



**SCHEDA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO CON SOSPETTO DANNO IPOSSICO-ISCHEMICO**

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... il.../.../...alle ore.....

Età gestazionale.....Peso Neonatale.....

Patologie in gravidanza :      si            no     

Specificare.....

**Tracciato Cardiotocografico:**

- Bradicardia (FC<110bpm)
- Tachicardia (FC>160 bpm)
- Ridotta variabilità FCF
- Decelerazioni prolungate o ricorrenti

**Tampone GBS**

- pos
- neg

**PROM>18 ore**

- si
- no

**Corioamnionite**

- Si
- No

**Tipo di parto:**

- Vaginale eutocico presentazione
- Vaginale distocico presentazione
- Vaginale operativo
- TC d'urgenza
- TC programmato

**Liquido amniotico**

- Chiaro
- Tinto

**Placenta**

- normale
- patologica
- distacco placentare totale
- distacco placentare parziale
- ematoma retro placentare

**Funicolo**

- normale lunghezza cm.....
- prolasso/ procidenza



**APGAR SCORE**

	<b>1 min</b>	<b>5 min</b>	<b>10 min</b>	<b>15 min</b>	<b>20 min</b>
<b>FC</b>					
<b>Respiro</b>					
<b>Colorito</b>					
<b>Reattività</b>					
<b>Tono</b>					

**Rianimazione cardiopolmonare:**

Ventilazione in maschera per minuti.....

Intubazione

- si
- no

Massaggio cardiaco

- si
- no

Farmaci

- si      specificare.....
- no

Primo respiro valido a .....min dalla nascita

**EGA da arteria funicolare:** pH....pO2....pCO2... .HCO3.... BE.....

**EGA da vena funicolare:** pH....pO2....pCO2....HCO3....BE.....

**EGA del neonato (capillare, arterioso, venoso)**

pH ... pO2... pCO2... HCO3... BE.....

**Temperatura rettale alla partenza:.....C°**

DATA \_\_\_\_\_ ORA PARTENZA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ ORA ARRIVO \_\_\_\_\_

Firma medico centro di I livello \_\_\_\_\_