

RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO		NO	SI
Tampone vagino rettale /urinocoltura positivo per Streptococco Gruppo B*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI pregravidico anormale incremento ponderale	$\leq 18 \geq = 30$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Età gestazionale	$< 37^{+0} - > 41^{+0}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feto	Diversa da cefalica/ vertice biometria anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaglio indotto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membrane	rottura > 18 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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 coriannionite 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)

SI NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

SI NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____

RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO		NO	SI
CTG	Secondo classificazione nazionale SIGO AOGOI AGUI FR 2018 TIPO 2-3**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione	Diversa da cefalica/vertice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ossitocina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie contrattilità uterina	Iperono/Tachistolia/inerzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento di incerta origine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta epidurale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	Specificare _____		

**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)

SI NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

SI NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____



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 _____

Luogo di nascita _____

Settimana di gravidanza _____

EPP _____



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

ANAMNESI AL CONCEPIMENTO		NO	SI
Età materna $\leq 16 \geq 40$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concepimento PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BMI Pregravidico $\leq 18 \geq 30$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti aborti ≥ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PATOLOGICA		NO	SI
Diabete pregravidico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie materne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assunzione farmaci per patologie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie uterine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Hbpatie/Iso-immunizzazione materno-fetale Plastrinopenia $<100^3$ /dl Precedenti tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disabilità materna, dismorfismo bacino materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PRECEDENTI GRAVIDANZE PARTI (SBARRARE SE PRIMIGRAVIDA)		NO	SI
1 neonato ≥ 4 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anomalia fetale congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 neonati IUGR o PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 MEF e/o neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 neonato pretermine (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti bambini ammessi in TIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti distocie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rottura d'utero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
distacco di placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parità ≥ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso diabete gestazionale (GDM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa emorragia post partum (EPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa preeclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placenta ritenuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa distocia di spalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso taglio cesareo (TC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso parto operativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa lacerazione 3°- 4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa sepsi materna precoce/neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GRAVIDANZA ATTUALE		NO	SI
Fumo / Alcol / Droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assunzione farmaci per patologie acute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gravidanza plurima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie fetali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placenta	Alterazione inserzione placentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico	Anomala quantità diagnosticata ecograficamente falda massimo $\leq 2 \geq 8$ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa	$\geq 140/90$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΔP (Variazione ponderale)	Anomala rispetto al BMI pregravidico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete diagnosticato in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie insorte in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Hbpatie/Iso-immunizz. materno-fetale Plastrinopenia $<100^3$ /dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventi Tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dati di laboratorio fuori range	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manovre invasive (es.amniocentesi e cerchiaggio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nessun controllo eseguito in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barriere linguistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dichiarato rischio ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rifiuto trasfusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complicazioni non comprese nell'elenco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

***WHO ANTENATAL CARE 2016**

Valori normali incremento ponderale in gravidanza in relazione al BMI:

sottopeso BMI $< 18,5$ kg/m V.N.: 12,5-18
 normopeso BMI 18,5-24,9 kg/m V.N.: 11,5-16
 sovrappeso BMI 25-29,9 kg/m V.N.: 7-11,5
 obesità BMI > 30 kg/m V.N.: $\leq 5 \geq 9$

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

Il Travaglio può essere considerata a basso rischio (BRO)

Sì NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

Sì NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

Sì NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____