

IN TEMA DI MEDICINA PERINATALE

1) Criteri di selezione degli indici di "alto rischio"

GIORLANDINO C., MEROLA A., SOLARO P., TESTI M., ANSELMI G.

(Università Cattolica S.C.
Ospedale N. Regina Margherita)

Negli ultimi anni il problema dell'assistenza ostetrica intesa come prevenzione della morbidità e mortalità perinatali ha assunto in Italia una dimensione di notevole rilievo. Ciò soprattutto in conseguenza di osservazioni statistiche condotte a livello

europeo, che hanno dimostrato lo stato tuttora fortemente carente della situazione nazionale (vedi tabella n.1) e di indagini sviluppate su scala nazionale che hanno dato una visione più dettagliata ed una più precisa misura alle carenze stesse.

TAB. 1
MORTALITA' MATERNA E FETALE IN ALCUNI PAESI EUROPEI

PAESE	Mortalità materna in gravidanza	Mortalità fetale
ITALIA	0,77 ‰	21 ‰
INGHILTERRA	0,25 ‰	16,6 ‰
SVEZIA	0,19 ‰	11,3 ‰
DANIMARCA	0,15 ‰	13,6 ‰
Da Bompiani A. = Stato attuale e prospettive di sviluppo nella assistenza ostetrica (in corso stampa)		

Si può osservare tuttavia, in base all'esperienza condotta in altri Paesi, in cui il problema è stato già da qualche tempo affrontato, che risultati considerevoli possono essere ottenuti attraverso l'organizzazione di appositi

centri di diagnostica e trattamento delle situazioni di patologia gravidica. In tal senso depongono i dati seguenti, rilevati dal New York Medical College, Maternal and Infant care high-risk program (tabella n. 2).

MODIFICAZIONE DI ALCUNI INDICI PERINATOLOGICI DOPO L'ISTITUZIONE DEL
"MATERNAL AND INFANT CARE HIGHT-RISK PROGRAM"

TAB. 2

INDICI considerati	Prima della istituzione (1966)	Dopo la istituzione (1967)
Incidenza della prematurità in pazienti ad alto rischio	21,9 %	15,5 %
Mortalità perinatale in pazienti ad alto rischio	80,3 %	49,7 %

Tuttavia la possibilità di identificare i momenti eziopatogenetici delle situazioni di rischio ostetrico, a monte delle possibilità terapeutiche, risiede nella precisa conoscenza delle condizioni ostetriche che più frequentemente si associano alla patologia ed alla mortalità perinatali.

Infatti la nozione puramente qualitativa della possibilità che una elevata patologia perinatale si trovi associata con determinate evenienze ostetriche, già nota da tempo, non sembra sufficiente in sede di indagine scientifica per stabilire la misura secondo la quale i fattori sovraccaricati di morbidità o mortalità incidono sul benessere fetale.

In passato diverse statistiche hanno

fornito, a posteriori, tale incidenza per varie di queste condizioni (Dellepiane C., De Castro D., 1956, Prosdoci mi U., Peressini A., 1960; Muzzetto M., Pischetti N.M., 1961; l'Eltore G., 1964 e 1966; Tesauo G., 1969). Tuttavia è mancato fino a tempi recenti una valutazione globale dell'intero problema.

La recente diffusione dei calcolatori elettronici anche nel campo della medicina clinica ha messo a disposizione un mezzo di analisi che, opportunamente impiegato, non solo rende estremamente più agevoli e precise le indagini in tema di patologia perinatale, ma consente anche di stabilire, con maggiore affidabilità statistica, la probabilità di rischio.

Il presente studio mira ad evidenzia-

re i principali fattori di carattere ostetrico che incidono sulla morbilità e mortalità perinatali, nella popolazione regionale e nazionale, e le diverse associazioni tra i fattori stessi.

Tuttavia, accanto alla semplice analisi dell'incidenza di condizioni patologiche in rapporto all'esito della gravidanza, si è voluto tentare di riconosce-

re anche il "peso" da attribuire a ciascun fattore nella genesi dell'esito stesso, ritenendo di non poter prescindere, nella valutazione quantitativa, da considerazioni di carattere qualitativo che emergono dalla conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base di tutta la patologia esaminata.

CRITERI DI SELEZIONE DEGLI INDICI DI "ALTO RISCHIO" E TECNICA DI RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

Dalle premesse sopra esposte risulta che uno degli obiettivi della ricerca è il riconoscimento delle cosiddette gravidanze decorrenti con "elevato rischio".

Queste, secondo la Public. Law. 88-156, 88 H.R. Congress H.R. 7544, 24 ottobre 1963, degli Stati Uniti d'America, possono definirsi come "quelle in cui si trovano pazienti che dimostrano in atto, o potenzialmente, condizioni associate con la gravidanza che aumentano i pericoli per la salute della madre o del proprio figlio, incluse condizioni che possono causare difetti fisici o mentali nell'infante, e/o nelle quali la madre gestante proviene da famiglia a "basso reddito".

Come corollario a tale definizione vengono riportate dettagliatamente numerose condizioni relative a caratteristiche fisiche e cliniche della paziente, o a condizioni anamnestiche mediche od ostetriche, che meglio consentono di limitare l'accezione della definizione a quelle gravidie per le quali "i parametri clinici comunemente impiegati per il riconoscimento dello sta-

to di benessere del feto in utero nelle pazienti sane sono del tutto inadeguati".

Tuttavia ogni definizione di gravidanza ad elevato rischio consente un ampio margine all'interpretazione personale, poichè è difficile stabilire l'entità del "pericolo" connesso ad alcune situazioni al limite tra fisiologia e patologia: valga l'esempio di alcuni dati anamnestici, dei quali non è sempre sicuramente implicita la componente patologica "prospettiva", come ad esempio il reperto di una pregressa emorragia post-partum.

Ne viene quindi la necessità di poter definire la "quantità" di rischio correlato ad ogni situazione clinica, per tentare una più obiettiva trasposizione pratica del concetto di "alto rischio" perinatale.

Si è ritenuto pertanto che un tempo preliminare alla ricerca fosse la messa a punto di una scheda di raccolta delle informazioni che tenesse strettamente conto delle finalità della ricerca. Esempi di tali schede, studiate per il mede-

simo impiego, sono stati recentemente pubblicati da Autori di lingua francese, che hanno contemporaneamente iniziato uno studio analogo (Bach F. e Coll., Gyn. Obst. (Paris) 1970, T. 69, n. 1: 65; Commission de la Nomenclature et de l'Exploitation Statistique, Gyn. Obst. 1969, T. 69, n. 1 p. 85; P. Magnin, Gyn. Obst. 1971, T. 70 n.2 p. 195).

Tuttavia noi abbiamo ritenuto opportuno, proprio per realizzare la massima aderenza alle premesse della ricerca, non adottare tali modelli, ma studiare ex novo un formulario che consentisse di riunire tutte le variabili che si intendeva prendere in considerazione, e che permettesse di attribuire a ciascuna di esse un "punteggio" di rischio, atto ad esprimere la pericolosità teoricamente prevedibile per ciascuna variabile.

Nella compilazione di tali schede, quindi, ci si è attenuti ai seguenti criteri.

1) Criteri clinici

Allo scopo di identificare i tre momenti che si è ritenuto incidano singolarmente nel determinismo dell'elevato rischio, i dati raccolti sono concentrati su tre fogli della cartella.

Il primo foglio concerne l'insieme delle valutazioni anamnestiche remote ripartite in informazioni anamnestiche generali, familiari e personali, ed in anamnesi ostetrica remota: questa parte della scheda dà quindi un quadro della situazione clinica della singola paziente all'inizio della gestazione, e va quindi compilato in sede ambulatorio

riale al momento della prima visita della gestante.

Il secondo foglio riunisce tutti gli elementi "attuali" di elevato rischio; gli elementi qui raccolti contribuiscono infatti a completare il quadro complessivo dei fattori di rischio, presentando gli eventi che insorgono o si sviluppano attraverso l'intervento, più o meno efficiente dei meccanismi di adattamento fisiopatologico propri dell'evoluzione gravidica. In definitiva vengono a rappresentare un secondo "momento" di rischio, in parte disgiunto, almeno sul piano cronologico, dal precedente.

La distinzione ora ricordata non deve comunque essere considerata rigidamente, in quanto alcuni elementi di rischio la cui presenza è già rilevabile in sede di valutazione anamnestiche remota assumono rilievo e significato peculiari se considerati in prossimità del travaglio di parto. Così ad esempio la presenza di una viziatura pelvica di alto grado, pur essendo elemento per lo più si facile rilievo ad un primo esame obiettivo ostetrico, si configura come fattore di elevato rischio solamente quando viene considerata in funzione ed al momento dell'espletamento del parto.

D'altro canto, la presenza di una stessa voce in entrambi i fogli non costituisce una ripetizione, ma è stata introdotta volutamente, a sottolineare una possibile evoluzione clinica che può tradursi in un aggravamento prognostico, da cui la necessità di dover considerare, additivamente al rischio anamnesticco, il sopraggiunto rischio attuale.

Come esempio si può portare il rilievo anamnestico di una familiarità o di precedenti diabetici, accanto al quale si è ritenuto indispensabile mantenere la possibilità di porre nell'adeguato rilievo la presenza di un diabete più o meno compensato al momento del ricovero della paziente. Tale secondo foglio va compilato al momento dello ultimo ricovero della gestante, nell'imminenza del parto.

Il terzo foglio, infine, raccoglie gli elementi che consentono di prospettare un bilancio consuntivo, sia a carico della madre che del neonato, e dà quindi un quadro della situazione alla dimissione post-partum di ambedue i soggetti.

In particolare, si è cercato di accentrare l'attenzione sugli elementi più passibili di obiettivazione e di valutazione quantitativa.

Resta così parzialmente esclusa la rilevazione della terapia generica praticata in gravidanza, i cui effetti d'altronde sono rilevabili nello stato "attuale" di elevato rischio, incidendo a monte del momento di osservazione di tale parametro ed influenzando quindi in ogni caso sul suo determinarsi.

2) Criteri di realizzazione pratica

Una delle caratteristiche principali che i singoli fogli della cartella dovevano soddisfare era la possibilità di una facile compilazione e di un altrettanto facile trasferimento sui supporti che permettono l'introduzione dei dati all'elaboratore elettronico.

Tale trasferimento, in questa fase sperimentale, è avvenuto attraverso

schede meccanografiche, ma il sistema è già predisposto per la relazione diretta su nastri magnetici e si è invece considerata la possibilità di una registrazione automatica attraverso lettori ottici, in considerazione dell'attuale indisponibilità e del costo di tali strumenti.

Al compilatore della cartella frono soltanto due possibilità native di risposta, facilmente coguibili e che richiedono, come una semplice segnatura.

Si è infatti operata una distinzione fra le risposte che si escludevano, e che potevano quindi comportare una riduzione di spazio nella registrazione su schede, e le risposte che non presentavano tale caratteristica.

Nella prima evenienza il compilatore si limita ad indicare quale, tra le risposte possibili, attiene al caso in questione, nella seconda dispone di risposte-tipo, corrispondenti alla presenza del fenomeno, alla sua assenza o al mancato rilevamento.

La risposta negativa, che si può facilmente prevedere come la più frequente, al fine di rendere più agevole la compilazione non comporta alcun segno, mentre apposite caselle indicano la sede in cui segnare l'esito positivo od il mancato rilevamento.

Per facilitare la perforazione delle schede meccanografiche, in questa fase sperimentale si è corredata ogni scheda dell'indicazione del punto in cui la perforazione stessa deve avvenire (numeri in piccolo sulla sinistra di ciascuna voce).

Riportiamo qui il modello della scheda adottata, onde rendere più

gevole la comprensione dei riferimenti che ad essa in seguito verranno fatti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BOMPIANI A.: Stato attuale e prospettive di sviluppo nella assistenza ostetrica (in corso di stampa).
- 2) DELLEPIENE G., DE GASTRO D.: Le basi clinico-statistiche per un orientamento circa l'organizzazione dell'assistenza ostetrica. Atti 45^o Congre. Soc. It. Ost. Ginec., p. 253, 1956.
- 3) MUZZETTO M., FICCHETTI N.M.: Mortalità materna e difesa sociale della madre. Ann. San. Pubbl. 22, 1019, 1961.
- 4) L'ELTORE G.: "Le rivelazioni statistiche sollecitano una maggiore protezione della madre e del bambino nel nostro Paese" Mat. e Inf. 36, 298, 1944.
- 5) L'ELTORE G.: "La natalità e mortalità infantile in Italia nel 1964: mortalità demografica e natalità biologica". Mat. Inf. 38: 181, 1966.
- 6) New York Medical College, Report Maternal and Infant care high risk program-1968.
- 7) BACH P., CHARVET F., LAVIN D., MAGNIN P.: "Expérience de traitement en ordinateur de fiches individuelles d'obstétrique dans 16 services de maternité". Gyn. Obst. (Paris) T. 69 n. 1: 65-84, 1970.

Età		
12. 1	☐	Inferiore a 15 anni (20)
2	☐	Tra 15 e 19 anni (10)
3	☐	Tra 20 e 29 anni (0)
4	☐	Tra 30 e 34 anni (5)
5	☐	Tra 35 e 39 anni (10)
6	☐	Oltre 40 anni (20)

Parità		
13. 1	☐ 0	(10)
2	☐ 1 - 3	(0)
3	☐ 4 - 7	(5)
4	☐ 8 ed oltre	(10)

[NDS] Peso iniziale Kg.

B) VALUTAZIONE ANAMNESTICA REMOTA:
CONDIZIONI GENERALI RILEVANTI

1	NDS	Consanguineità coniugi	(15)
2	NDS	Familiar. metab. vascolare	(5)
3	NDS	Iperensione 140-160	(5)
4	NDS	Iperensione oltre 160	(20)
5	NDS	Albuminuria oltre 0,5	(5)
6	NDS	Edemi rilevanti	(5)

Infezioni urinarie				
7	N	D	S	Acute (5)
8	N	D	S	Croniche (25)

Incompatibilità Rh - ABO

9 **NDS** Incompatibilità Rh - ABO

10	N	D	S	Immunizzazione Rh precedente	(30)
----	---	---	---	------------------------------	------

11	N	D	S	Immunizzazione ABO precedente	(20)
				Risultato sierotipaggio	(2)

12 **NDS** Praticata sieroprofilassi [U]

13	N	D	S	Diabete	(10)
				Diabete chimico	(5)

14	NDS	Diabete clinico	(5)
	CC	Cardiopatia I. II classe	(5)

15	N	D	S	Cardiopatía I - II classe	(3)
16	N	D	S	III - IV classe	(10)

16 **NDS** III-IV classe (10)

17 ☐ N ☐ D ☐ S Tiroide, ipofisi, surrene [30]

17	N	D	S	Disfunzioni ipofisarie, ipofisarie	(10)
18	N	D	S	Disfunzioni mestruali	(10)

Sterilità Involontaria

19 **NDS** Inferiore a 2 anni (10)

20 **NDS** Superiore a 2 anni (20)

21 **NDS** Malattie generali acute (5)Malattie generali croniche

22 **NDS** Non debilitanti (5)

23 **NDS** Debitanti (20)

Sililide *See* **Phenylsilide**

24	N	D	S	Guarita	(5)
25	N	D	C	Non trattata	(20)

25	NDS	Non trattata	(20)
26	NDS	III stadio	(30)

23. **AIDS** Rubella (see Immuniz.) (5)

27 **NDS** **Neurosis** (non-inflamm.) (5)
Toxoplasmosis & **Histiosis**

28 **NDS** Trattata (5)

28	N	D	S	Non trattata	(19)
29	N	D	S	Non trattata	(20)

Fattori nutritivi

30 **NDS** Malnutrizione (20)

31	NDS	Obesità (15% magg. norma)	(15)
----	-----	---------------------------	------

Osservazioni:

C) VALUTAZIONE ANAMNESTICA REMOTA:
CONDIZIONI OSTETRICO-GINECOLOGICHE

32	N	D	S	Gravidanza serotina
33	N	D	S	Poliamnios
34	N	D	S	Oligoamnios
35	N	D	S	Insuff. plac. primitiva
36	N	D	S	Pre-eclampsia
37	N	D	S	Eclampsia
38	N	D	S	Metrorr. in gravid.
39	N	D	S	Metrorr. postpartum
40	N	D	S	Malpresent. malposizione
41	N	D	S	Min. parto prematuro
42	N	D	S	Rottura prem. borsa amn.
43	N	D	S	Infezione amniotica
44	N	D	S	Febbre in puerperio
45	N	D	S	Interv. vagin. ostetr.

Progressione isterotomie	
46	NDS Entro 1 anno
47	NDS Tra 1 e 2 anni
48	NDS 3 anni ed oltre

D) VALUTAZIONE ANAMNESTICA REMOTA:
ESITO GRAVIDANZE PREGRESSE

Aborti	
47.1	S Uno
2	S Due
3	S Tre o più

		Prematuri
48,1	☒ S	Uno
2	☒ S	Due o più

Morti fetali	
49.1	Una
2	Due o più

		Danni neonatali
50	NDS	Somatici
51	NDS	Neurologici
52	NDS	Psichici
53	NDS	Ittero
54	NDS	Soff. respiratoria
55	NDS	Eccess. decem. ponder.

Anomalie congenite

56.1	N	D	S	In un figlio
2			S	In due o più figli
57.1	N	D	S	Compatibili con la vita
2			S	Incompatibili con la vita

		Morti neonatali
58.1	NDS	Una
2	S	Due o più

		Peso neonatale
59	NDS	Inferiore a 2000
60	NDS	Inferiore a 2500
61	NDS	Oltre 4000 (escluso diabete)
62	NDS	Fra 2500 e 4000 gr.

ESITO GRAVIDANZA ATTUALE

Situazione
 64. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Longitudinale
 2 ☐ S Obliqua
 3 ☐ S Trasversa

Presentazione
 65. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Vertice
 2 ☐ S Bregma
 3 ☐ S Faccia
 4 ☐ S Fronte
 5 ☐ S Podice

Posizione
 66. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Anteriore
 2 ☐ S Posteriore

Travaglio
 67. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Spontaneo
 2 ☐ S Indotto
 3 ☐ S Pilotato
 68 ☐ S Parto di prova
 69 ☐ S Anestesia in trav.

Decorso
 70 ☐ N ☐ D ☐ S Normale
 71 ☐ N ☐ D ☐ S Fase lat. protratta
 72 ☐ N ☐ D ☐ S Per. dilat. protr.
 73 ☐ N ☐ D ☐ S Per. espul. protr.
 74 ☐ N ☐ D ☐ S Distocia cervicale
 75 ☐ N ☐ D ☐ S Precipitoso

Contrattilità
 76 ☐ N ☐ D ☐ S Normale
 77 ☐ N ☐ D ☐ S Inerzia primitiva
 78 ☐ N ☐ D ☐ S Inerzia second.
 79 ☐ N ☐ D ☐ S Incoordinazione
 80 ☐ N ☐ D ☐ S Iper tono

Espulsione
 12. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Spontanea
 2 ☐ S Ventosa
 3 ☐ S Forcipe
 4 ☐ S Forcipe dopo vent.
 5 ☐ S Podalico: assist.
 6 ☐ S Podalico: estraz.
 7 ☐ S Taglio cesareo

Indicaz. al taglio cesareo:

Osservazioni:

Anomalie, impegno, progressione, disimpegno
 13. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Mancato impegno
 2 ☐ S Mancata rotazione
 14. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Distocia spalla
 2 ☐ S Distocia arti sup.
 3 ☐ S Distocia testa

Sofferenza fetale
 15. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Preesist. al trav.
 2 ☐ S Insorta in trav.

16. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Acuta
 2 ☐ S Cronica

17 ☐ N ☐ D ☐ S L. amn. tinto
 18 ☐ N ☐ D ☐ S Variaz. FCF
 19 ☐ N ☐ D ☐ S Tachic. permanen
 20 ☐ N ☐ D ☐ S Bradicardia (dips II-late decel.)
 21 ☐ N ☐ D ☐ S Bradic. estrema e protr
 22 ☐ N ☐ D ☐ S pH att. infer. 7,20

Secondamento
 23. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Normale
 2 ☐ S Ritenz. membrane
 3 ☐ S Ritenz. cotiled.
 4 ☐ S Mancato distacco
 5 ☐ S Atonia post-part.
 24 ☐ N ☐ D ☐ S Scovolo
 25 ☐ N ☐ D ☐ S Revisione
 26 ☐ N ☐ D ☐ S Secondam. manuale
 Perdita ematica
 oltre 500 cc (precisare
 in centinaia di cc) ☐ ☐ 27 28

Placenta
 29. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Norm. inserta
 2 ☐ S Previa marginale
 3 ☐ S Previa parziale
 4 ☐ S Previa totale
 30. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Accreta
 2 ☐ S Increta
 31. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Emat. retropl. lim.
 2 ☐ S Distacco tot. Intempest.
 32. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Infarti (complessivamente oltre 1/4 superficie)
 2 ☐ N ☐ D ☐ S Altre anom. morf.

Funicolo
 33 ☐ N ☐ D ☐ S Normale
 34 ☐ N ☐ D ☐ S Procidenza
 35 ☐ N ☐ D ☐ S Prolasso
 36 ☐ N ☐ D ☐ S Brevità assoluta
 37 ☐ N ☐ D ☐ S Giri di funicolo
 38 ☐ N ☐ D ☐ S Nodi veri

Febbre in puerperio
 39 ☐ N ☐ D ☐ S Presente

NEONATO
Sesso
 40. 1 ☐ S Maschile
 2 ☐ S Femminile
 3 ☐ S Ambiguo

☐ N ☐ D ☐ S Peso gr. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 41 42 43 44
☐ N ☐ D ☐ S Lungh. cm. ☐ ☐ 45 46
☐ N ☐ D ☐ S Circonf. cran. ☐ ☐ 47 48
☐ N ☐ D ☐ S Circonf. tor. ☐ ☐ 49 50
☐ N ☐ D ☐ S D.B.P. ☐ ☐ 51 52

Nato
 53. 1 ☐ S Vivo
 2 ☐ S Morto fuori trav.
 3 ☐ S Morto in trav. ☐ ☐ 54 55
☐ N ☐ D ☐ S Apgar a 1' ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ N ☐ D ☐ S Apgar a 5' ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 56 57

☐ N ☐ D ☐ S Rianimazione
☐ N ☐ D ☐ S Ventilazione
☐ N ☐ D ☐ S Intubazione
☐ N ☐ D ☐ S Sost. tamponi

Turbe metab.:
☐ N ☐ D ☐ S ipoglicemia
☐ N ☐ D ☐ S ipocalcemia
☐ N ☐ D ☐ S alt. eq. ac/b.

☐ N ☐ D ☐ S Edema
☐ N ☐ D ☐ S Pallore
☐ N ☐ D ☐ S Ittero
☐ N ☐ D ☐ S Decrem. pond.
☐ N ☐ D ☐ S Soffer. resp.
☐ N ☐ D ☐ S Infezione
☐ N ☐ D ☐ S Trauma ostet.
☐ N ☐ D ☐ S Malformazioni:

☐ N ☐ D ☐ S Antibiotici
☐ N ☐ D ☐ S Trasfusione
☐ N ☐ D ☐ S Exanguinotr.
☐ N ☐ D ☐ S Incubatrice
☐ N ☐ D ☐ S Altra terapia

Esito entro 7 gg.
 77. 1 ☐ N ☐ D ☐ S Dimesso sano
 2 ☐ N ☐ D ☐ S Dimesso guarito
 3 ☐ N ☐ D ☐ S Dimesso non guarito
 4 ☐ N ☐ D ☐ S Tratt. osservaz.
 5 ☐ N ☐ D ☐ S Trasl. Rep. specializzato
 6 ☐ N ☐ D ☐ S Altro esito
 7 ☐ N ☐ D ☐ S Morto dopo gg. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 8 ☐ N ☐ D ☐ S Autopsia: 78 79

ELEMENTI ATTUALI DI ELEVATO RISCHIO MATERNO e/o FETALE

Statura (cm.)			
☐ ☐ ☐	Statura inf. 1,55	(5)	
Peso Kg.			
☐ ☐ ☐	Obesità (Peso + 15% magg. norma)	(10)	
Aumento ponderale			
69.1	☐ ☐ ☐	Normale	(0)
2	☐ ☐ ☐	Fra 12 e 15 Kg	(5)
3	☐ ☐ ☐	Oltre 15 Kg.	(15)
4	☐ ☐ ☐	Inferiore a 6 Kg.	(15)
Anemia			
70.1	☐ ☐ ☐	Hb superiore a 11	(0)
2	☐ ☐ ☐	Hb tra 9 e 11	(10)
3	☐ ☐ ☐	Hb inferiore a 9	(20)
Diabete			
71.1	☐ ☐ ☐	Assente	(0)
2	☐ ☐ ☐	Ben compensato	(20)
3	☐ ☐ ☐	Scompensato	(30)
4	☐ ☐ ☐	Diabete chimico	(15)
Cardiopatía			
72	☐ ☐ ☐	Compensata	(10)
73	☐ ☐ ☐	Scompensata	(30)
Iperensione			
74	☐ ☐ ☐	Media (140-160)	(15)
75	☐ ☐ ☐	Grave (oltre 160)	(30)
76	☐ ☐ ☐	Edemi rilevanti	(15)
77	☐ ☐ ☐	Albuminuria oltre 0,5	(30)
78	☐ ☐ ☐	Accesso eclampico	(30)
Malattie generali acute			
12	☐ ☐ ☐	Assenti	(0)
13	☐ ☐ ☐	Media gravità	(5)
14	☐ ☐ ☐	Gravi	(10)
15	☐ ☐ ☐	Rubeola nel 1° trim.	(30)
16	☐ ☐ ☐	Toxoplasmosi in grav.	(20)
17	☐ ☐ ☐	Listeriosi in gravid.	(20)
18	☐ ☐ ☐	Infezione virale generica	(10)
Condizioni apparato genitale			
19	☐ ☐ ☐	Bacino viziato	(20)
20	☐ ☐ ☐	Tumefazione ovarica	(20)
21	☐ ☐ ☐	Miomi	(20)
22	☐ ☐ ☐	Anomalie genitali	(20)
23	☐ ☐ ☐	Malposiz., malpresent.	(20)
Incontinenza cervicale			
24.1	☐ ☐ ☐	Cerchiata	(20)
2	☐ ☐ ☐	Non cerchiata	(30)
Condizioni varie			
1	☐ ☐ ☐	Feto morto pres. in utero	
2	☐ ☐ ☐	Feto malformato	
3	☐ ☐ ☐	Macrosomia fetale	
4	☐ ☐ ☐	Gravidanza plurima	
5	☐ ☐ ☐	Poliamnios	
6	☐ ☐ ☐	Oligoamnios	
7	☐ ☐ ☐	Pregressa minaccia aborto	
8	☐ ☐ ☐	Pregr. min. parto prematuro	
9	☐ ☐ ☐	Parto prima della 36ª settimana	
Gravidanza serotina			
30.1	☐ ☐ ☐	Oltre 41ª settimana	
2	☐ ☐ ☐	Oltre 42ª settimana	
Condizioni cavo amniotico			
31	☐ ☐ ☐	Rottura prem. borsa amniot. da oltre 48 ore	
32	☐ ☐ ☐	Infezione amniotica	
33	☐ ☐ ☐	Metrorragia in atto	
34	☐ ☐ ☐	Discoagulopatie	
Sintomi di ipossia fetale			
Liquido amniotico tinto:			
35	☐ ☐ ☐	In travaglio	
36	☐ ☐ ☐	fuori travaglio	
37	☐ ☐ ☐	Variazioni FCF	
38	☐ ☐ ☐	Acidosi accertata	
Prove funz. feto-placentare			
39.1	☐ ☐ ☐	Estrioluria costantemente fra 10ª e 90ª percentile	
2	☐ ☐ ☐	saltuariamente fuori dai limiti	
3	☐ ☐ ☐	costantemente fuori dai limiti	
40.1	☐ ☐ ☐	Citologia ormonale normale	
2	☐ ☐ ☐	Citologia ormonale patolog.	
Grado di immunizzazione (Coomb)			
41.1	☐ ☐ ☐	Positivo basso titolo	
2	☐ ☐ ☐	Positivo elevato titolo	
Spettrofotometria liq. amniotico			
42.1	☐ ☐ ☐	Iª zona di Lilley	
2	☐ ☐ ☐	IIª zona di Lilley	
3	☐ ☐ ☐	IIIª zona di Lilley	
43	☐ ☐ ☐	Febbre in travaglio	
ULTIMA MESTRUAZIONE			
DATA PRESUNTA PARTO			
DATA RICOVERO			
DATA EFFETTIVA PARTO			

Osservazioni: