

Agenda del Percorso Nascita



Regione
Lombardia

Numeri utili

- Call center Prenotazioni e Informazioni sanitarie, numero gratuito da rete fissa **800.638.638**, oppure **02.99.95.99** da rete mobile, a pagamento al costo previsto dal proprio piano tariffario.
- Numero Verde Centro Antiveneni e Tossicologia. Farmaci in gravidanza e in Allattamento **800.883.300**
- Numero Unico di Emergenza **112**
- Numero Anti Violenza e Antistalking **1522**
- Numero di pubblica utilità **1500** - Vaccinazioni

Per informazioni

www.regione.lombardia.it

INDICE

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali	pag. 1
Contatti	pag. 2
Introduzione	pag. 3
Informazioni per la donna	pag. 3
Dati socio-anagrafici della donna	pag. 5
Modulo 1: Accoglienza e scelta modello assistenziale	pag. 6
Colloquio di accoglienza e orientamento	pag. 6
Criteri per l'attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico	pag. 7
Piano Assistenziale Individuale (PAI)	pag. 7
Calendario degli incontri	pag. 8
Calendario degli esami	pag. 10
Calendario dei colloqui/counselling Informativi	pag. 13
Check list prenatale – Alimentazione infantile	pag. 14
Modulo 2: Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita (prenatale)	pag. 15
Accertamento stato di salute della famiglia, della madre e del padre	pag. 15
Informazioni relative al padre del bambino	pag. 15
Accertamento ostetrico della donna	pag. 16
Percorso Nascita	pag. 20
Annotazioni e diario della donna in gravidanza	pag. 21
Modulo 3: Bilancio di Salute Ostetrico, controllo (prenatale)	pag. 22
Grafico Sinfisi-Fondo	pag. 24
Diario Ostetrico, prenatale	pag. 25
Incontri e cure prenatali addizionali	pag. 27
Modulo 4: Bilancio di Salute Ostetrico, postnatale (incontri/colloqui/visite al domicilio, dopo il parto)	
Storia del parto	pag. 28
Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano	pag. 29
Incontro/Colloquio/Visita	pag. 30
Diario Ostetrico, postnatale	pag. 34
Curve di crescita per bambini di sesso maschile da 0 a 6 mesi	pag. 37
Curve di crescita per bambini di sesso femminile da 0 a 6 mesi	pag. 38
Annotazioni e diario della donna dopo la nascita del bambino	pag. 39
Acronimi e abbreviazioni	pag. 40
Allegati	pag. 41

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(D.Lgs. n.196 del 30 Giugno 2003, GDPR n.679/2016)

Gentile Signora,

desideriamo informarLa che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR – *General Data Protection Regulation*) sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, garantendo la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i dati sensibili, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato. In questo caso i dati saranno raccolti e registrati con lo scopo di svolgere le prestazioni professionali richieste nel Percorso Nascita e a scopi statistici ed epidemiologici, tutelando la Sua dignità, riservatezza, identità personale e i Suoi diritti.

Qualifica

Firma

Consenso dell'interessata

Io sottoscritta

.....,
preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per gli scopi indicati nell'informativa.

Data: __/__/____

Firma

CONTATTI

Ostetrica di riferimento	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Ostetrica di riferimento	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Medico di Medicina Generale	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
.....	
Telefono: E-mail:	

.....	Data: ____/____/____
Cognome Nome	
Struttura:	
Telefono: E-mail:	

Per saperne di più

- www.salute.gov.it
- www.ministerosalute.it
- www.regione.lombardia.it
- www.iss.it
- www.unicef.it
- www.pensiamociprima.it
- www.genitoripiu.it
- www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp
- www.promozionesalute.regione.lombardia.it
- www.epicentro.iss.it/index/SaluteMaternoInfantile.asp
- www.salute.gov.it/portale/donna/homeDonna.jsp
- www.who.int/

Parole chiave:

salute donna, salute bambino, gravidanza, percorso nascita fisiologico, allattamento, stili vita sani, promozione salute.

INTRODUZIONE

L'Agenda del Percorso Nascita è uno strumento pensato e realizzato per documentare e accompagnare la donna lungo il percorso della gravidanza e del dopo parto inteso come processo normale e non di malattia, per far vivere l'esperienza in piena consapevolezza e determinazione. La gravidanza, il parto e il puerperio sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia. La maggior parte delle donne in età fertile sono sane e hanno buone ragioni per aspettarsi una gravidanza normale e la nascita di un neonato sano. L'Agenda viene consegnata alla donna; Lei può annotare i dubbi, i desideri e le domande da rivolgere all'ostetrica e a tutti i professionisti che incontra lungo il percorso. Nello stesso modo, l'ostetrica e i professionisti annotano tutto ciò che Le propongono (per esempio esami del sangue, ecografie ecc.), dandole tutte le informazioni necessarie. Alla donna è chiesto di conservarla con cura e di presentarla ad ogni consultazione in modo tale che sia costantemente aggiornata e in grado di attestare l'assistenza fornita. Dal punto di vista clinico-assistenziale il percorso nascita documentato nell'Agenda consiste in una serie di incontri, controlli e colloqui (bilanci di salute ostetrici), sia durante la gravidanza sia durante il puerperio, utili ad ascoltare le richieste della donna e a confermare lo stato di salute suo e quello del bambino. Durante il travaglio ed il parto, la donna verrà presa in carico dai professionisti del luogo in cui ha scelto di partorire.

INFORMAZIONI PER LA DONNA

Che cosa il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia Le propone

Il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia Le propone un'Ostetrica di riferimento, in rete con il Medico specialista in ostetricia e ginecologia, il pediatra e le altre professionalità coinvolte nel Percorso Nascita quali ad esempio il Medico di medicina generale, il Pediatra di libera scelta e altri professionisti, ove necessario.

Dalla letteratura proviene l'indicazione all'assistenza alla donna con decorso fisiologico della gravidanza e parto da parte dell'ostetrica quale modalità associata ad esiti adeguati di salute materni e neonatali, con una riduzione degli interventi (come parti operativi, episiotomia) e ad una maggiore soddisfazione materna. Esistono condizioni che deviano dalla normalità o fisiologia (come diabete, ipertensione, altre malattie o altro); in questi casi il Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia Le propone degli approfondimenti e delle cure in più (addizionali) rispetto a quelle offerte ad una donna che sta bene.

Nel periodo che intercorre tra il momento in cui Lei e il suo partner desiderate un figlio nell'immediato futuro (definito periodo pre-concezionale), Regione Lombardia garantisce incontri di accoglienza / orientamento, gratuiti e ad accesso libero. Gli interventi preventivi proposti ed attuati in questo periodo non possono garantire con sicurezza la nascita di un bambino perfettamente sano, ma hanno l'obiettivo di sostenere quanto di buono già Lei fa, di promuovere stili di vita sani e di ridurre i rischi di alcune malattie.

Primo incontro in gravidanza.

Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita (prenatale, inizio gravidanza)

Il primo incontro in gravidanza, idealmente entro le 10 settimane di gravidanza, permette a Lei di esprimere richieste e all'ostetrica di porre alcune prime domande relative alla sua salute attuale, alla sua salute passata e alla salute dei suoi familiari. Se ha già avuto figli, Le saranno rivolte domande anche sulle precedenti gravidanze. Le domande hanno lo scopo di definire se la sua gravidanza è fisiologica (normale), o se presenta elementi di attenzione che richiedono cure addizionali rispetto a quelle offerte ad una donna che sta bene. Una donna sana, che non ha malattie e che non usa

farmaci, ha un'elevata probabilità di avere una gravidanza normale; in questo caso Le viene presentato un percorso assistenziale con presa in carico da parte di un'ostetrica di riferimento.

Una donna che presenta patologie come diabete o pressione alta, che è in terapia con farmaci o che, durante la gravidanza, manifesti disturbi o sintomi che deviano dalla fisiologia, sarà presa in carico da parte di un Medico specialista ostetrico-ginecologo in collaborazione con l'Ostetrica.

Durante questo primo incontro, pertanto, Le saranno proposti il percorso di assistenza più adeguato (Piano Assistenziale Individuale), un calendario di incontri, alcuni esami del sangue e delle urine. Inoltre, potrà discutere di alcuni temi di salute importanti: ad esempio assumere acido folico, mantenere attività fisica e adeguata alimentazione, astenersi dal fumo e dall'alcol, ed altro ancora. Al termine dell'incontro Le sarà indicato a chi rivolgersi in caso di necessità e verrà fissato l'appuntamento per il bilancio di salute ostetrico successivo.

Bilanci di Salute Ostetrici, controllo (prenatale, in gravidanza)

Negli incontri prenatali definiti Bilanci di Salute Ostetrici - ma anche negli incontri di sostegno e nei colloqui di consultazione - La invitiamo a formulare qualsiasi domanda e ad esprimere qualsiasi dubbio o timore affinché Lei possa trovare risposte. In un decorso normale della gravidanza, l'ostetrica accerterà il suo benessere fisico ed emotivo, il benessere del suo bambino, discuterete degli stili di vita sani da mantenere in gravidanza, e Le descriverà il percorso assistenziale più appropriato per il suo stato di salute. Nel Calendario dei colloqui informativi sono elencati alcuni argomenti da affrontare in gravidanza e dopo il parto. Le raccomandazioni in una gravidanza fisiologica prevedono l'effettuazione di alcuni esami di laboratorio e l'esecuzione di ecografie:

- la prima, da fare entro i primi mesi;
- la seconda, definita ecografia morfologica, si svolge al 5° mese.

Di norma, a partire dalla 24 settimana (6° mese) fino al termine della gravidanza, l'Ostetrica controllerà la crescita del suo bambino grazie alla misurazione della distanza tra la sinfisi pubica e il fondo dell'utero attraverso un centimetro da sarta.

Le offrirà informazioni sugli incontri di accompagnamento alla nascita (training prenatale) e sull'alimentazione del neonato nei primi mesi di vita.

Nell'ultimo periodo della gravidanza, Lei potrà confrontarsi con l'ostetrica rispetto al luogo in cui partorire e alle possibili scelte per la nascita e il dopo-parto, aiutandola a superare i suoi timori.

Le verrà offerto un controllo presso il luogo dove Lei ha scelto di partorire.

Bilanci di Salute Ostetrici, postnatale (dopo il parto)

Gli incontri dopo il parto prevedono dei colloqui, delle visite con l'Ostetrica presso la struttura o, se necessario, anche a domicilio. Anche in questi incontri, La invitiamo a formulare qualsiasi domanda e ad esprimere qualsiasi dubbio o timore affinché Lei e il papà del bambino possiate affrontare con serenità il vostro ruolo genitoriale.

Poiché la **soddisfazione materna**, ovvero la percezione positiva della donna della propria esperienza durante la gravidanza, il parto e il periodo successivo, è altresì determinante per la salute La invitiamo ad annotare il suo vissuto ed ad esprimerlo ai sanitari.

Il sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia ne terrà conto.

DATI SOCIO-ANAGRAFICI DELLA DONNA

Cognome _____ Nome _____ Età _____
 Luogo di Nascita _____ Provincia _____ Nazione _____ Data di nascita ____/____/____
 Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____
 Comune di Residenza _____ Indirizzo _____ Prov (____)
 Domicilio (se diverso da Residenza) _____
 Telefono _____ e-mail _____
 Lingua parlata _____ Richiesta interprete/mediatore culturale [NO] [SI]
 Codice Straniero Temporaneamente Presente (S.T.P.) _____ Data rilascio ____/____/____

INFORMAZIONI ATTIVITA' LAVORATIVA (da CeDAP)					
CONDIZIONE PROFESSIONALE	POSIZIONE NELLA PROFESSIONE		RAMO DELL'ATTIVITA' ECONOMICA		
<input type="checkbox"/> Occupata	<input type="checkbox"/> Imprenditrice o Libera professionista		<input type="checkbox"/> Agricoltura, caccia, pesca		
<input type="checkbox"/> Disoccupata	<input type="checkbox"/> altro. Lavoratrice autonoma		<input type="checkbox"/> Industria		
<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Dirigente o direttivo		<input type="checkbox"/> commercio / Pubblici servizi / alberghi		
<input type="checkbox"/> Studentessa	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Impiegata		<input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione		
<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Operaia		<input type="checkbox"/> Altri servizi privati		
<input type="checkbox"/> Ritirata dal lavoro	<input type="checkbox"/> altro (apprendista, a domicilio, ...)				
<input type="checkbox"/> Altra condizione					
TITOLO DI STUDIO					
<input type="checkbox"/> Laurea/ Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria II grado (superiore)	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria I grado (media)	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Altro
STATO CIVILE					
<input type="checkbox"/> Nubile	<input type="checkbox"/> Separata	<input type="checkbox"/> Divorziata	<input type="checkbox"/> Vedova	<input type="checkbox"/> Coniugata Data matrimonio ____/____/____	<input type="checkbox"/> non dichiarato

Dati* relativi al PADRE del bambino

Cittadinanza _____ Telefono _____
 Comune di Residenza _____ Indirizzo _____ Prov (____)

INFORMAZIONI ATTIVITA' LAVORATIVA (da CeDAP)					
CONDIZIONE PROFESSIONALE	POSIZIONE NELLA PROFESSIONE		RAMO DELL'ATTIVITA' ECONOMICA		
<input type="checkbox"/> Occupato	<input type="checkbox"/> Imprenditore o Libero professionista		<input type="checkbox"/> Agricoltura, caccia, pesca		
<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> altro. Lavoratore autonomo		<input type="checkbox"/> Industria		
<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Dirigente o direttivo		<input type="checkbox"/> commercio / Pubblici servizi / alberghi		
<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Impiegato		<input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione		
<input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro	<input type="checkbox"/> Lavoro dipendente: Operaio		<input type="checkbox"/> Altri servizi privati		
<input type="checkbox"/> Altra condizione	<input type="checkbox"/> altro lavoro dipendente (apprendista, a domicilio, ...)				
TITOLO DI STUDIO					
<input type="checkbox"/> Laurea/ Diploma universitario	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria II grado (superiore)	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria I grado (media)	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Altro
STATO CIVILE					
<input type="checkbox"/> Celibe	<input type="checkbox"/> Separato	<input type="checkbox"/> Divorziato	<input type="checkbox"/> Vedovo	<input type="checkbox"/> Coniugato	<input type="checkbox"/> non dichiarato

* da non compilare qualora si ritenga di non fornire i dati socio anagrafici

Criteria per attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico			
STORIA OSTETRICA	SI	NO	NOTE
Morte endouterina fetale o morte neonatale precedente			
3 o più aborti spontanei consecutivi *			
Peso neonatale al parto < 2500 g			
Peso neonatale al parto > 4500 g			
Ultima gravidanza: ricovero in ospedale per ipertensione o pre-eclampsia/eclampsia			
Chirurgia pregressa all'apparato riproduttivo *			
GRAVIDANZA ATTUALE			
Diagnosi o sospetta presenza di gravidanza multipla			
Età < 16 anni			
Età > 40 anni			
Isoimmunizzazione Rh nella gravidanza attuale o nella precedente			
Sanguinamento vaginale			
Massa pelvica			
Pressione arteriosa diastolica ≥ 90 mm Hg al primo incontro			
SALUTE GENERALE			
Diabete mellito insulino-dipendente			
Patologie renali			
Patologie cardiache			
Abuso di sostanze stupefacenti o di alcol			
Altre malattie o condizioni severe (ad esempio IMC ≥35)			

(WHO 2002, modificato)

(*) criterio che consente di offrire alle donne il Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica avvalendosi, se necessario, di consulenza di Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia e/o di altri Specialisti.

Criteria per individuare le donne che richiedono supporto ostetrico e/o sociale e counselling ostetrico informativo aggiuntivo (NICE, 2010, 2014)

- Abuso di sostanze
- Stato di povertà
- Donne recentemente immigrate/esiliate/rifugiate
- Vittime di abuso domestico
- Donne senza dimora
- Difficoltà nel parlare o comprendere la lingua italiana
- Età inferiore a 20 anni
- Note

Piano Assistenziale Individuale (PAI)
<input type="checkbox"/> Assenza di criteri o presenza di (*): Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o.
<input type="checkbox"/> Presenza di uno o più criteri: Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico da parte del Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia che individua le cure e le prestazioni aggiuntive, in collaborazione con l'Ostetrica.

Firma della Donna _____

Firma e qualifica _____

Calendario degli incontri			
INCONTRI in base all'ultima mestruazione	DATA, ORA,	LUOGO	Indicare le PRESTAZIONI
Prima del concepimento			
Entro 10 settimane gestazionali o comunque al primo accesso			
Tra 11 settimane ^{+0g} e 13 settimane ^{+6 gg}			
Tra 14 e 18 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 19 settimane ⁺⁰ e 21 settimane ⁺⁰			
Di norma, dalla 20 settimana di gestazione			
Tra 19 e 23 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 24 e 27 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Tra 28 e 32 ⁺⁶ settimane gestazionali			

Tra 33 e 37 ⁺⁶ settimane gestazionali			
Dalla 38 settimana gestazionale		PRESSO PUNTO NASCITA SCELTO	
Dalla 41 settimana gestazionale		PRESSO PUNTO NASCITA SCELTO	
INCONTRI \ ACCESSI dopo il parto	DATA, ORA	LUOGO	Indicare le PRESTAZIONI
Entro giorni dal parto			
Entro ... giorni dal parto			
Entro 6-8 settimane dal parto			

Considerare le seguenti prestazioni:

COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO
 COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE
 COLLOQUIO DI SOSTEGNO
 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA
 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO
 PRIMA VISITA OSTETRICA
 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO
 ECOGRAFIA OSTETRICA
 TRAINING PRENATALE
 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI (gravidanza /percorso nascita /allattamento)
 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI (sostegno genitorialità)
 INCONTRI DI GRUPPO CON UTENTI
 INCONTRI DI GRUPPO DI AUTO MUTUO-AIUTO
 VISITA AL DOMICILIO
 PRIMA VISITA GINECOLOGICA
 VISITA GINECOLOGICA CONTROLLO

Considerare

LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE dTpa DALLA 28 SETTIMANA DI GRAVIDANZA E ANTINFLUENZALE ALL'INIZIO DELLA STAGIONE EPIDEMICA.

Calendario degli esami						
Epoca gestazionale	Preconcepimento 0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data/ EG						
Gruppo ABO, Rh(D)	<input type="checkbox"/>					
Anticorpi anti eritrociti Coombs Indiretto	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Emocromo GR x 10 ¹² /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GB x 10 ⁹ /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hb g\dl	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCHC	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCV x 10 ⁹ /l	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCT	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLT	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hb-Emoglobine (HbA2, HbF, Hb Anomale)	<input type="checkbox"/>					
Glucosio	<input type="checkbox"/>					
Urine Esame completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinocoltura	<input type="checkbox"/>					
HIV 1-2	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
HBV						<input type="checkbox"/>
TPHA VDRL	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Virus Rosolia IgG/ IgM * ripetere in caso di negatività entro la 17 settimana	<input type="checkbox"/> IMMUNE ○ SI ○ NO	* <input type="checkbox"/>				
Toxoplasma IgG/IgM * ripetere in caso di negatività	<input type="checkbox"/> IMMUNE ○ SI ○ NO	* <input type="checkbox"/>				

Epoca gestazionale	Preconcepimento 0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data, EG						
Tampone GBS vagino-rettale						<input type="checkbox"/> Raccomandato a 36-37 settimane
Firma e qualifica						

Epoca gestazionale	0 < 13 ⁺⁶	14-18 ⁺⁶	19-23 ⁺⁶	24-27 ⁺⁶	28-32 ⁺⁶	33-37 ⁺⁶
Data, EG						
Screening diabete Glucosio basale e seriale. OGTT 75 g		<input type="checkbox"/> Raccomandato a 16-18 settimane presenza di fattori di rischio		<input type="checkbox"/> Raccomandato a 24-28 settimane presenza di fattori di rischio		
				#		
Esame colturale dell'urina in caso di batteriuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIRUS EPATITE C	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					#
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					
NEISSERIA GONORRHOEAE	<input type="checkbox"/> presenza di fattori di rischio					
Firma e qualifica						

Note alla Tabella del Calendario degli esami

La tabella serve per contrassegnare la data, l'epoca gestazionale e la prestazione effettuata. Qualora si decida di riportare in via eccezionale qualche valore, il dato trascritto va firmato. I referti possono essere allegati all'Agenda del Percorso Nascita.

Le caselle BIANCHE con il simbolo indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione è raccomandata, fatto salvo non sia stata eseguita in precedenza. Di converso, le caselle GRIGIE indicano le settimane in cui l'esecuzione della prestazione non è prevista, fatto salvo prescrizioni addizionali al caso concreto. La casella che riporta il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998

Esami ecografici

Epoca gestazionale	primo trimestre	tra 19 ⁺⁰ e 21 ⁺⁰	tra 28 ⁺⁰ e 32 ⁺⁶	dalla 41 ⁺⁰	NOTE
Data, EG					
ECOGRAFIA OSTETRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ECOGRAFIA OSTETRICA			*		Il simbolo * indica l'esecuzione in caso di sospetta patologia fetale e/o annessiale o materna (DPCM 12/01/ 2017). Il simbolo # indica che la prestazione è inclusa nel DM 10/09/1998
			#		

Screening e diagnosi prenatale

			DATA	EG	NOTE
SCREENING	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> R- HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A incluso a CONSULENZA PRE E POST TEST COMBINATO associato a <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE (tra 11 ⁺⁰ e 13 ⁺⁶)			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> (ALTRO)			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> (ALTRO)			
DIAGNOSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Villocentesi <input type="checkbox"/> Amniocentesi <input type="checkbox"/>			

Calendario dei colloqui\counselling informativi				
Indicazione		Periodo raccomandato	Data	Firma
<input type="checkbox"/>	ACIDO FOLICO	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	FUMO E ALCOL	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ATTIVITÀ FISICA	pre-concezionale I-II Trimestre postnatale		
<input type="checkbox"/>	STILE DI VITA SANO IN GRAVIDANZA	pre-concezionale I-II-III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	SCREENING, DIAGNOSI PRENATALE	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	TUTELA LAVORATIVA	pre-concezionale I Trimestre		
<input type="checkbox"/>	VIOLENZA DOMESTICA	pre-concezionale I, II, III Trimestre postnatale		
<input type="checkbox"/>	SICUREZZA della Donna IN AUTO	II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI	pre-concezionale II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	II Trimestre		
<input type="checkbox"/>	VACCINAZIONI	pre-concezionale, pre e postnatale		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE INFANTILE – ALLATTAMENTO - (Checklist prenatale Oms – Unicef)	prenatale		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE ALLATTANO (Checklist postnatale Oms –Unicef)	postnatale		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI TRAVAGLIO E PARTO	III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	SICUREZZA del Neonato IN AUTO e IN CASA	III Trimestre, periodo postnatale		
<input type="checkbox"/>	METTERE il Neonato A DORMIRE A PANCIA IN SU	III Trimestre, periodo postnatale		
<input type="checkbox"/>	SCREENING NEONATALI	III Trimestre		
<input type="checkbox"/>	ALIMENTAZIONE CON SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (Oms – Unicef)	prenatale, Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE UTILIZZANO SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (Oms-Unicef)	postnatale Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	PREPARAZIONE e SOMMINISTRAZIONE SOSTITUTI DEL LATTE (FORMULA)	Solo se indicato		
<input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare)			
<input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare)			

Checklist prenatale – Alimentazione infantile

http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

Data presunta del parto: _____ **Data compimento 34a settimana di gestazione:** _____

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34ª settimana. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare.

Primigravida	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Precedente allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dove _____
Opuscolo allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

Argomento Discusso *	Data	Firma
Importanza dell'allattamento esclusivo: <input type="checkbox"/> benefici per bambino e mamma; <input type="checkbox"/> raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari; <input type="checkbox"/> rischi dell'alimentazione artificiale; <input type="checkbox"/> rischi dell'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione.	_____	_____
Un buon inizio: <input type="checkbox"/> contatto pelle/pelle precoce e prolungato; <input type="checkbox"/> attacco precoce ed efficace; <input type="checkbox"/> allattamento a richiesta, guidato dal bambino; <input type="checkbox"/> segnali di fame (precoci – tardivi); <input type="checkbox"/> importanza di tenere vicino il bambino giorno e notte in ospedale e a casa: rooming-in.	_____	_____
Un buon attacco: <input type="checkbox"/> posizionamento e attacco efficaci; <input type="checkbox"/> segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte; <input type="checkbox"/> segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale e emissione di feci e urine).	_____	_____
Spremitura manuale: <input type="checkbox"/> dimostrazione pratica; <input type="checkbox"/> quando può essere utile	_____	_____
Problematiche più frequenti: <input type="checkbox"/> ragadi, ingorgo, mastite; <input type="checkbox"/> prevenzione e gestione; <input type="checkbox"/> mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal Bambino (ricovero, rientro al lavoro, ecc...); <input type="checkbox"/> condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.	_____	_____
Fisiologia del travaglio e del parto (Cure Amiche) <input type="checkbox"/> possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto <input type="checkbox"/> possibilità di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio <input type="checkbox"/> possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio <input type="checkbox"/> possibilità di scegliere la posizione in cui partorire <input type="checkbox"/> alternative ai farmaci per il dolore durante il parto e i loro effetti sulla madre e sul neonato <input type="checkbox"/> informazioni adeguate per procedure invasive	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità		

*annotare eventuale rifiuto

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

.....

MODULO 2. BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA (prenatale)

Data ____/____/____

Accertamento stato di salute della famiglia, della madre e del padre <i>WHO, 2008, modificato</i>				
RIFERITO SOLO ALLA FAMIGLIA MATERNA (FM)	FM	RIFERITO ALLA FAMIGLIA MATERNA (FM) E ALLA FAMIGLIA PATERNA (FP)	FM	FP
Diabete		Malformazioni/anomalie cromosomiche. Specificare:		
Patologie cardiovascolari		Patologie geneticamente trasmissibili. Specificare:		
Preeclampsia/eclampsia		Gravi disturbi mentali. Specificare:		
Aborti ricorrenti o morti endouterine		Patologie ricorrenti. Specificare:		
Tromboembolismo Venoso				
Patologie neoplastiche genitali-mammella				
Informazioni aggiuntive				

Informazioni relative al padre del bambino
Patologie /interventi chirurgici
Farmaci
Stili di Vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica ...)
Consanguineità: <input type="checkbox"/> NO; <input type="checkbox"/> SI; parenti di grado (specificare)
Informazioni aggiuntive

Accertamento ostetrico della donna
ATTIVITÀ LAVORATIVA
Esposizione a fattori di rischio: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, specificare..... A) <input type="checkbox"/> Modifica condizioni\orario di lavoro; <input type="checkbox"/> Interdizione al lavoro; B) <input type="checkbox"/> Astensione anticipata dal lavoro a settimane <input type="checkbox"/> Astensione obbligatoria dal lavoro a settimane <input type="checkbox"/> Astensione posticipata dal lavoro a settimane
ALIMENTAZIONE
Dieta mediterranea <input type="checkbox"/> ; Onnivora <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Caffè/tè al giorno: n° Integratori micronutrienti/vitaminici Esigenze nutrizionali specifiche (esempio allergie) Note:
ALCOL
<input type="checkbox"/> Astemia; <input type="checkbox"/> Sospeso all'inizio della gravidanza; <input type="checkbox"/> Beve 1-2 Unità Alcolica/Settimana; <input type="checkbox"/> Beve 1 Unità Alcolica al giorno; <input type="checkbox"/> Beve > 1 Unità Alcolica al giorno. L'Unità Alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Ove necessario, procedere con Tweak Test Punteggio Tweak Test: <input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/> ≥ 3
FUMO
<input type="checkbox"/> no, mai <input type="checkbox"/> sì, sospeso da almeno un anno <input type="checkbox"/> sì, sospeso in gravidanza (dalla ___+__ settimana gestazionale) <input type="checkbox"/> sì, fumatrice attuale (n° ___ sigarette\die) → procedere con Test di West Punteggio Test di West: Grado di dipendenza: [bassa] [alta] Grado di motivazione: [basso] [alto]
SOSTANZE STUPEFACENTI
Assunzione di sostanze stupefacenti prima della gravidanza: [NO] [SI] Assunzione di sostanze stupefacenti durante la gravidanza: [NO] [SI] Note:
ATTIVITÀ FISICA
Cammina più di 30 minuti consecutivi alla settimana: [] SI, 2 o più volte; [] SI, meno di 2 volte; NO [] Note: (specificare altra attività fisica)
METODI DI CURA
<input type="checkbox"/> Medicina convenzionale <input type="checkbox"/> Medicina non convenzionale Altro
ATTIVITÀ SESSUALE
Note:

SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO <input type="checkbox"/> FRATTURE PELVICHE O AGLI ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRO	SISTEMA RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> ALTRO
SISTEMA IMMUNOLOGICO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> MALATTIE AUTOIMMUNI <input type="checkbox"/> ALTRO Anamnesi vaccinale <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> ALTRO	SISTEMA URINARIO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> INFEZIONI VIE URINARIE <input type="checkbox"/> INCONTINENZA URINARIA <input type="checkbox"/> ALTRO
SISTEMA NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> EMICRANIA <input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> SCLEROSI MULTIPLA <input type="checkbox"/> ALTRO	INFEZIONI PREGRESSE <input type="checkbox"/> Comuni Esantemi Infantili <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> VDRL - TPHA <input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> NESSUN INTERVENTO CHIRURGICO PREGRESSO <input type="checkbox"/> PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI (generali)	

Sistema genitale e funzione riproduttiva

MENARCA Anni CICLI MESTRUALI: <input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> IRREGOLARI RITMOgiorni Note.....
ULTIMO Pap-Test in data __ / __ / ____ Esito.....
CONTRACCEZIONE [NO] [SI] specificare Sospesa il __ / __ / ____
SISTEMA GENITALE E FUNZIONE RIPRODUTTIVA <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> PRECEDENTE INFERTILITÀ/SUBFERTILITÀ <input type="checkbox"/> INFEZIONI DELL' APPARATO GENITALE <input type="checkbox"/> PRECEDENTI INTERVENTI GINECOLOGICI <input type="checkbox"/> PATOLOGIE OVARICHE DISFUNZIONALI <input type="checkbox"/> ENDOMETRIOSI Note

Anamnesi ostetrica

n° Gravidanze ____ n° Parità ____ n° Taglio Cesareo ____ n° RCU ____ n° GEU ____
 Revisione Cavità Uterina Gravidanza Extrauterina

Madre	Anno				
	Epoca gestazionale				
	Esito della gravidanza	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Parto
	Decorso gravidanza				
Madre	Modalità di travaglio: (*indicazione)	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> indotto* <input type="checkbox"/> assenza di travaglio <input type="checkbox"/> accelerato*
	Metodiche contenimento del dolore	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche			
	Modalità di parto: (*indicazione)	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*	<input type="checkbox"/> spontaneo/normale <input type="checkbox"/> operativo TC * urgente <input type="checkbox"/> operativo TC * programmato <input type="checkbox"/> parto strumentale*
	Perineo	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III – IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III – IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III – IV grado	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Episiotomia <input type="checkbox"/> III – IV grado
	Puerperio	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:			
	Neonato	Sesso, Peso			
Salute alla nascita					
Salute attuale					
Alimentazione in mesi: <input type="checkbox"/> allattamento esclusivo; <input type="checkbox"/> allattamento predominante; <input type="checkbox"/> alimentazione complementare; <input type="checkbox"/> alimentazione con latte in formula.		<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi	<input type="checkbox"/> mesi..... <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi <input type="checkbox"/> mesi
✓ Introduzione cibi complementari		✓ Dal mese	✓ Dal mese	✓ Dal mese	✓ Dal mese

MODULO 3. BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO (prenatale)

UM: ___/___/___ DPP (UM) ___/___/___ DPP (US) ___/___/___

ACCERTAMENTO OSTETRICO			DATA	DATA
Epoca gestazionale				
Parametri vitali				
Incremento ponderale				
Benessere-stato emotivo				
Varici -edemi				
Funzionalità urinaria				
Funzionalità intestinale				
Secrezioni e perdite vaginali				
Fattori di rischio (specificare)			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MANOVRE DI LEOPOLD	Lunghezza Sinfisi-Fondo			
	Situazione			
	Presentazione			
	Quinti palpabili			
Battito Cardiaco Fetale				
Movimenti Attivi Fetali				
Attività Contrattile Uterina				
ESPLORAZIONE VAGINALE (se indicata)	Indicazione esplorazione vaginale		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Valutazione genitali esterni			
	Valutazione pavimento pelvico			
	Posizione, lunghezza, consistenza della cervice uterina			
	Dilatazione della cervice uterina			
	Livello-Parte presentata fetale			
DIAGNOSI OSTETRICA	<input type="checkbox"/> Normale evoluzione della gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (specificare)		<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA	INTERVENTI OSTETRICI*, INFORMATIVI-EDUCATIVI, SANITARI		<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE OSTETRICA				
Percorso Nascita			<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico- specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico- specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>
Firma		

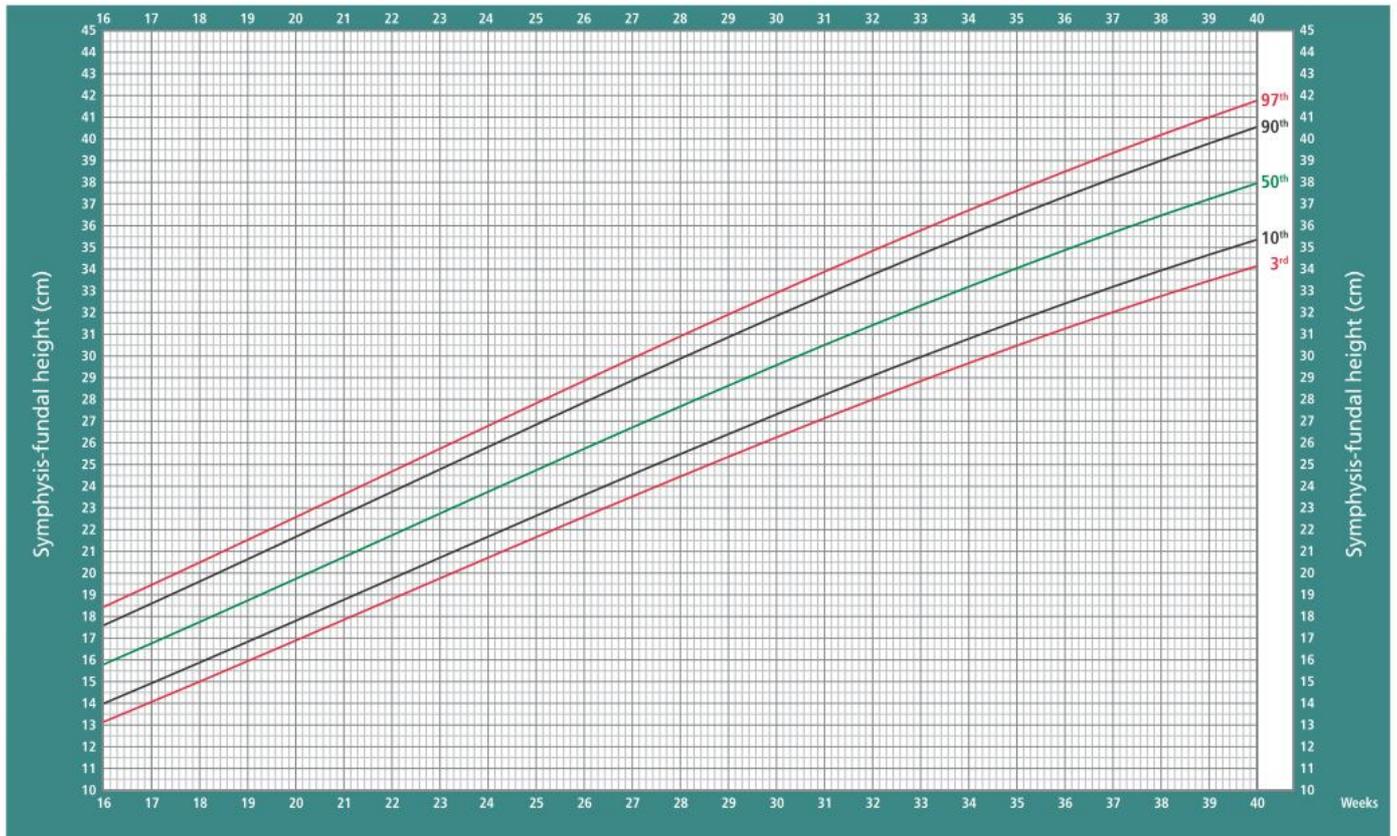
* Considerare le vaccinazioni raccomandate in gravidanza.

DATA	DATA	DATA	DATA
			.
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accertamenti per età gestazionale specifica, controllo della Gravidanza Fisiologica. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a gestione ostetrica; <input type="checkbox"/> a gestione medico-specialista in collaborazione con l'ostetrica; <input type="checkbox"/>
.....

Grafico Sinfisi-Fondo



International Standards for Symphysis-Fundal Height



© University of Oxford

Papageorgiou AT et al. BMJ 2016;

<https://intergrowth21.tghn.org/symphysis-fundal-height/#sfh1>

Papageorgiou AT, Ohuma EO, Gravett MG, Hirst J, da Silveira MF, Lambert A, Carvalho M, Jaffer YA, Altman DG, Noble JA, Bertino E, Purwar M, Pang R, Cheikh Ismail L, Victora C, Bhutta ZA, Kennedy SH, Villar J, International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). *International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries.*

BMJ. 2016;355:i5662. Epub 2016 doi: 10.1136/bmj.i5662.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098415/>

Extra material supplied by the author: Supplementary appendix: International Standards for Symphysis-Fundal Height

Checklist postnatale – informazioni per le madri che allattano

http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_dei_Passi_ed2016_19mag17.pdf

Data presunta del parto: _____ **Data compimento 34a settimana di gestazione:** _____

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il Consultorio.

L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare.

Primogenito	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Precedente allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dove _____
Opuscolo allattamento	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

Argomento Discusso *	Data	Firma
Gestione dell'allattamento: <input type="checkbox"/> allattamento a richiesta guidato dal bambino; <input type="checkbox"/> riconoscimento dei segnali precoci di fame; <input type="checkbox"/> segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale ed emissione feci e urine); <input type="checkbox"/> come e quando intervenire con un bambino in difficoltà (es. sonnolento, piccolo, ecc.); <input type="checkbox"/> importanza del tenere i bambini vicini giorno e notte; <input type="checkbox"/> importanza del contatto pelle a pelle alla nascita e in ogni occasione utile	_____	_____
Osservazione della poppata: <input type="checkbox"/> posizionamento e attacco efficaci; <input type="checkbox"/> segni di adeguata suzione e deglutizione	_____	_____
Importanza dell'allattamento esclusivo: <input type="checkbox"/> significato e vantaggi; <input type="checkbox"/> rischi legati all'uso tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione; <input type="checkbox"/> raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari	_____	_____
Spremitura manuale: <input type="checkbox"/> dimostrazione pratica; <input type="checkbox"/> modalità di adeguata conservazione e somministrazione del latte spremuto	_____	_____
Problematiche più frequenti: <input type="checkbox"/> prevenzione/gestione ingorgo e mastite; <input type="checkbox"/> compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci; <input type="checkbox"/> gestione rientro lavoro della madre <input type="checkbox"/> condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità		

*annotare eventuale rifiuto alla discussione

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

.....

Incontro/Colloquio/Visita		
		DATA
Accertamento Ostetrico		Giorni dal parto
BENESSERE MATERNO	SOGGETTIVAMENTE BENESSERE MATERNO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	PARAMETRI VITALI	
	FUNZIONALITÀ URINARIA- INTESTINALE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	VALUTAZIONE DEL PERINEO – DEL PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	FERITA PERINEALE E/O LAPAROTOMICA	<input type="checkbox"/> Non Applicabile <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	PERDITE EMATICHE	<input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI
	SENSAZIONE DI FATICA	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE
	SEGNI/SINTOMI DI MATERNITY-BLUES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	RETE DI SOSTEGNO SOCIALE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE
	RISCHIO TROMBOEMBOLISMO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	ALTRO (cefalea, altro specificare ...)	
BENESSERE NEONATALE	SEGNI DI BENESSERE NEONATALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (specificare)
	CONTROLLO DEL PEDIATRA E ESITO DEL BILANCIO DI SALUTE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	ALTRO (specificare)	
	ALIMENTAZIONE	Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:
	Il bambino assume latte materno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Il bambino assume liquidi non nutritivi (acqua, glucosata, camomilla, tisane o succhi non zuccherati)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Il bambino assume latte artificiale, o altro latte non umano o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VALUTAZIONE DELLA POPPATA	ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	VALUTAZIONE DEI CAPEZZOLI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI DI UN' ADEGUATA ASSUNZIONE DI LATTE	FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
CORRETTA GESTIONE DEI SOSTITUTI del LATTE MATERNO	<input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

DIAGNOSI OSTETRICA		<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio <input type="checkbox"/>
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA. Educazione \ informazione in tema di	NORME IGIENICHE MATERNE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ESERCIZI PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	STILI DI VITA SANI (alimentazione, attività fisica, astensione fumo e alcol)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	GRUPPI ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SPREMITURA MANUALE DEL SENO E CONSERVAZIONE DEL LATTE	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI MATERNI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NORME IGIENICHE NEONATO; CURA DEL MONCONE OMBELICALE del NEONATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	CONDIVISIONE DEL LETTO CON IL NEONATO IN SICUREZZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SIDS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI NEONATALI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ALTRO (specificare)	
	ALTRO (specificare)	
	DIARIO OSTETRICO; PRESCRIZIONI SOCIO SANITARIE; VALUTAZIONE OSTETRICA.	
Firma Ostetrica		

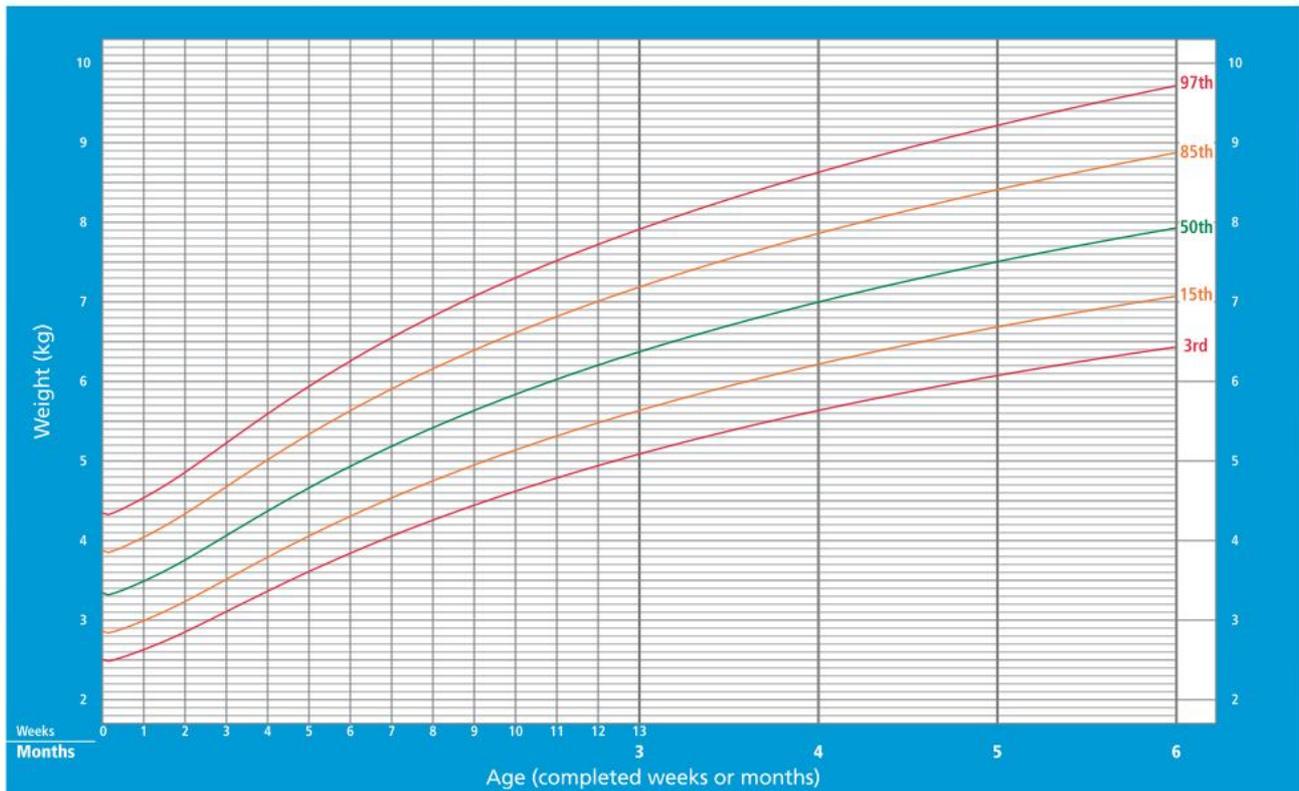
Incontro/Colloquio/Visita																	
	DATA	DATA Entro 6-8 settimane dal parto															
Accertamento Ostetrico	Settimane dal parto	Settimane dal parto															
BENESSERE MATERNO	STATO EMOTIVO	<p>1. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?</p> <p>2. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso di avere scarso interesse o piacere per le attività svolte?</p> <p>Considerare anche altre due domande, per i Disturbi di ansia generalizzata (GAD-2)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:</i></th> <th>Per niente</th> <th>Diversi giorni</th> <th>Più di metà dei giorni</th> <th>Quasi ogni giorno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. nervosa, ansiosa o irrequieta?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>In caso di risposta affermativa a una di queste domande o sospetto clinico o anamnestico, è necessario un approfondimento diagnostico-clinico, considerare l'utilizzo Edinburgh Postnatal Depression Scale e indirizzare allo Specialista.</p>	<i>Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:</i>	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno	1. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3	2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3
	<i>Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:</i>	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno												
	1. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3												
	2. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3												
	PARAMETRI VITALI																
	FUNZIONALITÀ URINARIA	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	FUNZIONALITÀ INTESTINALE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	VALUTAZIONE DEL PERINEO – DEL PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO														
	PERDITE EMATICHE O SECREZIONI	<input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI	<input type="checkbox"/> REGOLARI <input type="checkbox"/> NON REGOLARI														
	SENSAZIONE DI FATICA	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE														
RETE DI SOSTEGNO SOCIALE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> NON PRESENTE															
RIPRESA DEI RAPPORTI SESSUALI Dolore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> SÌ, specificare VNS :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> SÌ, specificare VNS :															
RISCHIO TROMBOEMBOLISMO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ															
ALTRO (specificare)																	
BENESSERE NEONATALE	SEGNI DI BENESSERE NEONATALE	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (specificare)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (specificare)														
	CONTROLLO DEL PEDIATRA E ESITO DEL BILANCIO DI SALUTE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	IGIENE E CURA DEL NEONATO	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE														
	ALTRO (specificare)																
	ALIMENTAZIONE	Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:	Le domande vanno riferite alle ultime 24 ore:														
	Il bambino assume latte materno	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO														
Il bambino assume liquidi non nutritivi (acqua, glucosata, camomilla, tisane o succhi non zuccherati)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO															
Il bambino assume latte artificiale, o altro latte non umano o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO															

	VALUTAZIONE DELLA POPPATA	ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	ATTACCO: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE POSIZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE SUZIONE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	SEGNI DI UN'ADEGUATA ASSUNZIONE DI LATTE	FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE	FECI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO URINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACCRESIMENTO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> NON REGOLARE
	CORRETTA GESTIONE DEI SOSTITUTI del LATTE MATERNO (latte in formula)	<input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non Pertinente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIAGNOSI OSTETRICA		<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale evoluzione del puerperio <input type="checkbox"/>
PIANIFICAZIONE OSTETRICA e ATTUAZIONE OSTETRICA. Educazione \ informazione in tema di	NORME IGIENICHE MATERNE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ESERCIZI PAVIMENTO PELVICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	STILI DI VITA SANI (alimentazione, attività fisica, astensione fumo e alcol)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	GRUPPI ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	PIANIFICAZIONE FAMILIARE, CONTRACCEZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SERVIZI RETI TERRITORIALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI MATERNI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SPREMITURA MANUALE DEL SENO E CONSERVAZIONE DEL LATTE	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non applicabile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NORME IGIENICHE del NEONATO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	CONDIVISIONE DEL LETTO CON IL NEONATO IN SICUREZZA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SIDS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SEGNI/SINTOMI ALLERTANTI NEONATALI (da segnalare al medico specialista)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VACCINAZIONI RACCOMANDATE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ALTRO (specificare)		
DIARIO OSTETRICO; PRESCRIZIONI SOCIO SANITARIE; VALUTAZIONE OSTETRICA.			
Firma Ostetrica			

Curve di crescita per bambini di sesso maschile da 0 a 6 mesi

Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (percentiles)



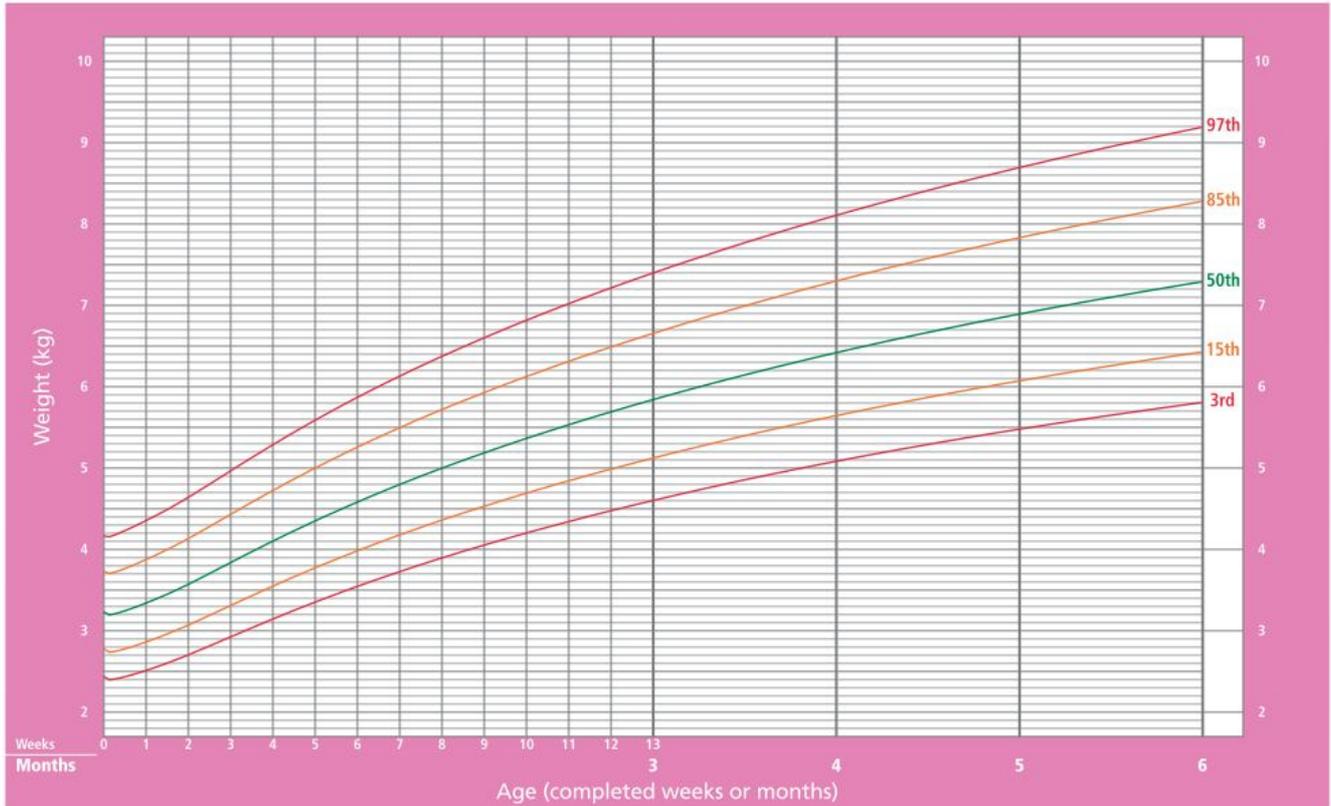
WHO Child Growth Standards

Disponibile al sito <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> (Ultimo accesso aprile 2018)
http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_boys_p_0_6.pdf?ua=1

Curve di crescita per bambini di sesso femminile da 0 a 6 mesi

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Disponibile al sito <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> (ultimo accesso aprile 2018)
http://www.who.int/childgrowth/standards/cht_wfa_girls_p_0_6.pdf?ua=1

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

DPP(UM) data presunta del parto rispetto all'ultima mestruazione. **UM** ultima mestruazione
DPP(US) data presunta del parto rispetto a ultrasuoni
dTpa antidifterite-tetano-pertosse acellulare
EG epoca gestazionale
GBS Group B Streptococcus
GDPR General Data Protection Regulation
GEU Gravidanza extra uterina
GR globuli rossi; **GB** globuli bianchi; **Hb** emoglobina; **MCHC** concentrazione media dell'emoglobina
MCV volume corpuscolare medio; **HCT** ematocrito; **PLT** piastrine
HIV human immunodeficiency virus
HBV virus epatite B
VDRL Veneral Disease Research Laboratory
TPHA treponema pallidum haemoagglutination assay
IgG immunoglobulina G; **IgM** immunoglobulina M
HCG human chorionic gonadotropin
HIUI homologous intra uterine insemination; **FIVET** fecondazione in vitro embryo transfer; **ICSI** iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo
Kg chilogrammi
OGTT Oral Glucose Tolerance Test
PAPP-A proteina plasmatica A
PAI Piano di Assistenza Individuale
PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PI Progetto Individuale
RCU Revisione della cavità uterina
SIDS Sudden Infant Death Syndrome
TC Taglio Cesareo
VNS Scala numerica verbale

ALLEGATI

Referti / Consulenze pre-concezionali:

no si data.....c\o

Referti / Consulenze in gravidanza:

no si data.....c\o

Lettera dimissione del punto nascita della donna:

no si data.....c\o

Lettera dimissione del punto nascita del neonato\o:

no si data.....c\o

Referti / Consulenze postnatali:

no si data.....c\o

