

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Sezione Generale

REGIONE
 Istituto/ Azienda Ospedaliera
 Azienda USL
 Comune di evento

COGNOME NOME della puerpera

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE della puerpera

Sezione A : Informazioni socio - demografiche sul/sui genitore/i

MADRE :

Data di nascita Comune di nascita
 Cittadinanza Comune di residenza
 Regione e Azienda USL di residenza
 Titolo di studio Condizione prof./non prof.
 Stato civile

Se coniugata: data del matrimonio (mese ed anno)

Precedenti concepimenti

Se si: N. parti precedenti N. nati vivi

N. nati morti N. aborti spontanei

N.IVG N. tagli cesarei precedenti

Data ultimo parto precedente

PADRE :

Data di nascita Comune di nascita
 Cittadinanza Titolo di studio
 Condizione professionale/non professionale

Consanguineità tra madre e padre Grado

C2 : neonato

da compilare per ogni nato

Sesso Tipo genitali esterni N. d'ordine del nato nel presente parto
 Peso (grammi) Lunghezza (cm.) Circonferenza cranica (cm.)
 Vitalità Punteggio Apgar dopo 5 min. dalla nascita
 Necessità di rianimazione
 Presenza di malformazione **Se si: compilare la sezione E**

Sezione D: Informazioni sulle cause di nati - mortalità

Malattia o condizione morbosa principale del feto

 Altra malattia o condizione morbosa del feto

 Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto

 Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto

 Altra circostanza rilevante

 Momento della morte Esecuzione esami strumentali in caso di malformazione
 Esecuzione fotografie in caso di malformazioni Riscontro autoptico

Sezione E: Informazioni sulla presenza di malformazioni

Malformazioni diagnosticate 1) 2) 3)
 Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita)
 Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimana compiute)
 Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti)
 Eventuali malformazioni in famiglia:
 fratelli madre padre genitori madre
 genitori padre altri parenti madre (fratelli/cugini/zii) altri parenti padre (fratelli/cugini/zii)
 Malattie insorte in gravidanza 1).....
 2).....

Firma dell'ostetrica/o

Firma del medico
