

MIDWIFERY MANAGEMENT_2

OST FUMAGALLI SIMONA

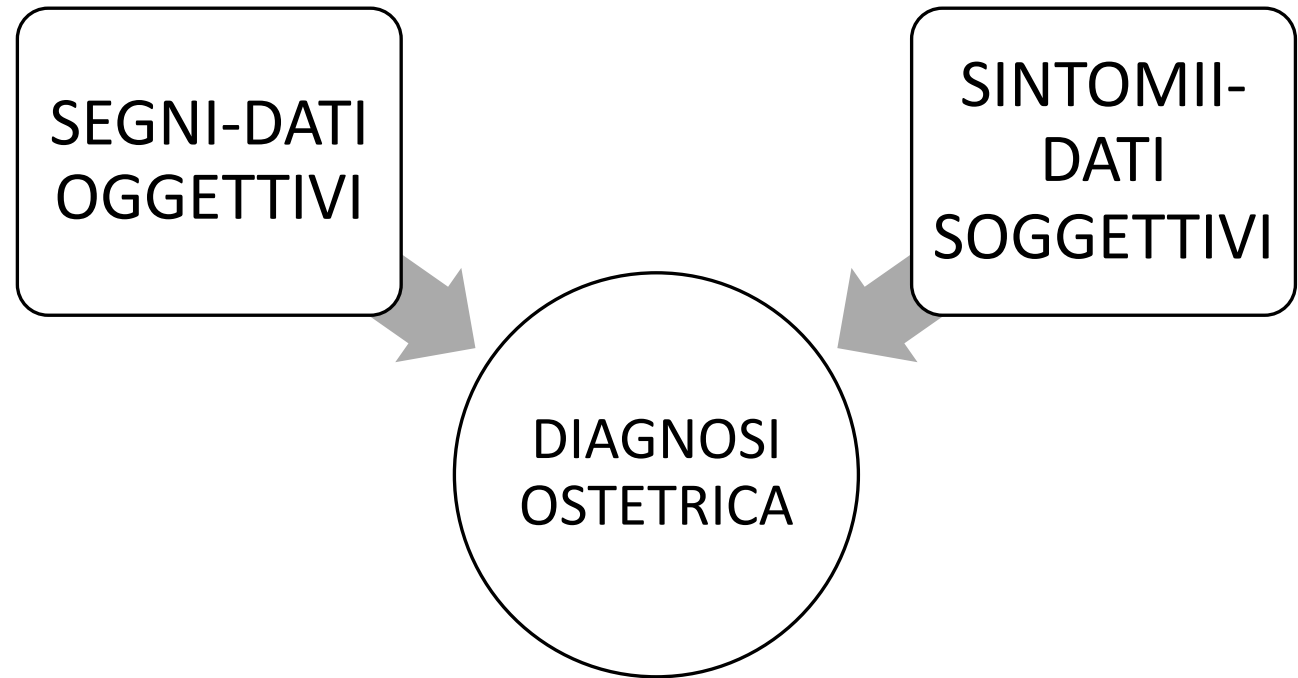


IL METODO DISCIPLINARE

Il **midwifery Management** (MM) è il **metodo clinico** dell'assistenza ostetrica e rappresenta l'**applicazione SISTEMATICA** del **problem solving** ai bisogni/problemi di di cure ostetriche.



Fase 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO




- ✓ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE
- ✓ ESAME OBIETTIVO OSTETRICO
- ✓ BILANCIO DI SALUTE

ACCERTAMENTO OSTETRICO

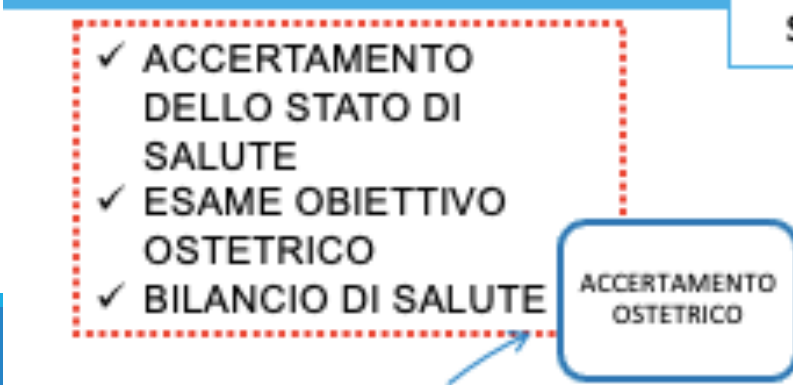
sa

Fase 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO

- ✓ Indaga sulle scelte dell'utente
- ✓ Le sue potenzialità/autonomia rispetto alla soluzione del problema



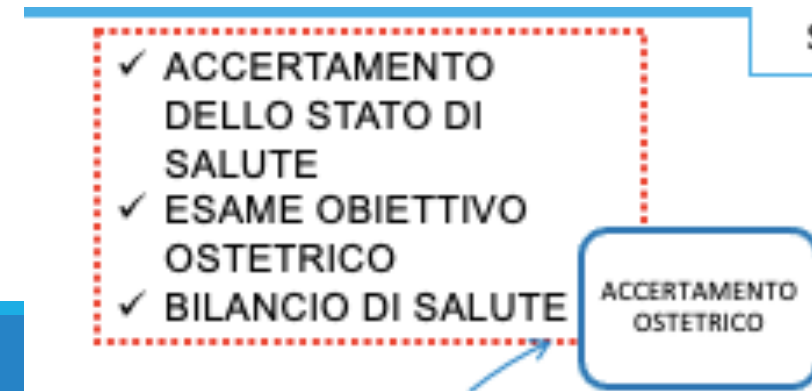
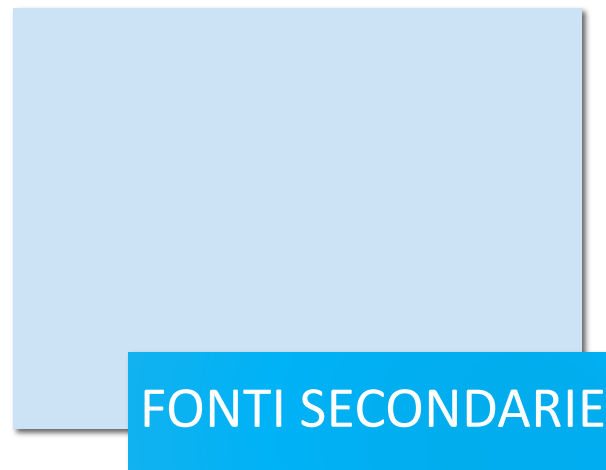
PIANIFICARE
INTERVENTI DI
GUIDA
SOSTEGNO E
SUPPORTO

- 
- ✓ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE
 - ✓ ESAME OBIETTIVO OSTETRICO
 - ✓ BILANCIO DI SALUTE

ACCERTAMENTO
OSTETRICO

Fase 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO

- ✓ Indaga sulle scelte dell'utente
- ✓ Le sue potenzialità/autonomia rispetto alla soluzione del problema
- ✓ Si basa sulla raccolta di dati (SEGNI e SINTOMI)



Fase 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO

ACCERTAMENTO INIZIALE

ACCERTAMENTO SPECIFICO

RIACCERTAMENTO

ACCERTAMENTO DI EMERGENZA

- ✓ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE
- ✓ ESAME OBIETTIVO OSTETRICO
- ✓ BILANCIO DI SALUTE

ACCERTAMENTO OSTETRICO

Fase 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO

ANAMNESI O STORIA
DELLA DONNA

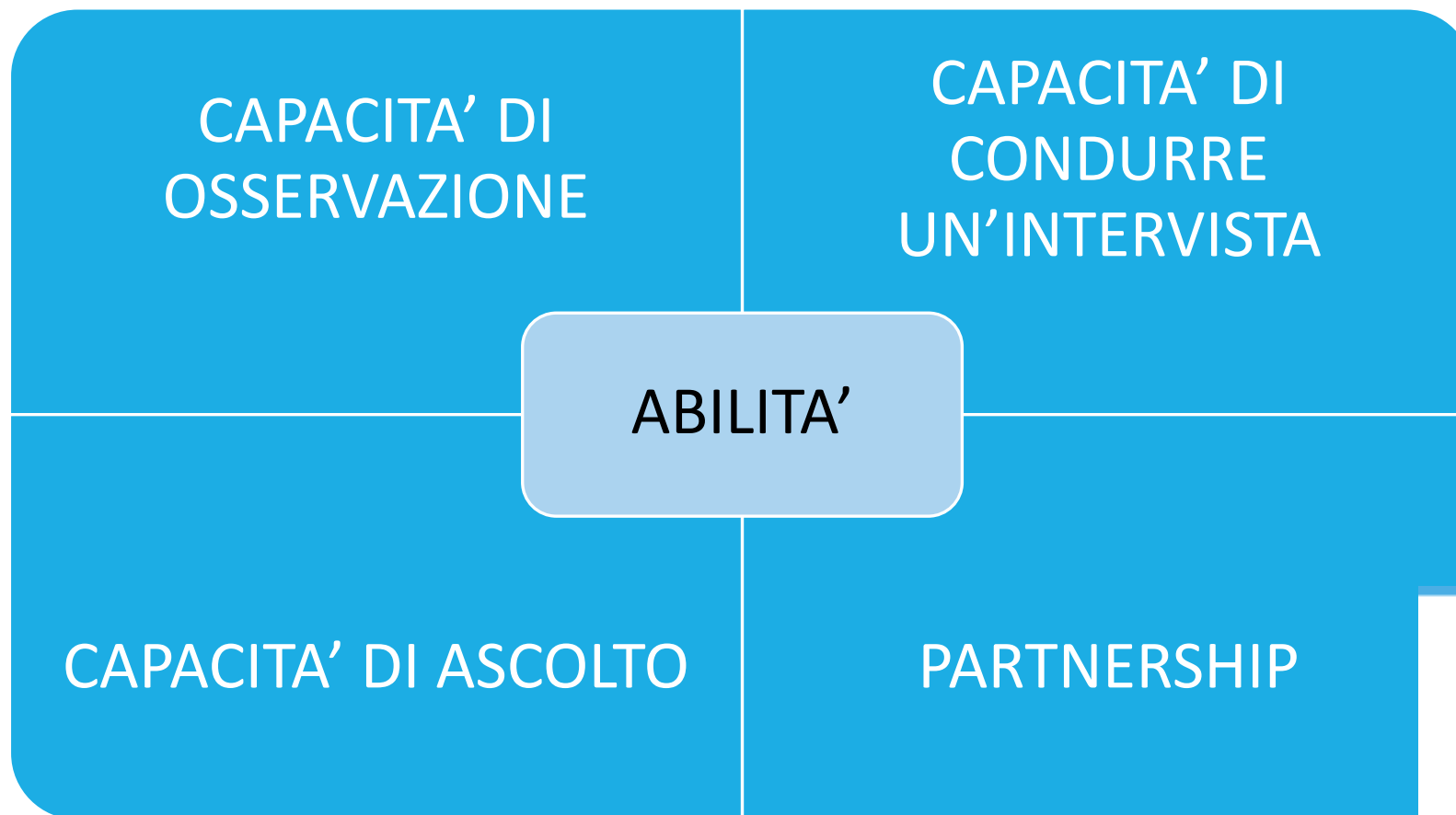
ESAME FISICO
GENERALE

ESAME OSTETRICO

- ✓ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE
- ✓ ESAME OBIETTIVO OSTETRICO
- ✓ BILANCIO DI SALUTE

ACCERTAMENTO
OSTETRICO

FASE 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO



- ✓ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI SALUTE
- ✓ ESAME OBIETTIVO OSTETRICO
- ✓ BILANCIO DI SALUTE

ACCERTAMENTO OSTETRICO

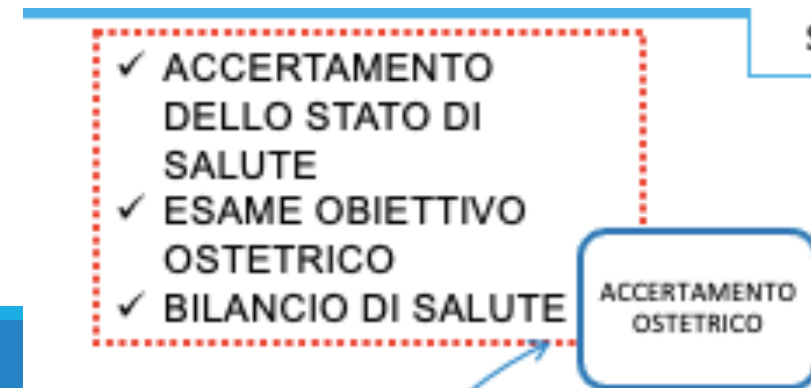
FASE 1: ACCERTAMENTO OSTETRICO

STRUMENTI DI RACCOLTA DATI:

➤ *INTERVISTA*

➤ *ESAME FISICO*

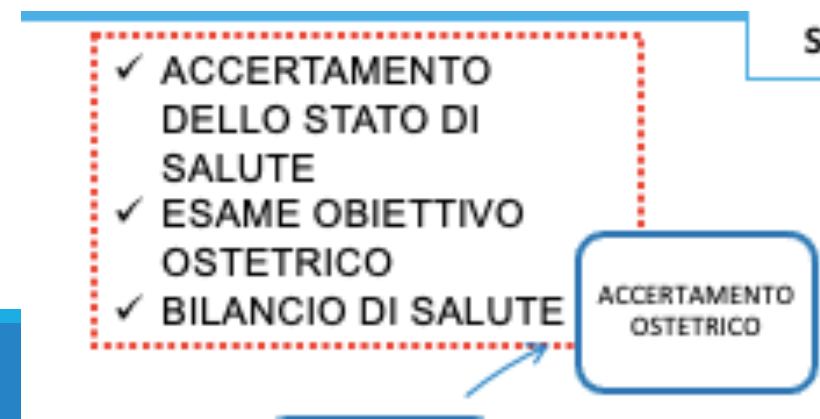
1. ANAMNESI O INTERVISTA
2. ESAME FISICO GENERALE (ISPEZIONE, PERCUSSIONE, PALPAZIONE, MISURAZIONE, AUSCULTAZIONE)
3. ESAME PELVICO (ISPEZIONE, PALPAZIONE, MISURAZIONE E ESPLORAZIONE DELL'APPARATO GENITALE)
4. REFERTI DIAGNOSTICI
5. CONSULTAZIONE CON ALTRI PROFESSIONISTI
6. CONSULTAZIONE DELLA LETTERATURA



ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

L'ANAMNESI consiste in un'intervista finalizzata alla raccolta di informazioni pertinenti e utili a valutare lo stato di salute della donna/ gestante.

Con la raccolta dell'anamnesi (spesso primo contatto donna/ professionista) l'ostetrica ottiene informazioni di diversa natura (problemi/bisogni, livello di istruzione, lo stato emotivo, il contesto socio-culturale....).



ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

-Indicazioni per la conduzione-

- Qualificarsi dicendo chiaramente il proprio nome e la professione
- Rivolgersi alla persona in modo appropriato (signora.., signor...)
- Evitare la familiarità di utilizzare il nome se non si è autorizzati
- Assicurarasi che la persona sia comoda – e anche l'intervistatore
- Assicurarasi che l'ambiente sia accogliente, illuminato, tranquillo e con una temperatura adeguata
- Mantenere la riservatezza chiudendo porte, con tendine, paravento, ecc
- Mantenere un contatto visivo e un'espressione del volto serena

ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

-Indicazioni per la conduzione-

- Dare sempre la possibilità alla persona di esprimere ciò che per lei è il problema principale
- Consentire alla persona il tempo necessario per rispondere alle varie domande
- Offrire qualche guida quando la persona parla troppo poco o molto
- Il problema principale o la descrizione di un sintomo possono essere associati a un bisogno di aiuto nascosto
- Alla fine del colloquio dare l'impressione che vi saranno altre opportunità per ricevere ed elaborare nuove informazioni

ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

ANAMNESI SOCIALE

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA PROSSIMA

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI OSTETRICA PROSSIMA

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA

ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

ANAMNESI SOCIALE

- Dati biografici e sociali (stato civile, professione, origine della persona...)

ANAMNESI FAMILIARE

- Età, stato di salute, cause di morte dei parenti di I e II grado, per rilevare patologie che potrebbero interessare anche la donna (ipertensione, diabete, malattie infettive,).

ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

ANAMNESI PERSONALE FISIOLÓGICA

- Indaga la storia fisiologica della donna ad esempio come è stata partorita, se è stata allattata, quando è comparso il menarca...

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA PROSSIMA

- Indaga nel dettaglio l'attuale disturbo dall'insorgenza al contatto con il professionista.

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA REMOTA

- Registra le malattie dell'infanzia (es. mal. esantematiche), malattie in età adulta (eventuali allergie, le patologie), eventuali interventi chirurgici, i traumi, eventuali abusi di alcool/droga ecc.)

ANAMNESI O INTERVISTA SOCIO SANITARIA

ANAMNESI OSTETRICA PROSSIMA

- Indaga l'attuale gravidanza, l'insorgenza,...

ANAMNESI OSTETRICA REMOTA

- Indaga l'andamento delle gravidanze, dei parti e del periodo di puerperio precedenti all'attuale.

[1] BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO

incontri individuali (*colloqui di accoglienza-orientamento, di consultazione, bilanci di salute ostetrici ...*) che, attraverso adeguate forme di comunicazione e di valutazioni, sono utili rispettivamente ad ascoltare le richieste della donna ed **ACCERTARE IL DECORSO NORMALE DEL PERCORSO NASCITA.**

Insieme degli elementi relativi allo stato di salute della futura mamma e del nascituro (rilevabili anche dai domini WHO-ICF) che, all'interno della relazione del "prendersi cura" da un lato rendono la donna consapevole nelle scelte di salute e, dall'altro, ai sanitari di personalizzare l'assistenza ostetrica via via nel percorso nascita.

Un esempio di strumento...



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 268

Seduta del 28/06/2018

**RETE REGIONALE PER L'ASSISTENZA MATERNO-NEONATALE:
INDIRIZZI PER L'**APPROPRIATEZZA** E **SICUREZZA**
DEL PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA**



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

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA



“Nella fase iniziale della gravidanza o comunque al primo accesso, deve essere previsto un incontro DI MAGGIORE DURATA per ascoltare le richieste della donna, consentire un accertamento ostetrico complessivo e offrirle la possibilità di discutere con l’ostetrico e/o il professionista che la assiste”



3

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

✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE

STRUTTURA

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

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				



3

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

STRUTTURA

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA

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



STRUTTURA

3

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

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA



3

- ✓ A
- ✓ II
- ✓ A
- ✓ P
- ✓ A

STRUTTURA

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: [basso] [alto] 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:	

STILI DI VITA (ISS,2010)



3

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

STRUTTURA

ATTIVITÀ FISICA
Cammina più di 30 minuti consecutivi alla settimana: <input type="checkbox"/> SI, 2 o più volte; <input type="checkbox"/> SI, meno di 2 volte; NO <input type="checkbox"/>
Note: (specificare altra attività fisica)
.....
.....
.....
METODI DI CURA
<input type="checkbox"/> Medicina convenzionale
<input type="checkbox"/> Medicina non convenzionale
Altro
.....
ATTIVITÀ SESSUALE
Note:
.....



3

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

STRUTTURA

BENESSERE EMOTIVO

Ai contatti in gravidanza e in puerperio, rivolgere alla donna le seguenti domande:

1. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?
.....

2. Nel corso dell'ultimo mese, si è sentita spesso di avere scarso interesse o piacere per le attività svolte?

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.

Considerare anche altre due domande, per i Disturbi di ansia generalizzata (GAD-2):

Durante le ultime due settimane, quanto spesso si è sentita:	Per niente	Diversi giorni	Più di metà dei giorni	Quasi ogni giorno
3. nervosa, ansiosa o irrequieta?	0	1	2	3
4. di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?	0	1	2	3

In caso di GAD-2 ≥ 3, riferire a Specialista.

Se punteggio GAD-2 < 3, ma sospetto di disturbi d'ansia chiedere:

5. Si è trovata ad evitare luoghi o attività e questo le ha causato problemi? no sì, inviare a Specialista

(WHOOLEY, NICE 2015)



3

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

STRUTTURA

ALLERGIE	EMOGRUPPO MATERNO Data ___/___/___ ABO _____ FATTORE Rh (D) ___ Laboratorio/centro trasfusionale _____ N° determinazione _____/_____ Incompatibilità in gravidanze precedenti <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> ABO Profilassi Rh (D) in gravidanze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> precedenti <input type="checkbox"/> attuale (data) per
ASSUNZIONE FARMACI per Patologie croniche:	EMOTRASFUSIONI PREGRESSE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicazione
ASSUNZIONE FARMACI per Disturbi occasionali:	



3

<p>SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> ARITMIE <input type="checkbox"/> CARDIOPATIE <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>SISTEMA GASTROENTERICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMI SISTEMA GASTRO-ENTERICO
<p>SISTEMA EMATOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> EMOGLOBINOPATIE <input type="checkbox"/> TROMBOFILIA <input type="checkbox"/> TROMBOSI <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>SISTEMA NEUROVEGETATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMI SISTEMA NEUROVEGETATIVO <input type="checkbox"/> ALTRO
<p>SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>SALUTE MENTALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> DEPRESSIONE <input type="checkbox"/> PATOLOGIE PSICHIATRICHE <input type="checkbox"/> ALTRO
<p>SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO <input type="checkbox"/> FRATTURE PELVICHE O AGLI ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>SISTEMA RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMI DEL SISTEMA RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> ALTRO
<p>SISTEMA IMMUNOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> MALATTIE AUTOIMMUNI <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>SISTEMA URINARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> INFEZIONI VIE URINARIE <input type="checkbox"/> INCONTINENZA URINARIA <input type="checkbox"/> ALTRO
<p>Anamnesi vaccinale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> ALTRO 	<p>INFEZIONI PREGRESSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <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
<p><input type="checkbox"/> NESSUN INTERVENTO CHIRURGICO PREGRESSO</p>	<p><input type="checkbox"/> PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI (general)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

RE E DEL PADRE



3

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

Sistema genitale e funzione riproduttiva

MENARCA Anni **CICLI MESTRUALI:** REGOLARI IRREGOLARI **RITMO**.....giorni

Note.....

ULTIMO Pap-Test in data __ / __ / ____

Esito.....

CONTRACCEZIONE
 [NO]
 [SI] specificare

Sospesa il __ / __ / ____

SISTEMA GENITALE E FUNZIONE RIPRODUTTIVA

- REGOLARE
- PRECEDENTE INFERTILITÀ/SUBFERTILITÀ
- INFEZIONI DELL' APPARATO GENITALE
- PRECEDENTI INTERVENTI GINECOLOGICI
- PATOLOGIE OVARICHE DISFUNZIONALI
- ENDOMETRIOSI

Note

.....

.....

.....



3

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA
- ✓ ANNOTAZIONI E DIARIO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA

Per ogni gravidanza:

1. ANNO, EG, ESITO e DECORSO
2. MADRE
 - MODALITA' TRAVAGLIO (*indicazione)
 - METODICHE CONTENIMENTO DEL DOLORE
 - MODALITA' PARTO (*indicazione)
 - PERINEO
 - PUERPERIO
3. NEONATO
 - SESSO, PESO
 - SALUTE ALLA NASCITA
 - SALUTE ATTUALE
 - ALIMENTAZIONE IN MESI

Anamnesi ostetrica					
n° Gravidanze	n° Parità	n° Taglio Cesareo	n° RCU Revisione Cavità Uterina	n° GEU Gravidanza Extrauterina	
Anno					
Epoca gestazionale					
Esito della gravidanza					
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	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	<input type="checkbox"/> farmacologiche <input type="checkbox"/> non farmacologiche	<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:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> complicato:
	Sesso, Peso				
Salute alla nascita					
Salute attuale					
Neonato	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.....



3

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

- ✓ ACCERTAMENTO STATO DI SALUTE DELLA FAMIGLIA, DELLA MADRE E DEL PADRE
- ✓ INFORMAZIONI RELATIVE AL PADRE DEL BAMBINO
- ✓ ACCERTAMENTO OSTETRICO DELLA DONNA
- ✓ PERCORSO NASCITA

PERCORSO NASCITA

Peso pregravidico _____ kg **Altezza** _____ m **Indice Massa Corporeo pregravidico** _____ Kg/m²

Gravidanza, insorgenza: **Spontanea** **Tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita**, specificare:

Induzione ovulazione;
 HIUI; GIFT; FIVET; ICSI; Embrio/Ovo donazione Data ___/___/___

UM ___/___/___ **Epoca gestazionale** __ + __ settimane

DPP (UM) ___/___/___ **DPP (US)** ___/___/___

Esercitazione in piccoli gruppi

*SIMULAZIONE DI UNA RACCOLTA ANAMNESTICA DURANTE
IL PRIMO BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO IN GRAVIDANZA*