -BE

Peso gr..... Lunghezza cm..... Circonferenza Cranica cm.....

Presentazione: Cefalica Podalica Altro.....

Posizione:

Funicolo: Normale Lungo Corto Giri..... Nodi.....

Stato alla Nascita:

Vivo Vitale Malformazioni
 Nato Morto Morto in travaglio Morto macerato Esame Autoptico

Aspirazione: Si No Rianimazione: No Ossigeno Intubazione

Note.....
.....

II Neonato:

Data/...../..... Ora..... Sesso: Maschile Femminile

Indice Apgar: 1° min..... 5°min. Prelievo Ph Cordone SI NO
Ph..... -BE

Peso gr..... Lunghezza cm..... Circonferenza Cranica cm.....

Presentazione: Cefalica Podalica Altro.....

Posizione:

Funicolo: Normale Lungo Corto Giri..... Nodi.....

Stato alla Nascita:

Vivo Vitale Malformazioni
 Nato Morto Morto in travaglio Morto macerato Esame Autoptico

Aspirazione: Si No Rianimazione: No Ossigeno Intubazione

4

GRANDE OSPEDALE METROPOLI
Bianchi - Meacchino - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

POST PARTUM A BASSO RISCHIO

| | 30 MINUTI | 1 ORA | 2 ORE | |
|-------------------------|-----------|-------|-------|--|
| FONDO UTERINO | | | | |
| LOCHIAZIONI | | | | |
| SUTURA | | | | |
| P.A. F.C. T.C. | | | | |
| DIURESI | | | | |
| FARMACI | | | | |
| FIRMA DELL'OSTETRICA | | | | |

Note e Complicanze.....
.....
.....

CONTATTO PELLE A PELLE: SI NO

ALLATTAMENTO AL SENO: SI NO

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Melacchino - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Battaglia n° 433

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

POST PARTUM AD ALTO RISCHIO

| | 15 MIN. | 30 MIN. | 45 MIN. | 1 ORA | |
|-------------------------|---------|---------|---------|-------|--|
| FONDO UTERINO | | | | | |
| LOCHIAZIONI | | | | | |
| SUTURA | | | | | |
| P.A. F.C. T.C. | | | | | |
| DIURESI | | | | | |
| FARMACI | | | | | |
| FIRMA DELL'OSTETRICA | | | | | |

Note e Complicanze.....
.....
.....

CONTATTO PELLE A PELLE: SI NO

ALLATTAMENTO AL SENO: SI NO

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Mejaering - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o
.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

DIARIO CLINICO OSTETRICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi-Meiurino - Marulli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco A. Bianco - n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Melacchino - Morelli
U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
DIRETTORE
Dr. Francesco... R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome Nome Data di Nascita / /

9

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Maccagnani - Morelli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco *[Signature]* Esataglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

Cognome..... Nome..... Data di Nascita...../...../.....

SPAZIO RISERVATO PER LE ETICHETTE ADESIVE

(Strumentario, Teleria, Dispositivi Medici, Ecc.....)

SPAZIO RISERVATO PER LE ETICHETTE ADESIVE

(Strumentario, Teleria, Dispositivi Medici, Ecc.....)

Note: Allegato 1 Partogramma

Allegato 2 Referto CTG

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
Bianchi - Molinarino - Morelli
U.O.C. e Centro di Ginecologia
DIRETTORE
Dr. Francesco Battaglia n° 4330 R.C.

Firma e nome dell'ostetrica/o

.....

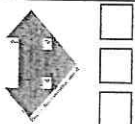
REFERTO TRACCIATO CARDIOTOCOGRAFICO

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ II ____ / ____ / ____

U.M. ____ / ____ / ____ / D.P.P. ____ / ____ / ____ Parità ____ / ____ / ____ sett. Amenorrea _____

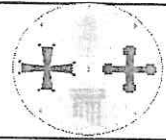
DATA : ____ / ____ / ____

| | | |
|---|--|---|
| ORARIO | INIZIO ore: _____ | FINE ore: _____ |
| FCF (frequenza cardiaca fetale) | Tra 120/160 bpm <input type="checkbox"/> <110 bpm <input type="checkbox"/> >160bpm <input type="checkbox"/> |  |
| VARIABILITÀ | >5/10 bpm → <input type="checkbox"/> <5/bpm → <input type="checkbox"/> | |
| ACCELERAZIONI | P (presenti) <input type="checkbox"/> A (assenti) <input type="checkbox"/> | |
| DECELERAZIONI | P (presenti) <input type="checkbox"/> A (assenti) <input type="checkbox"/> | |
| A.C.U (attività contrattile uterina) | P (presenti) <input type="checkbox"/> A (assenti) <input type="checkbox"/> | |
| CLASSIFICAZIONE* | Tipo I <input type="checkbox"/> FCF compresa tra 120/160 bpm, variabilità >5 bpm, accelerazioni presenti, decelerazioni assenti Tipo II <input type="checkbox"/> Tipo III <input type="checkbox"/> | |
| CONCLUSIONI | | |

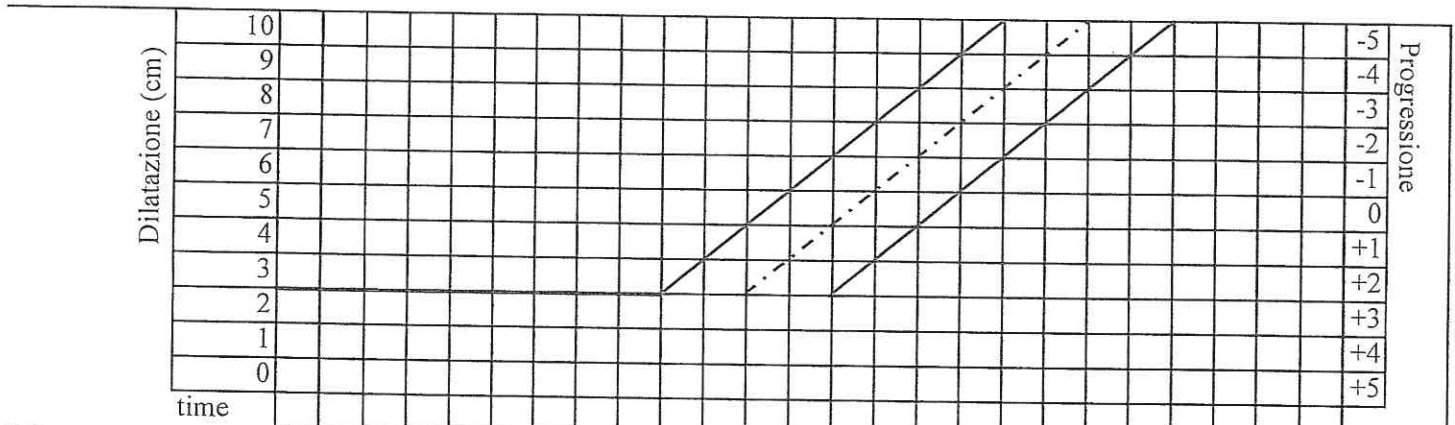
***LEGENDA**
 TIPO I: tutti i parametri rientrano nel range della norma
 TIPO II: un parametro si discosta dal range della norma
 TIPO III: due o più parametri si discostano dal range della norma

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
 Bianchi - Melacrino - Mori
 U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
DIRETTORE
 Dr. Francesco A. Battaglia

Dirigente Medico _____



Cognome e Nome: _____ Sett. di amenorrea: _____ Sett. Ecografica: _____
 Parità: _____ Travaglio: spontaneo/indotto: _____ Streptococco B: positivo/negativo
 Fattori di rischio: _____
 Travaglio in acqua: si / no dalle _____ alle _____ Analgesia (tipo): _____ dalle _____ alle _____



visita _____

membrane (I/R/AM) _____

liquido (A/C/T) _____

appianamento _____

contrazioni _____

/D/A _____

reg. / Irreg. _____

... / 10 min. _____

cardiotocografia _____

CF _____

variabilità _____

accelerazioni _____

decelerazioni _____

auscultazione intermittente in fase attiva. Ora inizio FCF.....

+15' _____

+30' _____

+45' _____

+60' _____

farmaci _____

parametri PA _____

vitali TC _____

temperatura _____

perdita ematica al parto _____

controllo _____

controllo _____

controllo _____

controllo _____

controllo _____

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
 Bianchi-Melacrino-Morelli
 U.O.C. _____
 Dr. Francesco Battaglia n° 4330 R.C.

continua controllo intensivo sulla scheda di sorveglianza allegata

Si invia in degenza