



S.S.N. REGIONE PIEMONTE  
A.S.L. "Città di Torino"  
OSPEDALE MARIA VITTORIA  
S.C. Ostetricia e Ginecologia  
Direttore: Dott.sa Maria Grazia Baù  
S.S. Ostetricia  
Responsabile: Dott.sa G. Chieppa

LETTO \_\_\_\_\_

ENTRATA \_\_\_\_\_  
USCITA \_\_\_\_\_  
N. REGISTRO \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Parenti o conoscenti per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

Diabete ☐

Ipertensione ☐

Emopatie ☐

Gemellarità ☐

Altre \_\_\_\_\_

### EMOGRUPPO

Rh

CONIUGE

### ANAMNESI PERSONALE

Menarca \_\_\_\_\_ Mestruazioni successive \_\_\_\_\_ Contraccettivi sì ☐ no ☐

SIEROLOGIA { Toxotest \_\_\_\_\_ Rubeotest \_\_\_\_\_  
VDRL \_\_\_\_\_ HBSAg \_\_\_\_\_  
Altri \_\_\_\_\_ Anti HIV \_\_\_\_\_

Allergie:

Allergie a farmaci:

sì ☐

no ☐

Batteriologicalo vaginale/rettale \_\_\_\_\_ Trasfusioni sì ☐ no ☐

PARITÀ

--	--	--	--

ANNO	DURATA	COMPLICANZE IN GRAVIDANZA	PARTO/ABORTO	PUERPERIO	ALLATTAMENTO	NEONATO

### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA


### ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA


### DIAGNOSI ALL'INGRESSO

--

### ESAME OBIETTIVO GENERALE

Altezza _____	Peso attuale (Kg) _____	Apparato respiratorio _____
Costituzione _____	Peso iniziale (Kg) _____	_____
Incremento ponderale (Kg) _____		Apparato cardiocircolatorio _____
Stato generale _____		_____
Cute _____		Organi addominali _____
Mucose _____		_____
Polso _____	Varici _____	<div>PA /</div>
Temperatura _____	Edemi _____	
Profilassi anti D _____	Proteinuria _____	

### ESAME OSTETRICO ALL'ACCETTAZIONE

ULTIMA MESTRUAZIONE	EPOCA PRESUNTA PARTO	SETTIMANA GESTAZIONALE	SETTIMANA U.S.
---------------------	----------------------	------------------------	----------------

Decorso della gravidanza \_\_\_\_\_

Perdite ematiche da \_\_\_\_\_

Perdite di liquido amniotico da \_\_\_\_\_

Caratteristiche del liquido amniotico \_\_\_\_\_

ESPLORAZIONE _____		Data _____		ora _____						
						BCF				
CERVICE	LUNGHEZZA		POSIZIONE		CONSISTENZA		DILATAZIONE		LIVELLO PP	
	Conservata	0	Posteriore	0	Rigida	0	Chiusa	0	-3	0
	Lunga 2 cm	1	Intermedia	1	Media	1	1-2 cm	1	-2	1
	Lunga 1 cm	2	Anteriore	2	Soffice	2	3-4 cm	2	-1/0	2
	Appianata	3					> 4cm	3	+1/+2	3
BISHOP SCORE _____										

Firma

ECOGRAFIA	
Presentazione _____	B.C.F. _____
MAF _____	
AFI _____	
Placenta _____	
Cervice _____	
Biometria _____	
Data _____	
Firma _____	

TRAVAGLIO	Giorno	Ora			
Rottura delle membrane			<input type="checkbox"/> Spontanea	<input type="checkbox"/> Provocata	L.A. _____
			<input type="checkbox"/> Prematura	<input type="checkbox"/> Precoce	_____
Periodo dilatante			Durata _____		
Periodo espulsivo			Durata _____		

PARTO	Giorno	Ora			
Espulsione del feto					
Secondamento			<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Manuale
			<input type="checkbox"/> Farmacologico	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Strumentale
Perdita ematica post parto					
Perineo			<input type="checkbox"/> Integro	<input type="checkbox"/> Abrasione	
			<input type="checkbox"/> LAC 1	<input type="checkbox"/> LAC 2	
			<input type="checkbox"/> LAC 3	<input type="checkbox"/> Episiotomia	

NEONATO		SESSO		M	F	Peso _____	
APGAR	1 minuto _____				5 minuti _____		
Colore	0	1	2		0	1	2
Tono	0	1	2		0	1	2
Respiro	0	1	2		0	1	2
Battito	0	1	2		0	1	2
Reattività	0	1	2		0	1	2

Complicanze del parto \_\_\_\_\_

Interventi operativi \_\_\_\_\_

Profilassi EPP

☐ Sì      Farmaco \_\_\_\_\_      ☐ i.m.    ☐ e.v.    Dose \_\_\_\_\_      Ora \_\_\_\_\_  
☐ No

EGA funicolo    ☐ arterioso                      ☐ venoso                      ☐ BE \_\_\_\_\_

Esame istologico placenta    ☐ Sì    ☐ No                      Esame batteriologico    ☐ Placenta                      ☐ Liquido amniotico

Ostetrica \_\_\_\_\_    Ginecologo \_\_\_\_\_    Neonatologo \_\_\_\_\_    Anestesista \_\_\_\_\_

**DIMISSIONE**

Data \_\_\_\_\_

Quadro clinico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosi all'uscita \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia effettuata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Decorso Clinico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il Medico** \_\_\_\_\_

Attesto di uscire da questo Ospedale sotto la mia reponsabilità e contro il volere dei Sanitari. Sottoscrivendo questa dichiarazione mi assumo ogni rischio e libero da ogni responsabilità il personale dell'Ospedale.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

N. PARTO