



A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì, e Savigliano*

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Direttore: dr. F. Fioretto
OSPEDALE DI MONDOVI
Struttura Complessa di Pediatria
Servizio di Assistenza Neonatale
Direttore: dr.ssa P. Fusco

LETTO N°
BRACCIALETTO N°
REGISTRO N°
CART.CLIN.NEONATO N°
CART.CLIN.MADRE N°

CARTELLA CLINICA NEONATALE

Cognome Nome M ☐ F ☐

Nato/a il alle ore

Residenza dei genitori

..... Tel.

Dimesso/a il

Diagnosi alla dimissione:

.....

.....

ANAMNESI FAMILIARE

PADRE: Cognome Nome
nato a il età professione

MADRE: Cognome Nome
nato a il età professione

Patologie familiari	
Madre	
Padre	
Altri familiari	

ANAMNESI OSTETRICA

GRAVIDANZE PRECEDENTI: **PARITA'**

Figli viventi (anno nasc., sesso, tipo di parto, allatt., problemi):

.....

Figli deceduti Nati morti Aborti

GRAVIDANZA ATTUALE:

Data U.M. Età gestazionale Età ecografica Fumo Alcool

Obesità Diabete Ipertensione Gestosi

Minaccia d'aborto di parto pretermine Altri problemi

HBsAg (data) HIV (data) CMV (data)

Toxoplasmosi (data) Rosolia (data) VDRL (data)

Tampone vagino-rettale GBS: eseguito il esito: Profilassi ATB iniziata h. n° dosi

Altri esami

Farmaci assunti:

PARTO

Monitoraggio BCF	Nella norma <input type="checkbox"/> Non Eseguito <input type="checkbox"/> Anomalie per: Tachicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Decelerazioni variabili <input type="checkbox"/> precoci <input type="checkbox"/> tardive <input type="checkbox"/>
Rottura membrane	<18 ore <input type="checkbox"/> >18 ore <input type="checkbox"/> Spontanea: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> data / / ora :
Liquido amniotico	Limpido <input type="checkbox"/> Citrino <input type="checkbox"/> Tinto di meconio <input type="checkbox"/> Oligodramnios <input type="checkbox"/> Polidramnios <input type="checkbox"/>
Tipo di parto	Spontaneo <input type="checkbox"/> Forcipe <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> T.C. d'elezione <input type="checkbox"/> T.C. urgente <input type="checkbox"/> Indicazione al T.C.:
Presentazione	Cefalica <input type="checkbox"/> Fronte <input type="checkbox"/> Faccia <input type="checkbox"/> Podice <input type="checkbox"/>
Farmaci in travaglio	Ossitocina <input type="checkbox"/> Antibiotici <input type="checkbox"/> Altro:
Funicolo	N° vasi Prolasso <input type="checkbox"/> Brevità <input type="checkbox"/> Giri <input type="checkbox"/> Nodi <input type="checkbox"/>

NEONATO

RIANIMAZIONE NEONATALE

TAPPE INIZIALI	STIMOLAZIONE TATTILE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	ASPIRAZIONE ALTE VIE AEREE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Liquido aspirato: Limpido <input type="checkbox"/> Citrino <input type="checkbox"/> Meconio <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/>
	OSSIGENO A FLUSSO LIBERO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	VENTILAZIONE A PRESSIONE POSITIVA No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Se PPV: Neopuff <input type="checkbox"/> Ambu <input type="checkbox"/> Intubazione <input type="checkbox"/> Aspirazione endotracheale: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>
COMPRESSIONI TORACICHE	Massaggio cardiaco: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>
FARMACI
Durata della rianimazione:	

Ora di ingresso al nido: :

Temperatura

Peso g.

Lunghezza cm.

Circ. cranica cm.

Meconio emesso h.....del

1ª minzione h..... del

Profilassi oculare: sì ☐ firma no ☐

Vitamina K: sì ☐ firma no ☐

Pelle/pelle ☐

Suzione in sala parto ☐

Durata

Se < 2 h perchè

APGAR

PARAMETRO	PUNTEGGIO	1'	5'
FREQUENZA CARDIACA	- Assente	0	
	- < 100	1	
	- > 100/min'	2	
RESPIRO SPONTANEO	- Assente	0	
	- Debole	1	
	- Buono: vagito	2	
TONO MUSCOLARE	- Flaccido	0	
	- Debole flessione delle estremità	1	
	- Forte flessione delle estremità	2	
ECCITABILITA' RIFLESSA	- Nessuna risposta	0	
	- Risposta debole	1	
	- Pianto vigoroso	2	
COLORITO	- Cianotico o pallido	0	
	- Corpo roseo, estremità cianotiche	1	
	- Uniformemente roseo	2	
TOTALE valutazione: medica <input type="checkbox"/> ostetrica <input type="checkbox"/>			

ESAME CLINICO ALL'INGRESSO

Eseguito il alle ore dal dott. Firma

		Anomalie e annotazioni
Malformazioni	NO <input type="checkbox"/>	
Facies	Normale <input type="checkbox"/>	
Cute	Normale <input type="checkbox"/>	
Testa e collo	Normale <input type="checkbox"/>	
Fontanelle e suture	Normale <input type="checkbox"/>	
Orecchie	Normale <input type="checkbox"/>	
Occhi	Normale <input type="checkbox"/>	
Riflesso rosso	Presente <input type="checkbox"/>	
Naso	Normale <input type="checkbox"/>	
Orofaringe e palato	Normale <input type="checkbox"/>	
Pervietà coane e esofago	SI' <input type="checkbox"/>	
Arti superiori e clavicole	Normale <input type="checkbox"/>	
Colonna vertebrale	Normale <input type="checkbox"/>	
Arti inferiori	Normale <input type="checkbox"/>	
Manovra di Ortolani	Negativa <input type="checkbox"/>	
App. respiratorio	Normale <input type="checkbox"/> F.R. ____/m'
Cuore	Normale <input type="checkbox"/> F.C. ____/m'
Polsi femorali	Presenti <input type="checkbox"/>	
Genitali esterni	Normali <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Addome	Normale <input type="checkbox"/>	
Ombelico	Normale <input type="checkbox"/>	
Fegato e milza	Nei limiti <input type="checkbox"/>	
Ano	Pervio <input type="checkbox"/>	
Reattività e tono muscolare	Normale <input type="checkbox"/>	
Riflesso di Moro	Presente <input type="checkbox"/>	
Altri riflessi	Presenti <input type="checkbox"/>	

Annotazioni aggiuntive.....

Giudizio clinico generale (diagnosi presuntiva, problemi, programma diagnostico assistenziale)

GRUPPO MATERNO Rh GRUPPO NEONATO Rh Coombs diretto

ESAME CLINICO ALLA DIMISSIONE

Eseguito il alle ore dal dott. Firma

		Anomalie e annotazioni
Malformazioni	NO <input type="checkbox"/>	
Cute	Normale <input type="checkbox"/>	
Testa e collo	Normale <input type="checkbox"/>	
Fontanelle e suture	Normale <input type="checkbox"/>	
Orecchie	Normale <input type="checkbox"/>	
Occhi	Normale <input type="checkbox"/>	
Riflesso rosso	Presente <input type="checkbox"/>	
Naso	Normale <input type="checkbox"/>	
Orofaringe e palato	Normale <input type="checkbox"/>	
Arti superiori e clavicole	Normale <input type="checkbox"/>	
Colonna vertebrale	Normale <input type="checkbox"/>	
Arti inferiori	Normale <input type="checkbox"/>	
Manovra di Ortolani	Negativa <input type="checkbox"/>	
App. respiratorio	Normale <input type="checkbox"/> F.R. ____/m'
Cuore	Normale <input type="checkbox"/> F.C. ____/m'
Polsi femorali	Presenti <input type="checkbox"/>	
Genitali	Normali <input type="checkbox"/>	
Addome	Normale <input type="checkbox"/>	
Ombelico	Normale <input type="checkbox"/>	
Fegato e milza	Nei limiti <input type="checkbox"/>	
Reattività e tono muscolare	Normale <input type="checkbox"/>	
Riflesso di Moro	Presente <input type="checkbox"/>	
Altri riflessi	Presenti <input type="checkbox"/>	

SCREENING CARDIOLOGICO SpO2 mano dx% SpO2 piede % Normale ☐ Patologico ☐
 Data / / h : Firma

SCREENING NEONATALE	OTOEMISSIONI								
Eseguito il / / Firma 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">OT dx Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">OT sn Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Data / /</td> <td>Data / /</td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td>Firma</td> </tr> </table>	OT dx Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>	OT sn Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>	Data / /	Data / /	Firma	Firma		
OT dx Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>	OT sn Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>								
Data / /	Data / /								
Firma	Firma								
2° SCREENING data / / Firma 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">PRESCRIZIONI ALLA DIMISSIONE</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Alimentazione: Terapia:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Visita di controllo il ore</td> </tr> <tr> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>	PRESCRIZIONI ALLA DIMISSIONE		Alimentazione: Terapia:		Visita di controllo il ore	
PRESCRIZIONI ALLA DIMISSIONE									
Alimentazione: Terapia:									
Visita di controllo il ore									
.....									