Regione Siciliana
Assessorato della Salute

AOGOI

AGITE

AIO

Quaderno di Gravidanza

Carissime famiglie,

questo quaderno vi accompagnerà durante tutto il periodo della gravidanza, sottolineando la centralità della donna nella gestione di uno dei momenti più belli ed importanti della vita familiare.

Ho voluto fortemente questa pubblicazione per le donne siciliane perché si tratta di un prezioso strumento che contribuirà al miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza, permettendovi di compiere in ogni momento, insieme agli operatori sanitari, scelte informate e consapevoli e di costruire un percorso assistenziale personalizzato.

Il "Quaderno di Gravidanza" vuole essere una preziosa fonte di conoscenza in grado di offrire tutte le informazioni utili sul setting assistenziale ed al tempo stesso uno strumento di collegamento tra i servizi territoriali (Consultori) e ospedalieri (Punti nascita) che, con compiti diversi, vengono coinvolti in una gestione sinergica ed integrata delle varie fasi della gravidanza.

Esso, dunque, costituisce una guida importante nell'utilizzazione dei servizi sanitari, scandisce puntualmente i tempi, i modi e i luoghi dell'assistenza medica, diagnostica e ginecologica, orienta puntualmente la donna nel percorso della gravidanza e della nascita: un modo semplicissimo ma molto utile, per avvicinare il sistema sanitario agli utenti e per realizzare quel processo di umanizzazione delle cure che sta alla base del nostro modo di intendere la sanità.

Questa pubblicazione rappresenta altresì un momento importante del processo di riorganizzazione del settore materno infantile, uno dei più delicati del nostro sistema sanitario proprio perché la salute delle donne e dei loro bambini rappresenta uno degli indicatori più significativi dello stato di salute dell'intera popolazione.

Per superare le criticità esistenti e per rafforzare la sicurezza e migliorare l'assistenza abbiamo voluto costruire il "percorso nascita", cioè l'ottimale itinerario assistenziale da assicurare sin dall'inizio della gravidanza, prevedendo a tal fine una serie di misure organizzative e strutturali quali il potenziamento dei consultori, la rimodulazione della rete dei punti nascita, l'attivazione del servizio di trasporto per le emergenze neonatali (Sten) e del servizio di trasporto materno assistito (Stam), l'implementazione delle metodologie del parto indolore, la riduzione del ricorso al parto cesareo, campagne di informazione a favore della pratica dell'allattamento al seno, poco diffusa in Sicilia ma di estrema importanza per un sano sviluppo del bambino.

Sono certo che il corretto uso del "Quaderno di Gravidanza" contribuirà efficacemente a una più serena e sicura gravidanza delle donne e a una maggiore serenità delle famiglie coinvolte in questo felicissimo evento.

Auspico che anche attraverso questo strumento possa svilupparsi un proficuo rapporto con gli operatori sanitari, all'insegna della fiducia e del rispetto che costituiscono le condizioni basilari per potere attuare la migliore assistenza.

Un augurio sincero, cordialmente

Massimo Russo
Assessore regionale per la Salute

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

ASP _____

Quaderno di Gravidanza

Sig.ra _____

Data di consegna _____

IN CASO DI SMARRIMENTO RESTITUIRE A:

_____

Il ***Quaderno di Gravidanza*** deve essere conservato
a cura della gestante ed esibito ad ogni controllo

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaNuovaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute

AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AGITE ASSOCIAZIONE GINECOLOGI TERRITORIALI

AIO ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Il ***Percorso Nascita*** inizia nel momento in cui una coppia inizia a progettare una gravidanza.

Comprende tutto il periodo della gestazione fino al parto ed al puerperio, e si conclude alcuni mesi (almeno sei) dopo la nascita del bambino, quando l'adattamento alla nuova vita della mamma, del suo bambino e dell'intero nucleo familiare, si è ormai consolidato.
Durante questo cammino la donna/coppia verrà a contatto con molti servizi ed operatori che collaboreranno tra loro per garantire il maggiore benessere possibile sia alla mamma che al suo bambino.

Il ***Quaderno di Gravidanza*** è uno strumento ideato per accompagnare la donna in attesa durante questo percorso, con le seguenti finalità:

1) dare alle donne maggiori informazioni sulla gravidanza e sui servizi che il SSR mette a sua disposizione durante il suo Percorso Nascita,

2) facilitare i contatti tra le donne ed i servizi deputati a seguirla durante la gravidanza ed il parto,

3) favorire un' assistenza in gravidanza migliore e più completa, dando la possibilità a tutti gli operatori dei servizi sociosanitari con cui la donna entrerà in contatto durante il "Percorso", di utilizzare uno strumento unico di gestione della gravidanza,

4) fornire agli operatori dei servizi materno infantili uno strumento di collegamento funzionale e di comunicazione che faciliti il passaggio di informazioni tra un servizio e l'altro.

I dati riportati sul Quaderno rappresentano un patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza in gravidanza appropriata e personalizzata e sono tutelati dalla legge sulla privacy (DL 196/2003).

L'evoluzione delle conoscenze scientifiche e le possibili variazioni nell'organizzazione dei servizi, richiederanno un aggiornamento periodico del Quaderno.

indice

SEZIONE 1 - Informazioni utili per il percorso nascita

SERVIZIO/PROFESSIONISTA CHE SEGUE LA GRAVIDANZA pag. 10
MAPPA CONSULTORI E PUNTI NASCITA PROVINCIALI pag. 13

SEZIONE 2 - Cartella clinica

NOTIZIE ANAGRAFICHE DEI GENITORI pag. 16
ANAMNESI pag. 17
DIARIO CLINICO pag. 22
ACCESSI pag. 23
TABELLA ECOGRAFIE pag. 25
TABELLA ESAMI pag. 26

SEZIONE 3 - Invio guidato/accettazione al Punto Nascita

MODULO DI INVIO GUIDATO AL PUNTO NASCITA pag. 31
SCHEDA ACCETTAZIONE PUNTO NASCITA DEL P.O./OSPEDALE pag. 33

SEZIONE 4 - Post partum e puerperio

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA pag. 39
ESAME CLINICO DEL NEONATO pag. 40
ADESIONE PROGRAMMA ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO pag. 41
ASSISTENZA IN PUERPERIO pag. 42
ALLATTAMENTO pag. 43

SEZIONE 5 - Allegati

ATTESTATO DI GRAVIDANZA pag. 46
CONSENSO INFORMATO PER LA DIAGNOSI PRENATALE pag. 47
CALENDARIO APPUNTAMENTI pag. 48
CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA pag. 49
CONSENSO INFORMATO PER ACCERTAMENTO POSITIVITA' PER HIV pag. 50

Note & Appunti:

SEZIONE 1:
INFORMAZIONI UTILI PER IL PERCORSO NASCITA

SERVIZIO/PROFESSIONISTA CHE SEGUE LA GRAVIDANZA

MAPPA CONSULTORI PROVINCIALI E PUNTI NASCITA PROVINCIALI

Servizio / Professionista che segue la gravidanza

Servizio: _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____

Email _____ @ _____

Giorni / Orari apertura dell' ambulatorio _____

_____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Assistente Sociale _____

Psicologo _____

Altro Operatore _____

Professionista

(da compilare solo in caso di ginecologo diverso da quelli sopra indicati)

Cognome e Nome _____

Indirizzo ambulatorio _____

Telefono _____

Giorni / Orari apertura dell' ambulatorio _____

Medico di base

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Giorni / Orari apertura dell' ambulatorio _____

Punto nascita di riferimento (anche per eventuali emergenze)

Ospedale

Reparto_____

Indirizzo_____

Telefono_____ Fax_____

Email:_____@_____

Operatore di collegamento_____

Servizi utili in gravidanza

Laboratorio Analisi_____

Servizio Ecografia_____

Centro diagnosi prenatale_____

Altri servizi presenti nella provincia

Agrigento

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
AGRIGENTO	CONSULTORIO PORTO EMPEDOCLE	VIA DELLO SPORT CONTRADA INFICHERNA	92014	0922/435609 - 0922/435604
	CONSULTORIO RAFFADALI	VIA TRAPANI, 106	92015	0922/473263 - 0922/473263
	CONSULTORIO ARAGONA	PIAZZA CAIROLI, 1	92021	0922/37022 - 0922/37022
	CONSULTORIO FAVARA	VIA LUIGI CAPUANA, 72	92024	0922/429023 - 0922/429023
	CONSULTORIO AGRIGENTO	VIALE DELLA VITTORIA, 321	92100	0922/407381 - 0922/407381
CANICATTI	CONSULTORIO CANICATTI	VIA PIETRO MICCA, 10	92024	0922/733584 - 0922/733582
	CONSULTORIO RAVANUSA	VIALE LAURICELLA, 10	92029	0922/880330 - 0922/880330
	CONSULTORIO RACALMUTO E GROTTE	VIA GARIBALDI	92020	0922/942072 - 0922/942042
	CONSULTORIO NARO CAMASTRA	VIA DON GUANELLA	92028	0922/956026
RIBERA	CONSULTORIO RIBERA	VIA GIOVANNI VERGA, 14	92016	0925/62806 0925/62806 0925/545337
	CONSULTORIO BURGIO	VIA LEONE, 14	92020	0925/65585 - 0925/65585
SCIACCA	CONSULTORIO SCIACCA	VIA P. GERARDI, 1	92019	0925/23968 - 0925/22799
	CONSULTORIO S.MARGHERITA BELICE	VIA CANNITELLO	92018	0925/31111
	CONSULTORIO MENFI	VIA RAFFAELLO	92013	0925/72761
BIVONA	CONSULTORIO SAN.BIAGIO PLATANI	VIA VITTORIO VENETO, 52	92020	0922/918565 - 0922/918565
	CONSULTORIO BIVONA	C/DA CAPPUCCINI, 13	92010	0922/986423 - 0922/986423
CASTELTERMINI	CONSULTORIO CASTELTERMINI	VIA KENNEDY, 55	92025	0922/929136 - 0922/929137
	CONSULTORIO CAMMARATA	VIA FIRENZE	92020	0922/907012 - 0922/907012
LICATA	CONSULTORIO PALMA DI MONTECHIARO	VIA MACCACARO, 1	92020	0922/790273 - 0922/790273
	CONSULTORIO LICATA	VIA CANNA VECCHIA C/O OSPEDALE	92027	0922/869420 - 0922/869420
CONSULTORI PRIVATI	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE C.I.F.	VIA LAURICELLA ,9	92100	0922 26594
	CONSULTORIO MAT.INFANTILE G.SANDY	VIA MONTEVAGO	92026	0922 429035

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP AGRIGENTO	P.O."S. Giovanni Di Dio" di Agrigento	2°
	P.O. "Barone Lombardo" di Canicattì	1°
	P.O."Ospedali Civili Riuniti" di Sciacca	1°

Caltanissetta

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
MUSSOMELI	CONSULTORIO VALLELUNGA PRATAMENO	VIA LEONARDO DA VINCI S.N	93010	0934/814429 - 0934/615549
	CONSULTORIO MUSSOMELI	VIA MANZONI, 31	93014	0934/992162 - 0934/992162
	CONSULTORIO GELA 2	VIA IACONA, 5	93012	0933/922063 - 0933/922065
	CONSULTORIO MAZZARINO	VIA ROMA, 1	93013	0934/385442
	CONSULTORIO NISCEMI	VIA GIOVANNI MELI, 13	93015	0933/887424 - 0933/887424
SAN CATALDO	CONSULTORIO SERRADIFALCO	VIA MINTINA	93010	0934/931710 - 0934/931710
	CONSULTORIO SAN CATALDO	VIA C. COLOMBO, 5	93017	0934/571606 - 0934/571606
CALTANISSETTA	CONSULTORIO S. CATERINA	VIA RISORGIMENTO	93018	0934/671555 - 0934/671555
	CONSULTORIO SOMMATINO	VIA ALDO MORO	93019	0922/873643 - 0922/873409
	CONSULTORIO RIESI	C/DA CICIONE	93016	0934/9232206 - 0934/928114
	CONSULTORIO CALTANISSETTA 1	VIA ALCIDE DE GASPERI	93100	0934/21129 - 0934/21129
	CONSULTORIO FAMILIARE CALTANISSETTA 2	VIALE REGINA MARGHERITA, 34/36	93100	0934/29618 - 0934/29618

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP CALTANISSETTA	P.O. "Vittorio Emanuele" di Gela	2°
	P.O. "S. Elia" di Caltanissetta	1°

Catania

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
ACIREALE	CONSULTORIO S.VENERINA	VIA UMBERTO, 18/C - Tr.vs di Via Mazzini	95010	095/954717 - 095/954717
	CONSULTORIO ACICASTELLO	VIA STAZIONE, 3	95021	095/767701 - 095/7677707
	CONSULTORIO - ACICATENA	VIA TURI D'AGOSTINO, 37	95022	095/804854 - 095/804854
	CONSULTORIO - ACIREALE	VIA POLO VASTA, 189	95024	095/7677357 - 095/7677357
GIARRE	CONSULTORIO - FIUMEFREDDO	VIA DIAZ, 30	95013	095/646274 - 095/646274
	CONSULTORIO - GIARRE	VIALE DON MINZONI, 1	95014	095/7782663 - 095/7782686
	CONSULTORIO - LINGUAGLOSSA	VIA S. NICOLA, 12	95015	095/7782480/470 - 095/7782470
	CONSULTORIO - RIPOSTO	VIA ROMA, 36	95018	095/7782404 - 095/7782688
GRAVINA	CONSULTORIO PEDARA	VIA ETNEA, 56	95030	095/7027010 - 095/7027026
	CONSULTORIO S.AGATA LI BATTIATI	VIA SANGIULIANO, 24/A	95030	095/7502027 - 095/7502024
	CONSULTORIO TREMESTIERI ETNEO	VIA PULEO	95030	095/7502310 - 095/7502331
	CONSULTORIO S.GIOVANNI LA PUNTA	VIA DUCA D`AOSTA, 43/B	95037	095/7502226/25 - 095/7502221
ADRANO	CONSULTORIO ADRANO	P.ZZA S. AGOSTINO, 34	95031	095/7716301/354
	CONSULTORIO BIANCAVILLA	VIA CRISTOFORO COLOMBO, 104/106	95033	095/7716811 - 095/7716817
BRONTE	CONSULTORIO - BRONTE	VIALE CATANIA, 3	95034	095/7746424 - 095/691585
	CONSULTORIO RANDAZZO	P.ZZA OSPEDALE, 2	95036	095/7746647
PALAGONIA	CONSULTORIO RAMACCA	PIAZZA CAVALLOTTI, 1	95040	095/653277 - 095/7943400
	CONSULTORIO MILITELLO	VIA S. FRANCESCO DI PAOLA	95041	095/7943149 - 095/655667
	CONSULTORIO PALAGONIA	VIA SONDRIO, 1	95046	095/7955354 - 095/7955354
	CONSULTORIO SCORDIA	VIA BARCHITTA, 2	95048	095/7943703 - 095/7943703
CALTAGIRONE	CONSULTORIO MIRABELLA IMBACCARI	VIA SCOLLO, 6	95040	0933/991930 - 0933/991930
	CONSULTORIO CALTAGIRONE	PIAZZA MARCONI, 2	95041	0933/353086 - 0933/353086
	CONSULTORIO GRANMICHELE	P.ZZA MARCONI, 9	95042	0933/353515
	CONSULTORIO VIZZINI	VIALE BUCCHERI, 43	95049	0933/962197 - 0933/962197
PATERNO'	CONSULTORIO PATERNO'	VIA MASSA CARRARA, 1	95047	095/7975026 - 095/7975287
CATANIA 1	CONSULTORIO BORGO CONSOLAZIONE	VIA CIFALI, 76/B	95100	095/2545199 - 095/2545703
	CONSULTORIO TRAPPETO NORD	VIA G. GALERMO, 254	95123	095/511000 - 095/511000
	CONSULTORIO MISTERBIANCO	VIA G. GALILEI	95045	095/2545538 - 095/2545538
CATANIA 2	CONSULTORIO RAPISARDI	Via N. MARTOGLIO, 11	95100	095/2545371 - 095/2545375
	CONSULTORIO CATANIA	VIA ORFANELLI, 36	95124	095/2545510 - 095/311005
	CONSULTORIO LIBRINO	STRADALE S. GIORGIO, 105	95121	095/09389757 - 095/09389754
CATANIA 3	CONSULTORIO D'ANNUNZIO 1	VIA G.D`ANNUNZIO, 60	95100	095/436565
	CONSULTORIO D'ANNUNZIO 2	VIA G. D`ANNUNZIO, 60	95127	095/436565 - 095/436565
CONSULTORI PRIVATI	CONSULTORIO FAMILIARE "VITA NUOVA"	VIA EMANUELE INFANTINO, 17	95122	095 455838
	CENTRO SOCIO SANITARIO "ETNA SUD"	VIA 3° RETTA PONENTE, 253	95032	095 913811
	CONSULTORIO FAMILIARE "FOSSA CRETA"	VIA TERREFORTI, 9/C	95121	095 451624

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP CATANIA	P.O. "S. Marta e S. Venera" di Acireale	1°
	P.O. "Maria SS. Addolorata" di Biancavilla	1°
	P.O. "Gravina" di Caltagirone	1°
AA.OO.	CANNIZZARO	2°
	ARNAS GARIBALDI	2°
A.O.U.	Policlinico "Vittorio Emanuele" di Catania	2°
CASE DI CURA	Casa di Cura Gibiino	1°
	Casa di Cura Falcidia	1°
	Casa di Cura Lucina/Gretter	1°

Enna

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
ENNA	CONSULTORIO CENTURIPE/CATENANUOVA	PIAZZA ETNA, 1	94010	0935/78039 - 0935/78039
	CONSULTORIO VILLAROSA/CALASCIBETTA	VIA MASTRO SILVESTRO	94010	0935/520221/225 - 0935/520220/266
	CONSULTORIO VALGUARNERA	VIA TOMMASEO, 36	94019	0935/955524 - 0935/955520
	CONSULTORIO ENNA	VIALE DIAZ, 45	94100	0935/520661/667 - 0935/520660
P.ZZA ARMERINA	CONSULTORIO PIAZZA ARMERINA	VIA G. LO GIUDICE, 25	94015	0935/981851 - 0935/981808
	CONSULTORIO BARRAFRANCA	CORSO SICILIA, 21	94012	0934/404009 - 0934/404002
NICOSIA	CONSULTORIO TROINA	VIA NUOVA DEL CARMINE	94018	0935/656221 - 0935/657685
	CONSULTORIO NICOSIA	VIA FRATELLI TESTA, 14	94014	0935/671514 - 0935/671551
AGIRA	CONSULTORIO AGIRA	PIAZZA FEDELE	94011	0935/697067 - 0935/697039
	CONSULTORIO LEONFORTE	CORSO UMBERTO, 139	94013	0935/904799 - 0935/903350

	PUNTO NASCITA	LIVELLO
ASP ENNA	P.O. "Umberto I" di Enna	2°

Messina

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
TAORMINA	CONSULTORIO S. TERESA	PIAZZA MUNICIPIO	98028	0942/674305
	CONSULTORIO FRANCAVILLA	VIA DEI MULINI N.1	98034	0942/981571
	CONSULTORIO TAORMINA	PIAZZA S. FRANCESCO	98039	0942/614020
MILAZZO	CONSULTORIO VALDINA	VIALE LIBERTA` N. 1	98040	090/9920788 - 090/9920788
	CONSULTORIO PACE DEL MELA	PIAZZA UGO LA MALFA N. 35	98042	0909384407 - 090/9384241
	CONSULTORIO MILAZZO	VIA G.B. IMPALLOMENI N.45	98057	090/9223342
BARCELLONA	CONSULTORIO MONTALBANO ELICONA	VIA GIARDINO N.34	98065	0941/679362
	CONSULTORIO TERME VIGLIATORE	VIA NAZIONALE S. BIAGIO	98050	090/9781578 - 090/9783070
	CONSULTORIO BARCELLONA	VIA KENNEDY N.110	98051	090/9799641 - 090/9751567
LIPARI	CONSULTORIO LIPARI	VIA GARIBALDI N. 81	98055	090/9885423 - 090/9813551
PATTI	CONSULTORIO BROLO	VIA TRENTO	98061	0941/562663
	CONSULTORIO GIOIOSA MAREA	VIA RAGUSA N. 1	98063	0941/302767 - 0941/302767
	CONSULTORIO PATTI	VIA CATTANEO	98066	0941/241138 - 0941/241138
	CONSULTORIO SAN PIERO PATTI	VIA CATANIA N.23	98068	0941/661413
MISTRETTA	CONSULTORIO MISTRETTA	VIA CAIROLI N.3	98073	0921/383025 - 0921/383025
	CONSULTORIO S.STEFANO CAMASTRA	VIA CROCEMISSIONE	98077	0921 331690 - 0921 339993
S.AGATA DI MILITELLO	CONSULTORIO ACQUEDOLCI	P.ZZA BUONRIPOSO	98070	0941/720911
	CONSULTORIO CASTELL`UMBERTO	VIA C. BATTISTI N. 1	98070	0941/438861
	CONSULTORIO S.AGATA MILITELLO	VIA CATANIA N.14	98076	0941/708701 - 0941/708702
	CONSULTORIO CAPO D`ORLANDO	VIA C. COLOMBO N.15	98071	0941/901742 - 0941/901742
	CONSULTORIO TORTORICI	VIA FILANGERI	98078	0941/430351
MESSINA	CONSULTORIO ROCCALUMERA	VIA TORRENTE SCIGLIO N.20	98027	0942/746351
	CONSULTORIO CONTESSE	VIA SACRA FAMIGLIA,7 CONTESSE	98100	090/365742 - 090/365742
	CONSULTORIO VIA DEL VESPRO	VIA DEL VESPRO IS. 289	98100	090/3653584 - 090/3653584
	CONSULTORIO PISTUNINA	S.S. 114 KM 5.400 PISTUNINA ME	98100	090/365742 090/365742
	CONSULTORIO VILLA LINA	VIA MONTE SCUDERI	98121	090/42640 - 090/57455
	CONSULTORIO VILLAGGIO ALDISIO	VIA ANDREA D`ANFUSO	98147	090/ 365742 - 090/365742
	U.O. CONSULTORIALE E DI PREVENZIONE	V.LE LIBERTA` c/o EX OSP. MARGHERITA	98100	090/3653756

CONSULTORI PRIVATI	CONSULTORIO "LA FAMIGLIA"	VIA NAXOS N. 96	98035	0942 52634
	CONSULTORIO "UCIPEM"	VIA CALAMARO N.13	98049	090/332761
	CONSULTORIO "AIED"	VIA III° PALAZZO N.5 TORRE FARO	98164	090/321336

	PUNTI NASCITA	LIVELLO	
ASP MESSINA	P.O. "Generale" di Milazzo	1°	
	P.O. "Generale" di S. Agata Militello	1°	
	P.O. "San Vincenzo" di Taormina	1°	
	P.O. "Barone Romeo" di Patti*	1°	*UTIN
A.O.	Ospedali Riuniti Papardo/Piemonte	2°	
A.O.U.	Policlinico "G. Martino" di Messina	2°	

Palermo

UO SDB territoriale PA-Biondo			
Cf PA - Danisinni	P.ZZA DANISINNI, 50/A	091 6520644	
Cf PA - Cesalpino	VIA CESALPINO 19/ A	091 7037323	091 7037563/2
Cf PA - Pietratagliata	VIA PIETRATAGLIATA 50	091 599439	
Cf Monreale	VIA VENERO, 212	091 6402767	091 6408520
Cf PA - Boccadifalco	P.ZZA P. MICCA 1	091 6684608	091 6684171
Cf PA - Noviziato	VIA ROMA 519	091 7032236	
UO SDB territoriale PA - Casa del Sole			
Cf PA - Cruillas	VIA MONTE S. CALOGERO, 26/28	091 7407690	091 7407689
Cf PA - Tommaso Natale	VIA DEL CEDRO, 6	091 7036781	091 7036782
Cf PA - Borgo Nuovo	LARGO POZZILLO, 7	091 7035301/2	091 7035303
Cf PA - Noce	VIA NC1 N.3	091 7035507/8	091 7035510
UO SDB territoriale - PA - E. Albanese			
Cf PA - Arenella	VIA PAPA SERGIO I°, n.5	091 7036834	091 7036821
Cf PA - Liberta`	VIA M. D`AZEGLIO, 6/A	091 7032174/5	
Cf PA - Villaggio Ruffini	VIA PADRE ROSARIO DA PARTANNA, 7	091 7036744	091 7036754/5
Cf PA - Zen	VIA L. EINAUDI, 16	091 7036718/5/1	
UO SDB territoriale - PA - Guadagna			
Cf PA - Settecannoli	VIA REGINA MARIA DI SICILIA,16	091 7037255	091 7037271
Cf PA - Villagrazia	VIA DELLA VEGA, 25	091 7037280/2/3	091 7037281
Cf PA - Oreto	VIA G. ARCOLEO 25	091 7037375	091 7037345
Cf Villabate	C.SO VITTORIO EMANUELE, 138	091 7037288	091 7037232
Cf Piana Albanesi	VIA KASTRIOTA , 209	091 8574330	091 8574180
Cf PA - Parisi	VIA ROMA, 519	091 7032230	091 7032235
UO SDB territoriale - Petralia			
Cf Castelbuono	VIA SALITA S.ANTONINO	0921/673541	
Cf Cefalù	VIA ALDO MORO,1	0921/926757	0921/926755
Cf Gangi	VIA REPUBBLICA	0921/644716	
Cf Petralia Sottana	VIA GARIBALDI c/o vecchio ospedale	0921/682862	0921682867
Cf Polizzi Generosa	VIA VINCIGUERRA 18 - Via Leone XIII CASTELLANA	0921/649364	0921/640198
UO SDB territoriale - Bagheria			
Cf Cerda	VIA A. DE GASPERI, 1	091 8991714	
Cf Termini Imerese	VIA OSPEDALE CIVICO, 10	091 8153119	
Cf Santa Flavia	VIA A. DE GASPERI,41	091 991335/7	091 991334
Cf Bagheria	VIA M.D`AZEGLIO, 45	091 991315/3	091 933152
Cf Misilmeri	VIA A. DE GASPERI, 1	091 8710233/1	
UO SDB territoriale - Corleone			
Cf Marineo	VIA AGRIGENTO	091 8351354	091 8351570
Cf Corleone	VIA DUCA D"AOSTA	091 8450495	
Cf S. Giuseppe Jato	VIA CASE NUOVE	091 8577469	
UO SDB territoriale - Lercara Friddi			
Cf Lercara Friddi	VIA S. D`ACQUISTO,11	091 8252205	091 8256301
Cf Ciminna	VIA G. FALCONE,2	091 8204581	
Cf Bisacquino	VIA CAMERANO,2	091 8726595	
UO SDB territoriale - PA Ovest			
Cf Partinico	VIA SIRACUSA, 20	091 8911365	091 8911365
Cf Terrasini	P.ZZA DEI CADUTI DELLA PATRIA	091 8664838	091 8667625
Cf Carini	P.ZZA SAN FRANCESCO,1 - Viale dei Pini 1 CAPACI	091 8620156	
Cf Montelepre	VIA F. PURPURA, 82	091 8984261	

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP PALERMO	P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo	1°
	P.O. "Civico" di Partinico	1°
	P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese	1°
AA.OO.	ARNAS Civico	2°
	Ospedali Riuniti "Villa Sofia/Cervello" - P.O. Cervello	2°
A.O.U.	Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo	2°
	Ospedale Classificato "Buccheri La Ferla	2°
CASE DI CURA	"Candela s.p.a."	1°
	"Orestano srl"	1°
	"Triolo Zancla s.p.a."	1°
	"Villa Serena srl"	1°
	"Demma srl"	1°

Ragusa

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
MODICA	CONSULTORIO DI MODICA 1	C.SO UMBERTO I, 283	97015	0932/448968-70-71-
	CONSULTORIO DI MODICA 2	VIA LORETO 3° TRAV.SIN N°5	97015	0932/448987
	CONSULTORIO DI SCICLI	VIA OSPEDALE	97018	0932/446229
	CONSULTORIO DI ISPICA s.d. POZZALLO	VIA D. D`AOSTA, 32	97014	0932/446770
VITTORIA	CONSULTORIO DI VITTORIA 1	VIA GIURATO	97019	0932/999428
	CONSULTORIO DI VITTORIA 2	VIA CASTELFIDARDO N 19	97019	0932/992422
	CONSULTORIO DI COMISO	VIA KEPLERO N. 1	97013	0932/740509
RAGUSA	CONSULTORIO DI CHIARAMONTE	P.LE MATTEO GAFA C/DA PEZZE	97012	0932/234975
	CONSULTORIO DI S. CROCE CAMERINA	VIA G. DI VITTORIO N 3	97017	0932/912989
	CONSULTORIO DI RAGUSA 1	P.ZZA LIBERTA` N 10	97100	0932/234175 0932/234178
	CONSULTORIO DI RAGUSA 2	V.LE DELLE AMERICHE 72	97100	0932/234140

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP RAGUSA	P.O. "Civile Arezzo" di Ragusa	2°
	P.O. "Maggiore" di Modica	1°
	P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria	1°

Siracusa

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
SIRACUSA	CONSULTORIO PALAZZOLO	VIA NAZIONALE, 112	89010	0931/883290 0931/883290
	CONSULTORIO FLORIDIA	VIA DE AMICIS, 2	96010	0931/948086 0931/948086
	CONSULTORIO PRIOLO	VIA MEGARA IBLEA, 15	96010	0931/769449 0931/769449
	CONSULTORIO SORTINO	CONTRADA LAGO	96010	0931/954747 0931/954747
	CONSULTORIO SIRACUSA 2	VIA IERONE I N. 37	96100	0931/484226/227 0931/484228
	CONSULTORIO VIA ITALIA	VIA ITALIA N. 7	96100	0931/484480 0931/484464
	CONSULTORIO SIRACUSA 1	VIALE TUNISI, 34	96100	0931/484220 0931/484220
AUGUSTA	CONSULTORIO AUGUSTA	VIA DE ROBERTO, 109	96011	0931/989389/383 0931/989380
	CONSULTORIO MELILLI	VIA MARTIRI DI VIA FANI	96100	0931/989436/440 0931/989437
NOTO	CONSULTORIO AVOLA	C.DA CHIUSA DI CARLO	96012	0931/582454
	CONSULTORIO NOTO	VIA MONTESSORI, 1	96017	0931/890681 0931/890680
	CONSULTORIO PACHINO	C.DA COZZI	96018	0931/801195 0931/801195
LENTINI	CONSULTORIO ROSOLINI	VIA CAVALIERE DOMENICO MARINA	96019	0931/890025 0931/890026
	CONSULTORIO FRANCOFONTE	C.DA COCO	96015	095/909834/35 095/909847
	CONSULTORIO LENTINI	VIA MACELLO, 5	96016	095/909800

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP SIRACUSA	P.O. "Umberto I" di Siracusa	2°
	P.O. "Generale" di Lentini	1°
	P.O. "G. Di Maria" di Avola	1°

Trapani

Distretto	CONSULTORI	Indirizzo	CAP	TELEFONO/FAX
TRAPANI	CONSULTORIO ERICE	VIALE DELLA PROVINCIA - ERICE	91016	0923/472386 0923/472388
	CONSULTORIO VALDERICE	VIA LAZIO	91019	0923/891386 0923/891386
	CONSULTORIO TP 2	VIA SARACENI, 2	91100	0923/22723 0923/22723
	CONSULTORIO TP 1	VIA MARINO TORRE, 216	91100	0923/20962 0923/24874
MARSALA	CONSULTORIO PETROSINO	VIA F. CAFISO, 80	91020	0923/98668 0923/986629
	CONSULTORIO MARSALA CENTRO	PIAZZA MARCONI, 43	91025	0923/712230 0923/712230
	CONSULTORIO MARSALA BOSCO	VIA TRAPANI , 346	91025	0923/968200 0923/995777
MAZARA DEL VALLO	CONSULTORIO MAZARA DEL VALLO	VIA CASTELVETRANO , 28	91026	0923/901618 0923/901618
	CONSULTORIO SALEMI	VIA F. PAOLO CLEMENTI, 63	91027	0924/982166 0924/982166
CASTELVETRANO	CONSULTORIO CASTELVETRANO	VIA BRANDI MARTE, 9	91015	0924/930269 0924/906076
	CONSULTORIO S. NINFA	PIAZZA FLEMING, 3	91029	0924/62022 0924/62022
PANTELLERIA	CONSULTORIO PANTELLERIA	VIA ARCIPRETE D`AIETTI	91017	0923/910263
ALCAMO	CONSULTORIO CASTELLAMMARE DEL GOLFO	VIA DONIZETTI	91014	0924/30130 0924/35000
	CONSULTORIO ALCAMO	VIA MADONNA DEL RIPOSO, 151/B	91011	0924/28793 0924/509566
CONSULTORI PRIVATI	CONSULTORIO "CRESCERE INSIEME"	VIA TENENTE ALBERTI, 21	91100	0923 536411

	PUNTI NASCITA	LIVELLO
ASP TRAPANI	P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani	2°
	P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano	1°
	P.O. "San Biagio" di Marsala	1°

Note

SEZIONE 2:
CARTELLA CLINICA

NOTIZIE ANAGRAFICHE DEI GENITORI
ANAMNESI
DIARIO CLINICO
ACCESSI
TABELLA ECOGRAFIE
TABELLA ESAMI

MODALITA' D'ACCESSO

☐ Diretto ☐ Indiretto

Modalità di invio:

_____

☐ U.O. Ost. Gin. ☐ MMG
☐ Ginecologo ambulatoriale ☐ Laboratorio analisi
☐ Farmacia ☐ Altro

PRESA IN CARICO IL

Dati della madre

Cognome_____ Nome_____

Data di nascita_____ Comune di Nascita_____ Prov. (_____) Nazione_____

Indirizzo _____ Residenza (comune) _____ Prov. (_____)

RegioneASP_____ Telefono fisso_____ Cellulare_____

Lingua madre_____ Necessità interprete ☐SI ☐NO Necessità mediatore culturale ☐SI ☐NO

Cittadinanza_____ C.F. / S.T.P. / ENI. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Attività lavorativa

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ Occupata
- ☐ Disoccupata
- ☐ In cerca di 1° occupazione
- ☐ Casalinga
- ☐ Studentessa
- ☐ Ritirata dal lavoro
- ☐ Altra condizione
- ☐ Informazione non comunicata

POSIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ Imprenditrice
- ☐ Libera professionista
- ☐ Dirigente
- ☐ Impiegata
- ☐ Lavoratrice autonoma
- ☐ Operaia
- ☐ Militare, forze dell'ordine
- ☐ Mai esercitato attività lavorativa stabile

ATTIVITA' ECONOMICA

- ☐ Agricoltura, caccia, pesca
- ☐ Industria
- ☐ Commercio pubblici servizi, alberghi
- ☐ Pubblica Amministrazione

Congedo SI ☐ NO ☐

Inizio a ____ settimane di gravidanza

Titolo di studio

☐LAUREA ☐ MEDIA SUPERIORE ☐SCUOLA PROFESSIONALE ☐MEDIA INFERIORE ☐ELEMENTARE ☐NESSUN TITOLO ☐NON COMUNICATO

Dati del padre

Cognome_____ Nome_____

Data di nascita_____ Comune di Nascita_____ Prov. (_____) Nazione_____

Indirizzo _____ Residenza (comune) _____ Prov. (_____)

RegioneASP_____ Telefono fisso_____ Cellulare_____

Lingua madre_____ Necessità interprete ☐SI ☐NO Necessità mediatore culturale ☐SI ☐NO

Cittadinanza_____ C.F. / S.T.P. / ENI. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Attività lavorativa

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ Occupata
- ☐ Disoccupata
- ☐ In cerca di 1° occupazione
- ☐ Casalinga
- ☐ Studentessa
- ☐ Ritirata dal lavoro
- ☐ Altra condizione
- ☐ Informazione non comunicata

POSIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ Imprenditrice
- ☐ Libera professionista
- ☐ Dirigente
- ☐ Impiegata
- ☐ Lavoratrice autonoma
- ☐ Operaia
- ☐ Militare, forze dell'ordine
- ☐ Mai esercitato attività lavorativa stabile

ATTIVITA' ECONOMICA

- ☐ Agricoltura, caccia, pesca
- ☐ Industria
- ☐ Commercio pubblici servizi, alberghi
- ☐ Pubblica Amministrazione

Titolo di studio

☐LAUREA ☐ MEDIA SUPERIORE ☐SCUOLA PROFESSIONALE ☐MEDIA INFERIORE ☐ELEMENTARE ☐NESSUN TITOLO ☐NON COMUNICATO

DI: _____

Anamnesi (triplice copia)

Abitudini di vita

Attività fisica_____ Abitazione (dove, con chi) _____

_____

Viaggi_____

Alimentazione_____

Metodo di cura (convenzionale, omeopatia, erbe, etc.)_____

_____

☐ Fumo n° sigarette prima della gravidanza_____; durante_____ ☐Alcool_____

☐ Stupefacenti_____ ☐Farmaci_____

Partner

☐ Fumo _____ ☐ Alcool_____ ☐ Stupefacenti_____ ☐Farmaci_____

Note

_____

_____

Anamnesi familiare

Condizione	Familiare	Note
Diabete		
Ipertensione		
Gemellarità		
Malformazioni congenite		
Varici		
Allergie		
Neoplasie		
Cardiopatie		
Malattie renali		
Epilessia		
Malattie psichiatriche		
Trombofilia		
Cromosomopatie		
Altro		

Note

_____

_____

Anamnesi partner

Malattie in famiglia

_____

Malattie personali

_____

Note

_____

Consanguineità tra i partner ☐ SI_____ ☐ NO

Anamnesi personale

Condizione	Dettagli
Diabete	
Ipertensione	
Emoglobinopatie / talassemia	
Trombosi	
Varici	
Allergie	
Neoplasie	
Cardiopatie	
Malattie renali	
Malattie del fegato	
Emicrania	
Epilessia	
Malattie psichiatriche	
Crisi depressive	
Disturbi del comportamento alimentare	
MST	
M. apparato muscolo-scheletrico	
Altro	

Interventi chirurgici _____

Farmaci _____

Anamnesi ginecologica

Pap test **data**_____ **esito**_____

Colposcopia **data**_____ **esito**_____

Mammella _____

Altro _____

Interventi chirurgici _____

Contraccezione _____

Note _____

Anamnesi ostetrica parità_____

Anno	W	IVG	Aborto spontaneo	Parto eutocico	Parto distocico	T.C.	Neonato	Allattamento	Complicanze

Note _____

_____

Anamnesi preconcezionale

☐ gravidanza desiderata/prevista

☐ gravidanza imprevista

accettazione donna ☐ no ☐ si

accettazione partner ☐ no ☐ si

☐ precedente infertilità/subefertilità

☐ trattamento per infertilità nella GR attuale

☐ farmaci ☐ IUI ☐ GIFT

☐ FIVET ☐ ICSI ☐ altre tecniche

☐ mutilazioni genitali femminili

☐ fratture pelviche o degli arti inferiori

☐ assunzione di acido folico prima/durante l'attuale GR

da_____ a_____

Condizioni della coppia nei 2 mesi precedenti il concepimento:

(lavoro, viaggi, malattie, farmaci, RX, anticoncezionali recenti, ecc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esami Preconcezionali

Emogruppo e fattore RH _____

Emogruppo e fattore RH del partner_____

Incompatibilità in gravidanze precedenti ☐ Rh ☐ ABO

Profilassi Rh in gravidanze precedenti ☐ NO ☐ SI

Rubeotest_____ Toxotest _____

Stato di portatore per talassemie/emoglobinopatie ☐ NO ☐ SI

Stato di portatore per talassemie/emoglobinopatie partner ☐ NO ☐ SI

VDRL / TPHA_____

VDRL / TPHA partner_____

HIV Ab_____

HIV Ab partner_____

Anamnesi per l'allattamento

Allattamenti precedenti

- ☐ No
- ☐ Si, esclusivo
- ☐ Si, complementare per numero mesi_____

Soddisfatta:

- ☐ SI
- ☐ NO per: _____

_____

_____

Ostacoli

- ☐ lavorativi _____

_____

_____

_____

- ☐ altri_____

_____

_____

_____

Condizioni che controindicano l'allattamento:

- ☐ sieropositività HIV
- ☐ tumore mammario
- ☐ alcolismo e/o tossicodipendenza
- ☐ assunzione permanente di farmaci controindicati
- ☐ agenesia mammaria o mastectomia bilaterale
- ☐ altro_____

_____

_____

_____

Note _____

_____

DI: _____

Diario clinico (triplice copia)

data compilazione ___/ ___/ _____

DECORSO DELLA GRAVIDANZA			
Um_____	☐ certa ☐ incerta	Cicli abituali:	☐ regolari ☐ irregolari
TIG positivo il _____/ _____/ _____		EPP _____ EPP ECO_____	
Decorso della gravidanza fino al momento della 1ª visita _____			
Primi MAF data _____/ _____/ _____			
☐ minaccia d'aborto	☐ nausea	☐ vomito	
Farmaci assunti_____			
Peso kg.	Statura mt.	IMC[1]	
PAO	Colorito _____ ☐ varici _____ ☐ edemi _____ ☐ eczemi _____	Funzione intestino _____ Funzione vescica _____	

ESAME CLINICO OSTETRICO			
Genitali esterni		Note	
Vagina			
Corpo uterino		BCF	
Cervice uterina		OUE	
Annessi		Mammelle	
Note			

Paptest eseguito ☐ NO ☐ SI n. vetrino_____

Esito:_____

TEST SCREENING PRENATALE

eseguiti presso_____

☐ translucenza nucale data_____ Esito_____
☐ tritest data_____ Esito_____
☐ _____ data_____ Esito_____
☐ _____ data_____ Esito_____

DIAGNOSTICA PRENATALE INVASIVA

eseguiti presso_____

☐ amniocentesi data_____ Esito_____
☐ villocentesi data_____ Esito_____
☐ _____ data_____ Esito_____

VALUTAZIONE:

_____
_____
_____
_____

DI: _____

Accessi (triplice copia) - UM:_____ - EPP:_____

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
1ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
2ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
3ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
4ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
5ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
6ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
7ª DATA								
note:								

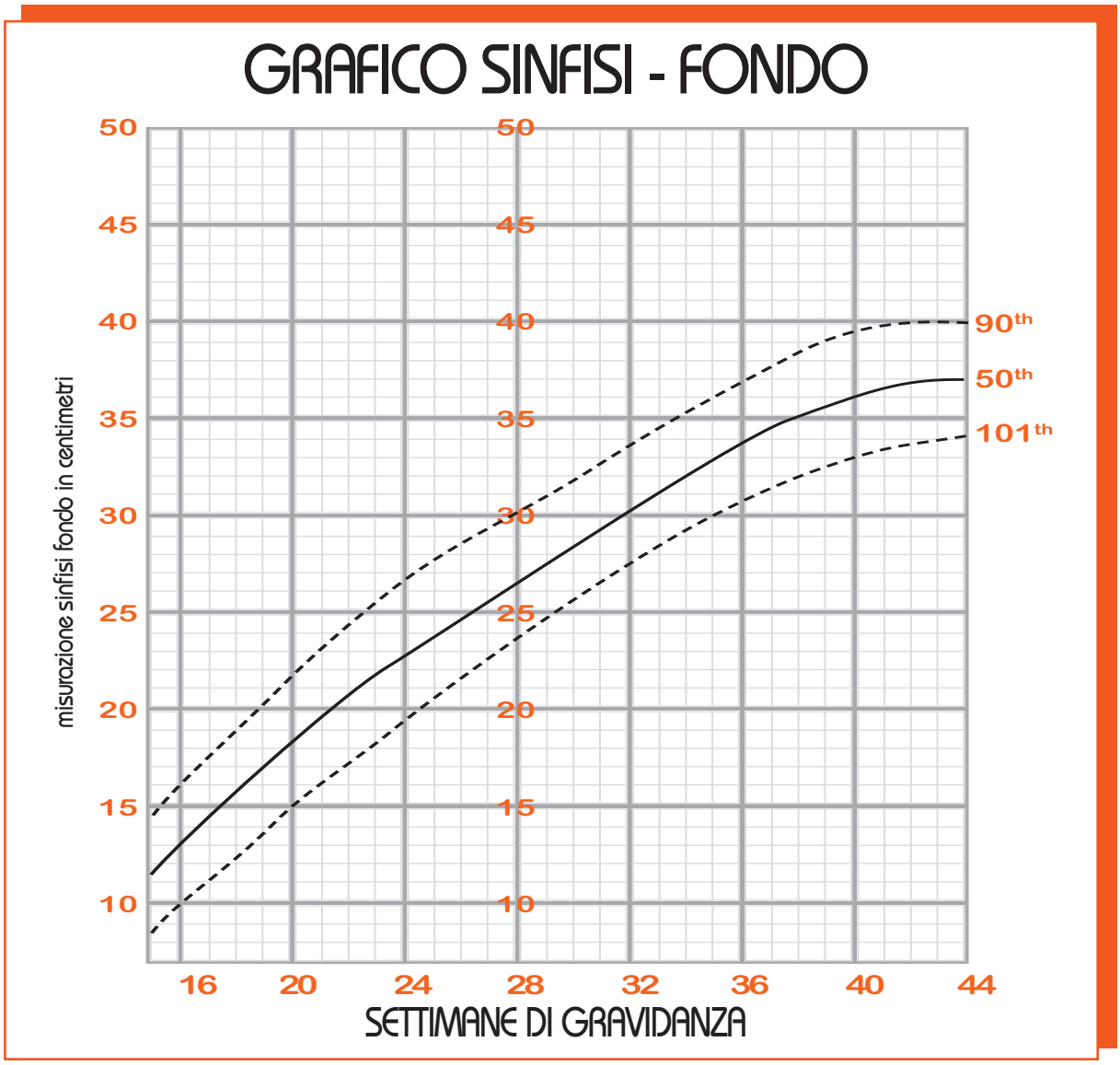
	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
8ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
9ª DATA								
note:								

	W	Peso	PAO	MAF	Esplorazione vaginale	LSF[1]	BCF	Membrane
10ª DATA								
note:								

1 LSf: Lunghezza Sinfisi - fondo

UM:_____ - EPP:_____



Note & Appunti:

La misurazione sinfisi-fondo si rileva con un nastro centimetrato, calcolando la distanza tra il margine superiore della sinfisi pubica ed il fondo uterino. Il dato viene riportato nel grafico soprastante a partire da 24 settimane e confrontato con le curve di crescita fetale. Il livello raggiunto dal fondo uterino è il primo e più semplice mezzo in grado di rilevare la corretta crescita del feto. Deve essere misurato ad ogni visita e, se possibile, dallo stesso operatore. Un'alterazione della regolare crescita uterina richiede assistenza addizionale

DI: _____

ECOGRAFIE

data	Servizio ecografia	W	Biometria pari all'epoca	Referto allegato	Morfologia fetale compatibile per l'epoca	BCM / MAF presenti	L. A. regolare	Placenta	Operatore *(firma leggibile)*
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		
__/__/__			☐ SI ☐ NO_____ _____	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO		

DI: _____

Tabella esami (triplice copia)

UM:_____ - EPP:_____

Esami di base (DM 10/9/98): segnalare l'esame eseguito in corrispondenza della casella (**le CASELLE BIANCHE corrispondono alle settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame, le CASELLE GIALLE corrispondono alle settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame solo nelle condizioni esplicitate nelle note**). Non è prevista la trascrizione dei valori degli esiti per evitare errori di trascrizione. I referti degli esami vanno inseriti nelle apposite tasche del Quaderno per consentirne la lettura diretta.

	Prima o ad inizio di GR	Settimane di gravidanza							Segnalazioni
		< 13	14-18	19-23	24-27	28-32	33-37	38-41	
Gruppo ABO									
Fattore RH									
Coombs indiretto*									In donne "RH -" ripetere ogni mese
HIV							Se rischio anamn.		
Rubeotest									
Toxotest									Se negativo ripetere ogni mese
GOT / GPT									
VDRL / TPHA									
HB sAg									
Emocromo									
Screening reg. Emoglobinopatie									
Ferritinemia									
Glicemia									
OGTT (se pregresso diabete gestazionale 16-18 W e succ. 28W; se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 W)			Diabete e gest. pregr.						
HCV									
Esame urine									
Urinocoltura									
Tampone vaginale e rettale per ricerca strepto B (34-37)									

ALTRI ESAMI

* il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28° W.
In donne Rh negative va ripetuto ogni mese. Le LG consigliano l'immunoprofilassi anti D alla 28° W alle donne RH negative.

Esami del padre eseguiti prima o ad inizio di GR	Note
HIV	
TPHA / VDRL	
Screening reg. Emoglobinopatie	

Signora:_____

UM:_____ EPP:_____

Elementi di attenzione dall'anamnesi

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Scelta del Pediatra

Sebbene la scelta del pediatra in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale (pediatra di libera scelta) sia formalmente possibile solo dopo la nascita, considerato che il neonato andrà seguito dal pediatra fin dai primi giorni di vita, è opportuno che la famiglia si orienti nella scelta del professionista, che dovrà prendersi cura del proprio bambino, fin dalle ultime settimane di gravidanza. A tal fine è possibile informarsi presso l'Ufficio competente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza, anche sulla sede e gli orari di apertura dello studio, l'eventuale associazione con altri pediatri, la partecipazione a programmi di disponibilità telefonica. La scelta andrà poi effettuata, in possesso del codice fiscale del neonato, presso gli appositi uffici distrettuali.

Note

SEZIONE 3:

INVIO GUIDATO / ACCETTAZIONE AL PUNTO DI NASCITA

MODULO DI INVIO GUIDATO AL PUNTO NASCITA
SCHEDA ACCETTAZIONE PUNTO NASCITA DEL P.O./OSPEDALE

MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE AL PUNTO NASCITA (triplice copia)

Data invio_____

Servizio di invio _____
Telefono _____
Medico ginecologo _____
Ostetrica _____

Cognome_____
Nome_____
Data nascita_____**età**_____

U.M. ___/ ___/ _____ **E.P. P.** ___/ ___/ _____
E.P.ECOGRAFICA ___/ ___/ _____

W

Parità

Elementi di attenzione dall'anamnesi

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza

Esame clinico alla _____ settimana data_____

PAO	PESO	Perdite ematiche ☐ Si ☐ No	Infezioni genitali ☐ Si ☐ No
MAF percepiti ☐ Si ☐ No	BCF ☐ Si ☐ No	Utero corrispondente ☐ Si ☐ No	PVC
Membrane	Presentazione	Contrazioni	
Note			

Livello di rischio attuale

☐ Gravidanza a **BASSO** rischio
☐ Gravidanza a **MEDIO / ALTO** rischio

Per:_____

_____

Si allegano esami ☐ Si ☐ No

Dati per l'emergenza

Note	

Timbro e Firma Operatore

_____

SIGNORA _____

SCHEDA ACCETTAZIONE PUNTO NASCITA DEL P.O. / Ospedale _____ (duplice copia)

☐ AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO presso il TERMINE
☐ AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A RISCHIO

Data _____
Cognome _____
Nome _____
Data nascita _____ età _____
U.M. ___/ ___/ _____ E.P. P. ___/ ___/ _____
E.P. ECOGRAFICA ___/ ___/ _____

W

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio N° _____
Studio Privato _____
Ambulatorio gravidanza a rischio _____
_____
Ambulatorio _____

Emogruppo _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto
☐ No ☐ Si

Specificare:

PESO	PAO

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____
_____
_____
_____
_____

continua SCHEDA ACCETTAZIONE (duplice copia)

SIGNORA_____

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO

Esplorazione Vaginale	Presenta-zione	MAF	BCF	Membrane	Perdite ematiche
				☐ integre ☐ rotte da_____ore	☐ SI ☐ NO

NOTE:

ECOGRAFIA

NOTE:

ESAMI RICHIESTI

☐ Azotemia	☐ Elettroliti	☐ Fibrinogeno	☐
☐ Glicemia	☐ Proteine tot.	☐ Colinesterasi	☐
☐ Emocromo	☐ Transaminasi	☐ N. di dibucaina	☐
☐ Att. Protromb	☐ creatinina	☐ Esame urine	☐
☐ PTT	☐ Amilasi	☐ ECG	☐

NOTE:

☐ Prelievo per tampone vaginale/rettale il_____

continua SCHEDA ACCETTAZIONE (duplice copia)

Data_____

W

Elementi di rischio per il travaglio/parto
☐ **No** ☐ **Si**
Specificare:

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO					
Esplorazione Vaginale	Presenta-zione	MAF	BCF	Membrane	Perdite ematiche
				☐ integre ☐ rotte da_____ore	☐ SI ☐ NO
NOTE:					

Esami fuori range: _____

_____

ECOGRAFIA
NOTE:

ESAMI RICHIESTI			
☐ Azotemia	☐ Elettroliti	☐ Fibrinogeno	☐
☐ Glicemia	☐ Proteine tot.	☐ Colinesterasi	☐
☐ Emocromo	☐ Transaminasi	☐ N. di dibucaina	☐
☐ Att. Protromb	☐ creatinina	☐ Esame urine	☐
☐ PTT	☐ Amilasi	☐ ECG	☐
NOTE:			

Prossimo controllo il _____ ore_____

Timbro e Firma Operatore

_____

continua SCHEDA ACCETTAZIONE (duplice copia)

Signora_____

Data_____

W

Elementi di rischio per il travaglio/parto

☐ **No** ☐ **Si**

Specificare:

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO					
Esplorazione Vaginale	Presenta-zione	MAF	BCF	Membrane	Perdite ematiche
				☐ integre ☐ rotte da_____ore	☐ SI ☐ NO
NOTE:					

Esami fuori range: _____

_____

ECOGRAFIA
NOTE:

ESAMI RICHIESTI			
☐ Azotemia	☐ Elettroliti	☐ Fibrinogeno	☐
☐ Glicemia	☐ Proteine tot.	☐ Colinesterasi	☐
☐ Emocromo	☐ Transaminasi	☐ N. di dibucaina	☐
☐ Att. Protromb	☐ creatinina	☐ Esame urine	☐
☐ PTT	☐ Amilasi	☐ ECG	☐
NOTE:			

Prossimo controllo il _____ ore_____

☐ RICOVERO PRESSO IL PUNTO NASCITA IL _____

Timbro e Firma Operatore

_____

continua SCHEDA ACCETTAZIONE (duplice copia)

Data_____

W

Elementi di rischio per il travaglio/parto
☐ **No** ☐ **Si**
Specificare:

ESAME OBIETTIVO OSTETRICO					
Esplorazione Vaginale	Presenta-zione	MAF	BCF	Membrane	Perdite ematiche
				☐ integre ☐ rotte da_____ore	☐ SI ☐ NO
NOTE:					

Esami fuori range: _____

_____

ECOGRAFIA
NOTE:

ESAMI RICHIESTI			
☐ Azotemia	☐ Elettroliti	☐ Fibrinogeno	☐
☐ Glicemia	☐ Proteine tot.	☐ Colinesterasi	☐
☐ Emocromo	☐ Transaminasi	☐ N. di dibucaina	☐
☐ Att. Protromb	☐ creatinina	☐ Esame urine	☐
☐ PTT	☐ Amilasi	☐ ECG	☐
NOTE:			

Prossimo controllo il _____ ore_____

☐ RICOVERO PRESSO IL PUNTO NASCITA IL _____

Timbro e Firma Operatore

_____

SEZIONE 4:
POST PARTUM E PUERPERIO

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA
ESAME CLINICO DEL NEONATO
ADESIONE PROGRAMMA ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO
ASSISTENZA IN PUERPERIO
ALLATTAMENTO

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA

(A CURA DEL PUNTO NASCITA) **Data**_____

Madre:

Cognome_____ Nome _____

Data nascita_____ età _____

Neonato:

Cognome_____ Nome _____

Data nascita_____ sesso_____

PARTO						
Data	W	Travaglio	Profilassi antibiotica	Modalità parto	Seconda-mento	Profilassi anti D
		☐ Spontaneo ☐ Indotto con: _____ _____		☐ Eutocico ☐ Distocico _____ ☐ TC	☐ Spontaneo ☐ Manuale	

NEONATO			
APGAR	Peso	Rianimazione	Profilassi
		☐ No ☐ Si con: _____ _____	☐ Oculare ☐ Antiemorr. ☐ Altro _____

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA alla dimissione

Data	Perineo: sutura	Emorroidi	Cicatrice laparotomica	Minzione	Alvo	Utero		
						Fondo	Cervice	Lochi
	☐ No ☐ Si _____	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ regolare ☐ irregolare	☐ regolare ☐ irregolare			

ESAME CLINICO DEL NEONATO (alla dimissione)

Data	Settimana dalla nascita	Peso	Lunghezza	Circonferenza cranica	Ittero	Alimentazione durante la degenza	Note
					☐ No ☐ Si	☐ Materna esclusiva ☐ Complementare ☐ Artificiale	

Allattamento alla dimissione

☐ MATERNO ESCLUSIVO ☐ COMPLEMENTARE ☐ ARTIFICIALE

Valutazione della poppata data_____

Mamma rilassata e a suo agio	☐ si	☐ no
Bambino calmo e sveglio	☐ si	☐ no
Posizione comoda per mamma e bambino	☐ si	☐ no
Buona presa del seno	☐ si	☐ no
Buona alternanza suzione/deglutizione	☐ si	☐ no
Si vede e si sente il bambino deglutire	☐ si	☐ no
Presenza di dolore alla suzione	☐ si	☐ no
Presenza di arrossamenti o ragadi	☐ si	☐ no

Controindicazioni che controindicano l'allattamento naturale

- ☐ Sieropositività HIV
- ☐ Tumore mammario
- ☐ Alcolismo e/o tossicodipendenza
- ☐ Assunzione permanente di farmaci controindicati*
- ☐ Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale
- ☐ Psicosi post parto
- ☐ Malattia congenita del neonato
- ☐ Epatite in fase acuta
- ☐ Herpes bilaterale del capezzolo
- ☐ Altro_____

_____

* per consulenze sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento contattare il Centro di Informazione sul farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800883300 (risponde il 118 e da qui la telefonata viene inoltrata all'Ospedale di Bergamo)

Vedi "Scelta del Pediatra" a pag 27

ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA TERRITORIALE IN PUERPERIO

La sottoscritta, _____ nata a _____
il _____, informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa ASP, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di:

☐ NON ADERIRE
☐ ADERIRE

al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:
☐ assistenza domiciliare
☐ assistenza ambulatoriale

DATA FIRMA

_____ _____

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita_____
a segnalare i propri recapiti telefonici _____
_____
al Consultorio di _____,
per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

DATA FIRMA

_____ _____

L'operatore del punto nascita

_____

SEGNALAZIONE AL CONSULTORIO DI RIFERIMENTO PER PRESA IN CARICO
☐ NO ☐ SI _____

SEGNALAZIONE AL PEDIATRA DI BASE PER PRESA IN CARICO
☐ NO ☐ SI _____

ASSISTENZA IN PUERPERIO (duplice copia)

SERVIZIO _____

Puerpera

Data_____ Giorni/Settimane dal parto_____

☐ Visita domiciliare ☐ Visita ambulatoriale

Genitali esterni e perineo	Cicatrice laparotomica	Alvo	Utero	Lochiazioni	Mammella	Minzione

Note

Neonato

Data_____ Giorni/Settimane dal parto_____

☐ Visita domiciliare ☐ Visita ambulatoriale

Calo ponderale	Ritmi del bambino (sonno pianto, evacuazioni)	Ittero	Alimentazione	Presa in carico dal PLS
☐ No ☐ Si _____%				

Note

Allattamento

☐ MATERNO ESCLUSIVO ☐ COMPLEMENTARE ☐ ARTIFICIALE

Valutazione della poppata data_____

Mamma rilassata e a suo agio	☐ si	☐ no
Bambino calmo e sveglio	☐ si	☐ no
Posizione comoda per mamma e bambino	☐ si	☐ no
Buona presa del seno	☐ si	☐ no
Buona alternanza suzione/deglutizione	☐ si	☐ no
Si vede e si sente il bambino deglutire	☐ si	☐ no
Presenza di dolore alla suzione	☐ si	☐ no
Presenza di arrossamenti o ragadi	☐ si	☐ no

Controindicazioni che controindicano l'allattamento naturale

- ☐ Sieropositività HIV
- ☐ Tumore mammario
- ☐ Alcolismo e/o tossicodipendenza
- ☐ Assunzione permanente di farmaci controindicati*
- ☐ Agenesia mammaria o mastectomia bilaterale
- ☐ Psicosi post parto
- ☐ Malattia congenita del neonato
- ☐ Epatite in fase acuta
- ☐ Herpes bilaterale del capezzolo
- ☐ Altro_____

_____

* per consulenze sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento contattare il Centro di Informazione sul farmaco e la Salute dell'Istituto Mario Negri al numero telefonico 800883300 (risponde il 118 e da qui la telefonata viene inoltrata all'Ospedale di Bergamo)

☐ Counseling Contraccezione

_____

Firma Operatore/i

_____

_____

Note

SEZIONE 5:
ALLEGATI

ATTESTATO DI GRAVIDANZA
CONSENSO INFORMATO PER LA DIAGNOSI PRENATALE
CALENDARIO APPUNTAMENTI
CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
CONSENSO INFORMATO PER ACCERTAMENTO POSITIVITA' PER HIV

intestazione o timbro del servizio

ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La Signora _____

Nata a_____

Residente a _____

in via_____

è attualmente in stato di gravidanza

data dichiarata ultima mestruazione: _____/ _____/ _____

data presunta del parto: _____/ _____/ _____

Gravidanza diagnosticata con:

- ☐ Test immunologico effettuato in data _____/ _____/ _____
- ☐ Esame clinico effettuato in data _____/ _____/ _____
- ☐ Esame ecografico effettuato in data _____/ _____/ _____

data _____/ _____/ _____

Timbro e firma del medico attestante

CONSENSO INFORMATO PER LA DIAGNOSI PRENATALE

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario.
Sono stata informata delle possibilità e dei limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down e le altre anomalie cromosomiche.
Ho compreso che le anomalie cromosomiche, di cui la più nota e la più frequente è la trisomia 21 (mongolismo), sono anomalie del feto per le quali non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora la condizione venga riconosciuta prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978, verrà valutata dal medico del Servizio presso il quale mi rivolgerò che dovrà verificare se esistono le condizioni per accettarla.
Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali) a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi.
Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna.
In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening:

- ☐ Esame della translucenza nucale (NT)
- ☐ Test combinato (translucenza nucale + duotest)
- ☐ Tritest
- ☐ Quadruplo test
- ☐ Test integrato
- ☐ Test integrato sierico

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di anomalia cromosomica) si può procedere alla diagnosi mediante un'amniocentesi o un prelievo dei villi coriali, se il test di screening è "negativo", (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sia malato.
Ho discusso con il mio medico di riferimento dr. ……..……... in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date.

- ☐ AVENDO CHIARO QUANTO SOPRA ESPOSTO DECIDO DI **NON SOTTOPORMI** AD UN TEST DI SCREENING
- ☐ AVENDO CHIARO QUANTO SOPRA ESPOSTO DECIDO DI **SOTTOPORMI** AD UN TEST DI SCREENING

DATA _____ FIRMA DELLA PAZIENTE _____

CALENDARIO APPUNTAMENTI

TRIMESTRE	SETT.	APPUNTAMENTI	ESAMI		
		Bilanci di salute	Diagnosi prenatale	Ecografia	Esami di laboratorio
PRIMO	1	Ultima mestruazione			
	2				
	3				
	4				Test di gravidanza
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
SECONDO	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
TERZO	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
TERMINE DI GRAVIDANZA	38				
	39				
	40				
	41				
	42				
PUERPERIO	30 / 40 gg. dopo il parto				

CALENDARIO DEGLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Inizio incontri _____ presso_____

Operatore di riferimento_____

Numero telefonico di riferimento_____

Data	Argomento	Presente / Assente	Luogo	Conduttore del gruppo

Annotazioni

_____

_____

_____

_____

Tipologia del Corso

- ☐ Teorico
- ☐ Interattivo
- ☐ Preparazione fisica
- ☐ RAT

Altro (specificare) _____

INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

L' **HIV** (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.
Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. È necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.
Il test HIV. L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

Il risultato del test HIV.

Se il risultato del test HIV è:
NEGATIVO/NON REATTIVO significa che non ci si è infettati.
Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) "Telefono Verde AIDS" dell'Istituto Superiore di Sanità - 800-861061, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.
POSITIVO/REATTIVO, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.
Privacy e gratuità. Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____, nato/a il ___/___/___

☐ in proprio ☐ nella qualità di _____

DICHIARO

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

☐ l'informativa fornita,

☐ il colloquio con un operatore sanitario; e liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data___/___/___

Firma leggibile

_____

Firma leggibile dell'operatore sanitario

_____

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"A"

IMPEGNATIVA "A"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Primo trimestre [1]

(entro la 13^ settimana di amenorrea e comunque al primo controllo)

- Determinazione Gruppo sanguigno e fattore Rh (*se mai documentato*) (90.65.3)……
- Test di Coombs indiretto[2] (90.49.3)……
- Emocromo (90.62.2)……
- Glicemia (90.27.1)……
- GOT (90.09.2)……
- GPT (90.04.5)……
- Esame urine (90.44.3)……

Data……

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

N.B. Gli esami per lo *Screening della Talassemia* (GURS n°33 del 27/07/2007) e l' *Urinocoltura* (consigliata dalle LG per la gravidanza fisiologica del SNLG/ISS) vanno prescritti su ricettario regionale.

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

[2] Il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28 W (LG n.20 SNLG/ISS). In donne Rh negative va ripetuto ogni mese.

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"B"

IMPEGNATIVA "B"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Primo trimestre [1]

(**entro la 13^ settimana di amenorrea e comunque al primo controllo**)

- TPHA (91.10.2)……
- VDRL (91.11.1)……
- Toxo test IgG-IgM[2] (91.09.4)……
- Rubeo test IgG-IgM[3] (91.26.4)……
- Anticorpi anti HIV (HIV 1-2) (*con firma del consenso informato*) (91.22.4)……

Data……

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**
[2] In caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto.
[3] In caso di IgG negative ripetere entro la 17^W.

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"C"

IMPEGNATIVA "C"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Primo trimestre

(**entro la 13^ settimana di amenorrea e comunque al primo controllo**)

- Ecografia del primo trimestre (88.78)

Data……

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"D"

IMPEGNATIVA "D"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Secondo trimestre [1]

(da 14 a 18 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Urinocoltura (90.94.2)……..
- Toxo test IgG-IgM in donna **non immunizzata** (91.09.4)……
- Rubeo test IgG-IgM in donna **non immunizzata** (91.26.4)……

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

N.B. Secondo le LG per la gravidanza fisiologica del SNLG/ISS (agg. luglio 2011) **a 16-18 settimane** di età gestazionale, alle donne con almeno un fattore di rischio per diabete gestazionale (diabete gestazionale in una gravidanza precedente - indice di massa corporea pregravidico ≥30 - precedenti valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl) deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) ed un ulteriore OGTT 75 g **a 28 settimane** di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale. L' *OGTT 75 g* (*90.26.4*) va prescritto su ricettario regionale.

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"E"

IMPEGNATIVA "E"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Secondo trimestre [1]

(da 19 a 23 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) (90.94.2)……..
- Toxo test IgG-IgM in donna non immunizzata (91.09.4)……

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"F"

IMPEGNATIVA "F"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Secondo trimestre

(da 19 a 21 settimane di gravidanza)

- Ecografia del secondo trimestre (88.78)

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"G"

IMPEGNATIVA "G"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Secondo trimestre [1]

(da 24 a 27 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) (90.94.2)……..
- Toxo test IgG-IgM in donna non immunizzata (91.09.4)……
- Glicemia (90.27.1)……..

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"H"

IMPEGNATIVA "H"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Terzo trimestre [1]

(da 28 a 32 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Ferritina (in caso di riduzione del volume globulare medio) (90.22.3)……
- Urinocoltura (se batteriuria significativa) (90.94.2)……..
- Toxo test IgG-IgM in donna non immunizzata (91.09.4)……..
- Emocromo (90.62.2)……

N.B.

a. Secondo le LG per la gravidanza fisiologica del SNLG/ISS (agg. luglio 2011) **a 16-18 settimane** di età gestazionale, alle donne con almeno un fattore di rischio per diabete gestazionale (diabete gestazionale in una gravidanza precedente - indice di massa corporea pregravidico ≥30 - precedenti valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl) deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) ed un ulteriore OGTT 75 g **a 28 settimane** di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale. L' *OGTT 75 g* (*90.26.4*) va prescritto su ricettario regionale.

b. Secondo le LG per la gravidanza fisiologica del SNLG/ISS il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto a 28 W.

Data……..

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"I"

IMPEGNATIVA "I"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Terzo trimestre [1]

(da 33 a 37 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Urinocoltura (se batteri uria significativa) (90.94.2)……..
- Toxo test IgG-IgM in donna non immunizzata (91.09.4)……..
- Emocromo (90.62.2)……
- HCV (91.19.5)……
- HBSAG (91.18.5)……
- HIV in caso di rischio anamnestici (91.22.4)……..

N.B. Secondo le LG per la gravidanza fisiologica del SNLG/ISS lo screening dell'infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B con tampone vaginale e rettale è raccomandata per tutte le donne a 36-37 settimane. L'esame va prescritto su ricettario regionale (codici 91.49.3 e 91.08.4)

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"L"

IMPEGNATIVA "L"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Terzo trimestre [1]

(da 38 a 40 settimane di gravidanza)

- Esame completo urine (90.44.3)……
- Urinocoltura (se batteri uria significativa) (90.94.2)…….

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"M"

IMPEGNATIVA "M"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione **M** ---------- (*aggiungere il numero della settimana di gravidanza in cui viene eseguito l'esame o **99** nel caso in cui non sia possibile stabilire esattamente la settimana di gravidanza*)

Terzo trimestre

- Ecografia (88.78)

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Servizio Sanitario Nazionale

ATTACCARE L'ETICHETTA ADESIVA
CON CODICE A BARRE E LETTERA FINALE
"N"

IMPEGNATIVA "N"

INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI
PER LA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
(Decreto Ministero della Sanità del 10/9/1998)

Codice Fiscale / codice STP o ENI (*per cittadine straniere non iscritte*)

Numero Tessera TEAM (*solo per cittadine comunitarie non italiane*)

Cognome---------- Nome----------

Data di nascita----------Cittadinanza----------

Indirizzo----------Tel. ----------

Codice esenzione ----------

Per il padre biologico [1]

- Emocromo se la madre è eterozigote per HBpatia (90.62.2)……..
- Elettroforesi emoglobine se la madre è eterozigote (90.66.5)……
- TPHA (91.10.5)……
- VDRL (91.11.1)……..
- HIV in caso di rischio anamnestico (91.22.4)…….

Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.

Data…….

_____
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[1] **Gli esami non richiesti devono essere barrati e controfirmati.**

Il "Quaderno regionale di Gravidanza", promosso nell'ambito dei Progetti obiettivo di Piano Sanitario Nazionale anno 2010, è stato realizzato da:

Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
(Dirigente generale: Dr. Maurizio Guizzardi)

Servizio 8 "Programmazione territoriale ed Integrazione socio-sanitaria"
(Dirigente: Dr. Giuseppe Noto)

Società scientifiche

AOGOI AGITE e AIO (sezioni regionali).

Coordinamento regionale del progetto a cura di:

Dr.ssa Francesca Cappello	*ginecologa*
Dr.ssa Maria La Milia	*ostetrica*
Sig.ra Giovanna Grimaldi	*amministrativa*
Sig.ra Francesca Genovese	*amministrativa*

Si ringraziano per la collaborazione:

Daniela Anzelmo	*ginecologa*
Rosa Maria Biondo	*assistente sociale*
Rosa Ciriminna	*ostetrica*
Sergio Conti Nibali	*pediatra*
Selene Costa	*ostetrica*
Marika Gallo	*disegnatrice*
Monica Garraffa	*APS "Le Balate"*
Laura Giambanco	*ginecologa*
Maddalena Marino	*psicologa*
Rosaria Riccobene	*ginecologa*

Grafica:

Clicart di G. La Rosa - www.clic-art.it

Un ringraziamento particolare al Segretario regionale AOGOI Sicilia, Dr. Giuseppe Ettore.

clicart
STUDIO GRAFICO
clicart.it