AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL NEONATO DURANTE LA DEGENZA NEL ROOMING–IN

ETICHETTA DEL NEONATO	
Cognome _____	Data del parto _____ora _____ □ EU □ DS □ TC
Nome _____	Giornata di vita _____ Temperatura ascellare _____ □ SI □ NO
Data di Nascita _____	Sigla _____

Data e ora	FUNZIONE RESPIRATORIA			REATTIVITA'		TONO		COLORITO			SUZIONE		MINZIONE		MECONIO		SIGLA
	Regolare	Polipnea	Dispnea	Normale	Scarsa	Normale	Ridotto/ Aument.	Roseo	Pallido	Itterico	Valida	Scarsa	SI	NO	SI	NO	

□ Trasferimento c/o nido: data…….ora…….

□ Trasferimento c/o terapia intensiva: data…….ora……

Firma Infermiera _____

(NB: eseguire due valutazioni tra la 3° ora di vita e la 12° ora, poi ogni 6 ore)