

- orientata da linee guida condivise sulla gravidanza a basso rischio -

Gruppo sanguigno | | Rh | |

.....

.....

.....

.....

Interventi ginecologici

[illegible]

Annotazioni:.....
.....
.....

ABITUDINI DI VITA

FUMO: ☐ SI ☐ NO N° Non più dal
ALCOOL: ☐ SI ☐ NO DROGHE: ☐ SI ☐ NO.....
Altro

ALLERGIE

Medico di Medicina Generale: Dr.....

Persona di riferimento da contattare in caso di necessità (nome e telefono).....

GRAVIDANZA ATTUALE (QUADRO RIASSUNTIVO PER IL PUNTO NASCITA)

U.M. // E.P.P. // E.P.P. ecografica //

Peso pregravidico (kg)..... Peso attuale (kg)..... Incremento ponderale: (kg)..... BMI (inizio gravid.).....

Settimana di Gravidanza..... Situazione..... Presentazione.....

- ☐ ECG E VISITA CARDIOLOGICA
- ☐ SCREENING DIFETTI CONGENITI.....
- ☐ CURVA DA CARICO: Sett..... Esito.....
- ☐ SCREENING STREPTOCOCCO GRUPPO B.....
- ☐ TEST DI COOMBS IND.....
- ☐ IMMUNOPROFILASSI ANTI-RH
- ☐ VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO ANALGESIA

Annotazioni

ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA: nella norma ☐ SI ☐ NO

Se NO specificare

FLUSSIMETRIA:.....
.....
.....

FARMACI ASSUNTI IN GRAVIDANZA:
.....
.....

RICOVERI

PERIODO DI RICOVERO	MOTIVO DEL RICOVERO

PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE RILEVATE

☐ SI ☐ NO

Se SI specificare

DISPONIBILITÀ ALLA DONAZIONE/CONSERVAZIONE DEL CORDONE OMBELICALE

☐ SI ☐ NO

Firma

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo di assistenza alla gravidanza/Professionista | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel | | | | | | | | | | | | | |

Firma Professionista Data

DIARIO DELLA GRAVIDANZA

I TRIMESTRE (entro 12 +6 settimane)

Prima visita (eseguita il:; sett. di gravidanza:.....)

Valutazione del rischio ostetrico (v. linee-guida Regione Abruzzo sulla gravidanza a basso rischio, pag 2-3):

☐ Basso ☐ Medio-alto

Peso (kg) BMI PA

Esplorazione vaginale:
.....
.....

- Sono state offerte informazioni su:

servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno alla donna, compresi i corsi di accompagnamento alla nascita; sui benefici di legge a tutela di maternità e paternità; sugli stili di vita e la gestione dei sintomi	☐ SI ☐ NO	
possibilità di screening e/o diagnosi prenatale per anomalie cromosomiche o altre patologie diagnosticabili	☐ SI ☐ NO	
possibilità di donazione solidaristica del cordone ombelicale	☐ SI ☐ NO	
possibilità di una valutazione anestesiológica per eventuale partoanalgesia	☐ SI ☐ NO	

- Sono stati offerti i seguenti screening e/o esami: — — — —

Status Rh (emogruppo e fattore Rh)	☐ SI ☐ NO	
Anemia (emocromo)	☐ SI ☐ NO	
Anticorpi antieritrociti (test di Coombs ind.)	☐ SI ☐ NO	
HIV	☐ SI ☐ NO	
Sifilide	☐ SI ☐ NO	
Rosolia	☐ SI ☐ NO	
Toxoplasmosi.	☐ SI ☐ NO	
Citomegalovirus	☐ SI ☐ NO	

II TRIMESTRE (da 13+0 settimane a 27+6 settimane)

- Sono state offerte informazioni su:

indagine ecografica per la diagnosi di anomalie strutturali fetali	☐ SI	☐ NO	
esiti dei test di screening ed esami effettuati	☐ SI	☐ NO	

- Sono stati offerti i seguenti screening e/o esami

Anemia (emocromo-ferritina)	☐ SI	☐ NO	
Rosolia	☐ SI	☐ NO	
Toxoplasmosi	☐ SI	☐ NO	
Esame urine	☐ SI	☐ NO	
Urinocoltura	☐ SI	☐ NO	
Glicemia	☐ SI	☐ NO	
Ecografia "morfologica" ☐ SI ☐ NO			
Curva glicemica ☐ SI ☐ NO settimana			
0'			
60'			
120'			

Altri

.....

.....

Annotazioni:.....

.....

.....

Visite (data e settimana di gravidanza, pressione arteriosa, distanza sinfisi-fondo, note sintetiche sull'evoluzione della gravidanza, sugli esiti degli esami effettuati, sulla terapia, ecc)

.....

.....

.....

.....

