

**S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA**Direttore: **Dott.ssa Alice PEROGGIO CARUS****CARTELLA CLINICA OSTETRICA**
Ospedale Mondovì

Struttura: DMI

Data di emissione: 10/01/2022

Revisione n. 00

SIGNORA _____ LETTO _____

DATA DI NASCITA: ____ / ____ / ____ LUOGO DI NASCITA _____

NUMERO CARTELLA _____

RESIDENZA _____

TELEFONO _____ TELEFONO FAMILIARE _____

FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' O FOTO PERSONALE SI NO

CONSENTE LA NOTIZIA A TERZI DELLA SUA PRESENZA SI NO

DATA RICOVERO: ____ / ____ / ____ DATA DIMISSIONE: ____ / ____ / ____

DIAGNOSI _____

INTERVENTI in data _____

TERAPIA ALLA DIMISSIONE _____

pagina a cartella con alette NON incollate

altezza 10 cm

ESAME OSTETRICO DI ACCETTAZIONE

DATA ____ / ____ / ____ ORA ____:____

UM ____ / ____ / ____ EPP ____ / ____ / ____ EPP (US) ____ / ____ / ____

SETTIMANA DI AMENORREA ____ SETTIMANA ECOGRAFICA ____

POLSO (FC) ____ PAOS ____ / ____ SAT O₂ ____ Temperatura C° ____

Altezza ____ Peso iniziale ____ Peso attuale ____ BMI ____

ALBUMINA ____ Edemi ____

PALPAZIONE	VISITA OSTETRICA
Contrazioni	Vulva
	Vagina
	Collo uterino
AUSCULTAZIONE	Posizione
BCF ____ Frequenza ____ bpm <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Dilatazione
	Sacco amniotico
	Caratteristiche del liquido
	Parte presentata
	Livello della parte presentata
Bacino:	
Perineo: Beanza SI NO ____ Emorroidi SI ____ NO	
Distanza ano-vulvare < 2cm 2,5-3 cm > 3cm	

Ostetrica

Medico

DIAGNOSI OSTETRICA ALL'INGRESSO _____

Presenza agenda gravidanza Regione Piemonte compilata SI NO

Indagini di diagnosi prenatale:

Test Integrato/combinato

Amniocentesi _____

NIPT

Decorso della gravidanza _____

Ecografie eseguite:

1° trimestre data ____/____/____ Esito _____

2° trimestre data ____/____/____ Esito _____

3° trimestre data ____/____/____ Esito _____

Farmaci assunti in gravidanza: _____

Riconciliazione farmacologica effettuata direttamente sulla Scheda di Terapia.

ALLERGIE: _____

[illegible]

ANAMNESI FAMILIARE

Diabete _____

Ipertensione _____

Malattie genetiche _____

Altro _____

ANAMNESI PERSONALE

Fumo _____ Alcool _____

Stupefacenti _____ Altro _____

ANAMNESI PATOLOGICA

ESAME OBIETTIVO

Capo _____

Torace _____

Addome _____

Arti _____

ESAMI ESEGUITI

GRUPPO SANGUIGNO _____ Rh _____

I DET ____/____/____ N. _____

II DET ____/____/____ N. _____

TEST COOMBS INDIRETTO _____

DET ____/____/____ N. _____

Profilassi Anti-D: eseguita in gravidanza SI NO Settimane _____

eseguita dopo il parto in data ____/____/____ Ostetrica _____

Non eseguita per gruppo sanguigno neonatale Rh negativo.

ESAME	ESITO	DATA	DATA
ELETTROFORESI Hb			
OGTT			
HIV			
LUE/TPHA			
HBsAg			
HCV			
TOXO	NEG POS IMMUNE		
RUBEO	NEG POS IMMUNE		
TAMPONI (ric GBS)	NEG POS IN CORSO		
ALTRO			

Firma compilatori

medico _____ ostetrica _____

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

TRAVAGLIO												
INDUZIONE:		SI	NO	METODO				INDICAZIONE				
PRODROMI	SI		NO		A DOMICILIO		IN OSPEDALE		RIPOSO	SI	NO	
	UTILIZZO VASCA		SI	NO	ALIMENTAZIONE		SI	NO	IDRATAZIONE	SI	NO	
	INTERVENTI _____											
I STADIO	Esordio del travaglio data ____/____/____ ora ____:____											
	Rottura delle membrane data ____/____/____ ora ____:____											
					Spontanea		Provocata		A domicilio		In reparto	
	Caratteristiche liquido amniotico alla rottura _____											
	Caratteristiche liquido amniotico al parto _____											
Dilatazione uterina al momento della rottura delle membrane _____												
II STADIO	Dilatazione completa ore ____:____ Inizio periodo espulsivo ore ____:____											
	Espulsione del feto _____											
	Posizione della donna al parto _____											
PARTO AVVENUTO IL ____/____/____ ALLE ORE ____:____												
MODALITA'	SPONTANEO			DISTOCICO _____					TAGLIO CESAREO			
NEONATO	I nato						II nato					
	Stato _____ Apgar ____/____						Stato _____ Apgar ____/____					
	Posizione _____ Presentazione _____						Posizione _____ Presentazione _____					
	Sesso _____ Peso _____ gr						Sesso _____ Peso _____ gr					
	Lunghezza _____ cm CC _____ cm						Lunghezza _____ cm CC _____ cm					
	GRC _____ Braccialetto n. _____						GRC _____ Braccialetto n. _____					
	NOME _____						NOME _____					
	COGNOME _____						COGNOME _____					
III STADIO	Secondamento ora ____:____						Avvenuto in modo _____					
	PLACENTA aspetto _____						FUNICOLO cm _____					
	Inserzione _____						Giri _____					
	Peso Totale _____ gr Completa SI NO						Note _____					
	EGA funicolare SI NO						Arterioso Venoso					
	Clampaggio a min _____						Prelievo cordonale SI NO					
	Contatto neonato pelle a pelle SI NO						Suzione al seno SI NO					
	Sacca retro placentare SI ml _____						NO caratteristiche perdite ematiche _____					
	Profilassi emorragica SI NO						_____					
	Firma paziente: _____						Esame istologico placenta SI NO					
Stato dei genitali e del perineo dopo il parto _____												
Sutura _____						Eseguita da: _____						
INTERVENTI	TMOP Kristeller RCU Altro											

CONTROLLO POST PARTO	_____											
	Ingresso in reparto ora ____:____ Firma: _____											
EQUIPE ASSISTENZIALE	OSTETRICA						GINECOLOGO/I					
	PEDIATRA						ANESTESISTA					
CERTIFICATI	Stampati n. ____ certificati parto						Consegnati in data ____/____/____					

PARTOGRAMMA

FASE ATTIVA													II STADIO			
ORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
BCF - BPM	180															
	170															
	160															
	150															
	140															
	130															
	120															
	110															
	100															
RCTG																
SCORE																
DILAT CERVICALE	10															
	9															
	8															
	7															
	6															
	5															
	Livello PP															
	Posiz PP															
Parametri Vitali																
Minzione																
Alimentazione																
Idratazione																
Vomito																
Contrazioni																
Membrane																
Liq Amniotico																
Postura Materna																
Persona fiducia																
Immersione acqua																
Controllo dolore																
Decisioni condivise con donna																
Interventi																
PERIODO DI TRANSIZIONE DALLE ORE		ALLE ORE		<input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> RIPOSO <input type="checkbox"/> ALTRO												
PERIODO DI TRANSIZIONE DALLE ORE		ALLE ORE		<input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> RIPOSO <input type="checkbox"/> ALTRO												
FIRMA																

MATERIALE PARTO E STRUMENTI

MATERIALE PARTO				Firma Operatore
Set Parto				
Set Sutura				
Altro				
Garze				
Tamponi e zaffi				

MEMENTO CHECK LIST DEL PARTO

PREPARTO	INTRAPARTO	POST NASCITA
<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione paziente - Avvisare medico di guardia - Posizionamento CTG - Identificazione rischio: anamnesi accurata - necessita di stretta sorveglianza CTG - Rilevamento parametri vitali - Controllo sierologia HIV (Ignota = +) - Compilazione Partogramma - Terapia antibiotica secondo protocollo - Necessita di posizionamento cannula - Avvisare Nido 	<p><u>Parto Spontaneo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accensione isola neonatale - Presidi necessari assistenza al parto - Avvisare altro operatore e Medico Guardia - Necessita di EGA - Somministrata ossitocina - Eseguito prelievo sangue cordonale - Necessita raccolta sangue cordonale <p><u>Dopo secondamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllo perdite e tono uterino - Valutazione parametri vitali - Necessita esame istologico PLACENTA 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione neonato - Applicato bracciale identificativo - Osservazione controllo puerpera <ul style="list-style-type: none"> Perdite ematiche Parametri vitali - Monitoraggio condizioni cliniche neonato - Compilazione modulistica/carteggio <p><u>Dopo 2 ore:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Osservazione puerpera - Controllo perdite ematiche, tono uterino, eventuale terapia - Valutazione parametri vitali puerpera - Terapia antibiotica in caso di necessità - Accompagnare neonato al Nido/chiamare Nido

MOD _{DMI} 101B		
Scheda B (postnatale): valutazione rischio di tromboembolia nella puerpera e relative norme di profilassi		
In base ai fattori di rischio riscontrati annotare il livello di rischio rilevato		
FATTORI DI RISCHIO	RISCHIO	PROFILASSI
1. precedente episodio di tromboembolismo venoso 2. qualsiasi paziente che abbia effettuato terapia in gravidanza con eparina a basso peso molecolare (LMWH)	ALTO	• almeno 6 settimane di profilassi dopo il parto con eparina a basso peso molecolare (LMWH)
1. taglio cesareo in travaglio e/o di urgenza 2. trombofilia asintomatica (ereditaria o acquisita) 3. indice di massa corporea (BMI) > 40 Kg / m ² 4. prolungato ricovero in ospedale con immobilizzazione 5. comorbidità correlate quali ad esempio: malattie cardiache o polmonari, lupus eritematoso sistemico, neoplasie, flogosi, sindrome nefrosica, anemia falciforme, sostanze stupefacenti assunte per via endovenosa.	INTERMEDIO	• almeno 7 giorni di profilassi dopo il parto con eparina a basso peso molecolare (LMWH). Nota: se il rischio intermedio si protrae per più di 7 giorni o se i fattori di rischio sono più di 3 considerare l'opportunità di prolungare la profilassi con eparina a basso peso molecolare (LMWH)
1. età > 35 anni; 2. obesità: indice di massa corporea (BMI) > 30 Kg / m ² ; . 3. parità ≥ 3; 4. fumatore; 5. taglio cesareo in elezione; 6. qualsiasi intervento chirurgico nel puerperio; 7. grosse vene varicose; 8. infezione sistemica in corso; 9. immobilità: paraplegia, per disfunzione della sinfisi pubica con riduzione della motilità, 10. viaggio di durata ≥ 4 ore; 11. pre eclampsia; 12. rivolgimento podalico durante il parto; 13. travaglio prolungato (> alle 24 ore); 14. emorragia post partum > 1 litro o emotrasfusione .	BASSO	• mobilizzazione • evitare la disidratazione ➤ presenza di 2 o più fattori della classificazione "basso rischio": profilassi del rischio intermedio
data ____/____/____	Firma del medico _____	

VALUTAZIONE RCTG – NST FUORI TRAVAGLIO

	DATA	ORA	SETT	ACC	VAR	LIV	DEC	CONT	SCORE	OSTETRICA	MEDICO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

INTERPRETAZIONE RCTG FUORI TRAVAGLIO

ACCELERAZIONI (N /20 min)		N > 2	0	
		N = 1	2	
		N = 0	3	
VARIABILITA’ persistente per oltre il 50% del tempo di registrazione		> 10 bpm	0	
		5 – 10 bpm	1	
		< 5 bpm	4	
LIVELLO linea di base		110 – 170 bpm	0	
		< 110 / > 170 bpm	2	
DECELERAZIONI	Variabili lievi	< 30 / 30 - 60 sec e livello min > 70 bpm	N ≥ 1	0
	Variabili medie	30 – 60 sec e livello min < 70 bpm	N ≤ 5	2
		> 60 sec e livello min > 70 bpm	N > 5	3
	Variabili gravi	> 60 sec e livello min < 70 bpm	N = 1	2
			N > 1	4
	Tardive		N = 1	2
			N > 1	4

VALUTAZIONE RCTG IN TRAVAGLIO

	DATA	ORA	VALUTAZIONE SCORE			OSTETRICA	MEDICO
1			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
2			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
3			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
4			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
5			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
6			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
7			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		
8			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3		

CRITERI	TIPO 1	TIPO 2	TIPO3
Linea di base	110 – 160 bpm	Mancanza di almeno una delle caratteristiche di normalità, ma assenza di segni patologici.	< 100 bpm
Variabilità	5 – 25 bpm		Ridotta variabilità per >50 min, aumentata variabilità per > 30 min, o pattern sinusoidale per >30 min
Decelerazioni	Assenza di decelerazioni ripetute		Decelerazioni ripetitive tardive o prolungate che si verificano per un tempo >30 min, o >20 min in caso di ridotta variabilità; oppure una decelerazione prolungata >5 min.
Interpretazione	Non ipossia/acidosi	Bassa probabilità di ipossia/acidosi	Altra probabilità di ipossia/acidosi
Gestione clinica	Nessun intervento necessario a migliorare lo stato di ossigenazione fetale	Correggere le cause reversibili di ipossia/acidosi qualora identificate; stretto monitoraggio o metodiche aggiuntive di valutazione dello stato di ossigenazione fetale	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili, metodiche aggiuntive per valutare lo stato di ossigenazione fetale, o se questo non è possibile, espletamento del parto in tempi brevi. In acuto (prolasso di funicolo, rottura uterina, distacco di placenta) immediato espletamento del parto.

Classificazione SIGO 2017

LEGENDA SCHEDA MONITORAGGIO PARAMETRI	
LIVELLO E CODICI COLORE	INDICAZIONI
	Nessuna indicazione
1	Consultare l'ostetrica o l'infermiere esperto. In loro assenza consultare il medico di reparto o di guardia e rivalutare dopo 1 ora. Se rimane invariato rivalutare dopo 4 ore, a meno di non avere ricevuto indicazioni diverse dal medico
2 o > di 2	Se presenti due o più parametri VERDI o un solo parametro GIALLO avvisare il medico di guardia per una eventuale revisione del piano terapeutico e rivalutazione dopo 1 ora
1	
2	Due o più criteri GIALLI (o uno ROSSO) monitorizzare, non allontanarsi, considerare la chiamata del MET e avvisare il medico di guardia
QUALORA UN PARAMETRO NON VENGA RILEVATO PER INDICAZIONI CLINICHE APPORRE LA SIGLA “ NR OPPURE NA ”	

TRACCIATI CARDIOTOCOGRAFICI

pagina con TASCA robusta

altezza 15 cm

pagina a cartella con alette NON incollate

altezza 10 cm

IL DIRETTORE DI STRUTTURA
