

CARTELLA OSTETRICA

PADRE DEL NASCITURO: Cognome e Nome.....

Nato a..... il

Professione..... Titolo di studio.....

Residente a..... Via.....

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA

ANNO	E.G.	Complicazioni in gravidanza	PARTO – ABORTO I.V.G.	Puerperio	Allattamento	Neonato (sesso, peso, stato)

STATO IMMUNOLOGICO

Test di Coombs Indiretto	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
HbsAg	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
HCV	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
HIV	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
Rubeo Test	<input type="checkbox"/> IMMUNE	<input type="checkbox"/> RECETTIVA	<input type="checkbox"/> N.V.
Toxo Test	<input type="checkbox"/> IMMUNE.....	<input type="checkbox"/> RECETTIVA	<input type="checkbox"/> N.V.
CMV	<input type="checkbox"/> IMMUNE	<input type="checkbox"/> RECETTIVA	<input type="checkbox"/> N.V.
VDRL-TPHA	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
G.B.S.	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> N.V.
Altro	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

GRAVIDANZA ATTUALE

U.M./...../..... CERTA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	E.P.P./...../..... E.P.P. U.S./...../.....
Gravidanza spontanea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indotta con	

DECORSO CLINICO

<input type="checkbox"/> Amniocentesi:	<input type="checkbox"/> Villocentesi:	<input type="checkbox"/> Funicolocentesi:
<input type="checkbox"/> Ecografia per datazione	<input type="checkbox"/> Indagini non invasive rischio cromosomico	
<input type="checkbox"/> Ecografia 20-22w	<input type="checkbox"/> Ecografia 30-32w	
<input type="checkbox"/> Metrorragia: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> Cerchiaggio	<input type="checkbox"/> M.P.P. Sett.:
<input type="checkbox"/> Polidramnios	<input type="checkbox"/> Oligoidramnios	<input type="checkbox"/> Anidramnios
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Proteinuria	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia
<input type="checkbox"/> Iposviluppo fetale: <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> Macrosomia	<input type="checkbox"/> Malformazioni fetali:
<input type="checkbox"/> Diabete gestazionale	<input type="checkbox"/> Tratto Btalassemico	<input type="checkbox"/> Miomi
<input type="checkbox"/> I.V.U.	<input type="checkbox"/> Farmaci in gravidanza	
Tampone vagino-rettale per ricerca streptococco gruppo β: <input type="checkbox"/> POS..... <input type="checkbox"/> NEG.....		
Altro		

BILANCIO DI SALUTE: E.G.: Peso, altezza, B.M.I.: P.A.: Stick urine: B.C.F.: L.S.F.:
Data:	

DATA PARTO: **ORA:** **E.G.:**

Ostetrica: Medico: Assistente:

Anestesista: Tipo anestesia:

PARTO: ☐ Spontaneo ☐ Indotto ☐ Ventosa ☐ Forcipe ☐ TC ☐ Kristeller (n°.....)

Posizione al parto:

SECONDAMENTO: Ore: ☐ Spontaneo ☐ Con manovre ☐ Syntocinon:

Perdita ematica cc:

Placenta: ☐ Completa ☐ Incompleta: Morfologia: Peso:

Perineo: ☐ Integro ☐ Abrasione ☐ Lacerazione: ☐ Episiotomia:

Sutura:

Funicolo: cm: Nodi: Giri: Inserzione:

Note:

.....

NEONATO

Cognome e Nome: Sesso: ☐ M ☐ F

Gruppo funicolo: Donazione sangue placentare: ☐ NO ☐ SI:cc

APGAR: Dopo 1': Dopo 5': Dopo 10':

Presentazione:

Funicolo: n° vasi: Tagliato ore:

Peso:g; Lunghezza:cm; Circ. cranica:cm; Malformazioni:

Pianto e consolabilità: Aspirazione mucosità: ☐ NO ☐ SI

Rianimazione: ☐ NO ☐ SI: Prima suzione ore: Durata:

Note:

.....

POST PARTUM

ORE	PAOS	C.U.	FU/OT	LOCHIAZIONI	FARMACI	FIRMA

Note:

.....

.....

Firma operatore:

RICOVERO:**DATA****ORA****MOTIVO DEL RICOVERO:**

.....

.....

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO ALL'INGRESSO

E.G.: PAOS: F.C.: T°:

Peso finale kg: Aumento ponderale kg:

Edemi:

Varici ☐ SI ☐ NO Proteinuria ☐ SI ☐ NO**VISITA OSTETRICA:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stato membrane: ☐ Integre ☐ Rottura alta ☐ Rottura bassa**Data rottura membrane:** **Ora:****Liquido amniotico:** ☐ Limpido ☐ Tinto 1 ☐ Tinto 2 ☐ Tinto 3**G.B.S.:** ☐ Positivo ☐ Negativo

Presentazione..... Situazione Dorso LSF.....

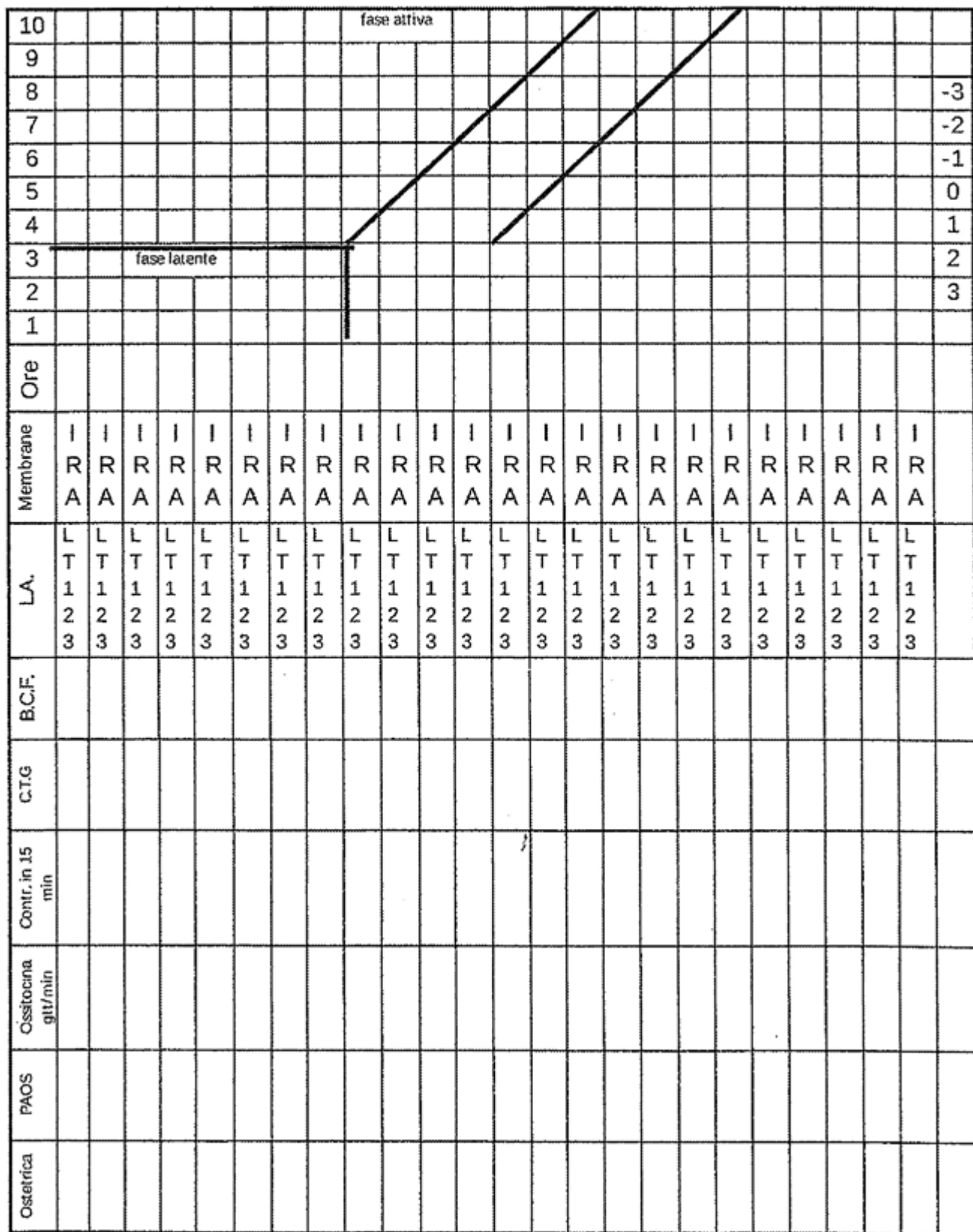
B.C.F. ☐ Percepito regolare ☐ Assente ☐ Patologico:M.A.F. ☐ Regolari ☐ Diminuiti o assenti da:Attività contrattile ☐ Assente ☐ Sporadica ☐ Ritmica (< 10/min) da:Marcatura ☐ SI ☐ NO

BISHOP'S SCORE	0	1	2	3
Livello parte presentata	-4	-2	0	+2
Dilatazione collo (cm)	0	1-2	3-4	>0=5
Lunghezza collo (cm)	3	2	1	0
Consistenza collo	Rigido	intermedio	soffice	
Posizione collo	Posteriore	centrale	anteriore	

Firma Operatore:

PARTOGRAMMA

Cognome: Nome: Data:



Fisiologia Ginecologica

Menarca età U.M. il ☐ Spontanea h Provocata

Cicli successivi ☐ Regolari ☐ Irregolari Ritmo: Durata: Quantità: Dolore:

Menopausa: Età ☐ Fisiologia ☐ Chirurgia ☐ Farmacologia ☐ Radiante

Contraccezione orale ☐ NO ☐ SI Terapia ormonale sostitutiva ☐ NO ☐ SI

Ultimo Pap-test:

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA

ABORTI	GEU	P.S.	PARTI OPERATIVI	TAGLI CESAREI	TOTALE GRAVIDANZE
Eventuali complicanze:					

ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO

Genitali esterni:

Vagina:

Collo uterino:

Corpo uterino:

Annessi:

Esame allo speculum:

Visita rettale:

ESAME SENOLOGICO:

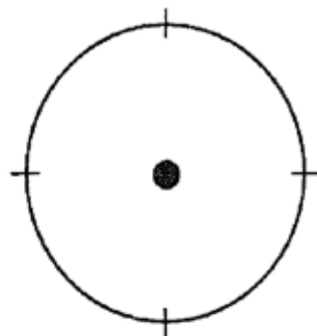
Mammografia: ☐ NO ☐ SI : Data e referto dell'ultima

DIAGNOSI D'INGRESSO:

TERAPIA PROPOSTA:

ESAMI STRUMENTALI

COLPOSCOPIA - VULVOSCOPIA



DATA: ORA: MEDICO:

ISTEROSCOPIA

DATA: ORA: MEDICO:

ECOGRAFIA

DATA: ORA: MEDICO:

ALTRO

DATA: ORA: MEDICO:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

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

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

52

E.O. ALL'INGRESSO

- ☐
- Nulla di rilevante

- ☐
- Altro:

2

DESCRIZIONE TRAVAGLIO[illegible]

Dove la sezione VISITE/NOTE deve permettere la raccolta delle informazioni come da schema sottostante:

Seguono alcuni screenshot del software attualmente in uso per la memorizzazione delle informazioni.

Dati Anagrafici

ATTIVITA'

Salva
Stampa
Convalida
Annulla certificato
Dati sanitari
Ripristina
Esci

Informazioni relative alla madre

☐ Anonimo

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____

Comune di nascita _____ Codice fiscale _____ Codice ISI _____

Comune di residenza _____ Indirizzo _____ N° _____ Telefono _____

Regione di residenza _____ ASL di residenza _____ Numero agenda di gravidanza _____

Titolo di studio _____ Condizione professionale _____ Posizione nella professione _____ Attività economica _____

Stato Civile _____ Data matrimonio ____/____/____

Informazioni relative al padre

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____ Copia dati residenza

Comune di nascita _____ Comune di residenza _____ Regione di residenza _____

Indirizzo _____ N° _____ Telefono _____ ASL di residenza _____

Titolo di studio _____ Condizione professionale _____ Posizione nella professione _____ Attività economica _____

CERTIFICATO DA CONVALIDARE

Figura 1 – Anagrafica Padre e Madre

Anno : 2021 Certificato : 9999 999 999

ATTIVITA'

Salva
Stampa
Convalida
Annulla certificato
Ricerca altri certificati
Esci

Controlli in gravidanza

Percorso nascita

Data u. m. ____/____/____ Percorso seguito in _____

Numero visite (BdS) _____ I° visita e. g. _____

BdS a 36-37 sett. in PN ☐ No ☐ Si

Agenda di gravidanza Ritirata ☐ No ☐ Si Portata al PN ☐ No ☐ Si Compilata ☐ No ☐ Si

Incontri di accompagnamento alla nascita

Frequentati ☐ No ☐ Si

☐ Frequentato in gravidanze precedenti

Luogo _____

Indagini Prenatali

Eco

Ecografie di screening

☐ I° Trimestre e.g. _____

☐ II° Trimestre e.g. _____

N. Tot. Ecografie: _____

Altre ecografie

N. eco su indicazione clinica referate _____

N. altre eco _____

Segnalazioni _____

Screening/Diagnostica invasiva

	No	Si	No	Si
Solo Tri Test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amniocentesi	<input type="radio"/>
Solo TN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Villi Coriali	<input type="radio"/>
Test Combinato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fetoscopia/Funicolocentesi	<input type="radio"/>
Test Integrato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ricerca DNA fetale su sangue materno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Esami infettivologici

	Vaccinata	Rifer./Docum.		No	Si	Pos.	Neg.
Epatite B	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	<input type="radio"/>	HBs Ag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rosolia	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	<input type="radio"/>	Rubeo test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toxo test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infezioni genito-urinarie in gravidanza	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si						

Esami per Gruppo / Compatibilità

Gruppo sanguigno madre _____ Coombs ☐ Negativo ☐ Positivo

Profilassi Rh a 28 sett. ☐ No ☐ Si

Profilassi Rh al parto ☐ No ☐ Si

CERTIFICATO DA CONVALIDARE

Figura 2 - CEDAP Controlli Gravidanza

Anno : 2021 Certificato : 9999 999 999

ATTIVITA'

Salva
Stampa
Convalida
Annulla certificato
Ricerca altri certificati

Controlli in gravidanza

Decorso

☐ Fisiologico senza fattori di rischio
☐ Fisiologico con fattori di rischio
☐ Patologico **Patologie**

Difetto accr. fetale ☐ No ☐ Si **evidenziato**

Misurazione sinfisi-fondo ☐ No ☐ Si (almeno 4 misurazioni)

Incremento ponderale IMC (BMI)

Ricoveri in gravidanza **Cause ricoveri**

Farmaci in gravidanza

☐ terapeutici
☐ integratori

Anamnesi ostetrica

Gravidanze precedenti Parti n°
 Aborti Spontanei di cui T.C.
 IVG Data ultimo parto / /
 Nati morti Nati vivi
 Nati < 37 settimana

Patologia gravidanze pregresse
☐ No ☐ Si **Tipo patologia gravidanze pregresse**
 materna in gravidanza
 legata al puerperio
 fetale

Anamnesi e decorso gravidanza

Procreazione medico/assistita

☐ No ☐ Si **Tecnica utilizzata**

Anamnesi personale e familiare

Acido Folico ☐ No ☐ Si **Assunzione folico**
 Fumo ☐ No ☐ Si
 Alcool ☐ No ☐ Si
 Mutilazioni genitali femminili ☐ No ☐ Si

Sostanze

Consanguineità genitori

Patologia cronica materna
 malattie infettive
 malattie tumorali
 malattie endocrine

Patologie familiari
 malattie infettive
 malattie tumorali
 malattie endocrine

Definizione delle patologie

Anamnesi fratelli

Travaglio / Parto

Neonato

CERTIFICATO DA CONVALIDARE

Figura 3 - Anamnesi e Decorso Gravidanza

Anno : 2021 Certificato : 9999 999 999

ATTIVITA'

Salva
Stampa
Convalida
Annulla certificato
Ricerca altri certificati

Controlli in gravidanza

Anamnesi e decorso gravidanza

Travaglio / Parto

Neonato

Istituto **OSPEDALE SS.PIETRO E PAOLO** Reparto **3702 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA - BOI** Certificato: Numero **9999** Anno **2021** Cartella clinica(Anno e Numero)

Comune di evento **BORGOSIESIA** Data ricovero / / Ora ricovero

Travaglio

Modalità ☐ Prostaglandine ☐ Ossitocina **CTG**
☐ Amnioressi ☐ Meccanica **Partogramma**
Rottura membrane da ore **Auscultazione BCF**
Durata periodo dilatante **Febbre** ☐ No ☐ Si **ATB ev.** **Nr. dosi**
Durata periodo espulsivo

Contenimento dolore in travaglio ☐ No ☐ Si **Anestesia per parto operativo**

Parto

Genere del parto **N°Maschi** **N°Femmine**
Condizioni del perineo **Tipo secondamento**
Perdite ematiche

Note su Liquido amniotico Funicolo Altro

Luogo e Presenze

Luogo del parto ☐ parto a domicilio programmato **Persona di fiducia**
☐ Ostetrica ☐ Ass. one to one ☐ Pediatra ☐ Anestesista ☐ Ginecologo ☐ Altro sanitario

CERTIFICATO DA CONVALIDARE

Figura 4 - CEDAP Travaglio Parto

Anno : 2021 Certificato : 9999 999 999

ATTIVITA'

Salya

Stampa

Convalida

Annulla certificato

Ricerca altri certificati

Esci

Controlli in gravidanza

Anamnesi e decorso gravidanza

Travaglio / Parto

Neonato

N°Ord
Cartella clinica(Anno e Numero)
Data del parto
Ora del parto

Cognome
Nome

Modalità parto
Posizione della donna al parto

Presentazione
Con Kristeller ☐ No ☐ Si
Distocia di spalla ☐ No ☐ Si

Posizione p.p.

Età gestazionale
Settimane
Giorni
E' stata ridatata ☐ No ☐ Si
☐ Nato vivo
Apgar a 1'
Apgar a 5'
☐ Nato morto

Rianimazione

☐ No ☐ Si
☐ Steps iniziali di rianimazione
☐ PPI con maschera
☐ CPAP
☐ Intubazione
☐ Massaggio cardiaco
☐ Farmaci e.v.

Ossigeno
☐ No ☐ Si
☐ No ☐ Si
☐ No ☐ Si

Osservazioni sala parto

☐ Coane
☐ Arterie ombelicali
☐ urine in sala parto
☐ meconio in sala parto

Sesso
☐ M ☐ F ☐ I
Genitali est.
☐ M ☐ F ☐ I
Malformazioni
☐ No ☐ Si

Peso GA
Lunghezza GA
Circ.cranica GA

Prime ore

Pelle-pelle ☐ No ☐ Si
Al seno nella prima ora ☐ No ☐ Si

CERTIFICATO DA CONVALIDARE

Figura 5 - CEDAP Neonato