

RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO

Tampone vagino rettale / urinocoltura positivo per Streptococco Gruppo B*

BMI pregravidico anormale incremento ponderale $\leq 18 \geq 30$

Età gestazionale $< 37^0 - > 41^0$

Feto Diversa da cefalica/verice biometria anormale

Travaglio indotto

Membrane rottura > 18 ore

Liquido amniotico tinto

Temperatura corporea

NO

SI

*Se non eseguito esegue profilassi antibiotica intrapartum per la prevenzione dell'infezione neonatale ad esordio precoce da Streptococco gruppo B in presenza di fattori di rischio: precedente neonato con Sepsis da Streptococco gruppo B, urinocoltura positiva per Streptococco gruppo B nell'attuale gravidanza; rottura delle membrane >18 ore, temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$, epoca gestazionale <37+0 settimane. (CDC 2010, RCOG 2017) "CDC recommended that women with unknown GBS colonization status at the time of delivery be managed according to the presence of intrapartum risk factors." La profilassi intrapartum è altresì raccomandata in tutti i casi in cui si sospetti coriamentite e/o T.C. $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

La gravidanza può essere considerata a basso rischio (BRO)

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Data / /

Firma leggibile

RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO

CTG

Presentazione

Ossitocina

Temperatura corporea

Anomalie contrattilità uterina

Liquido amniotico tinto

Sanguinamento di incerta origine

Richiesta epidurale

Altro

NO

SI

**specificare in ogni reparto l'omologa categoria di CTG, indicando quale viene utilizzata se diversa dalle raccomandazioni nazionali.

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

Il Travaglio può essere considerata a basso rischio (BRO)

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI

NO

SI

NO

SI

NO

REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDAD E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

Cognome

Nome

Data di nascita

Settimana di gravidanza

Luogo di nascita

EPP

LA PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO ATTIVA L'ALLERTA DEL MEDICO PER LA VALUTAZIONE E L'ATTIVAZIONE DI PERCORSI SPECIFICI

FATTORI DI RISCHIO

FATTORI DI RISCHIO