

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

SCHEDA DI RACCOLTA ANAMNESTICA

Scheda anamnestica compilata da (firma e timbro del medico):

Contatti (medico compilatore): - mail:
- telefono:

1. NEONATO

Nome e Cognome:

Nr. di ricovero:

Data e ora di nascita: ___/___/____ h___:___

Peso g ___ ___ AGA SGA LGA Lunghezza cm ___ CC cm ___

Indice di Apgar alla nascita: 1' ___ 5' ___ 10' ___

Rianimazione alla nascita: no si

aspirazione endotracheale

ventilazione con maschera

intubazione tracheale

massaggio cardiaco esterno

farmaci, specificare.....

Note.....
.....
.....

2. ANAMNESI MATERNA

Nome e Cognome:

Nr. di ricovero:

Etnia: caucasica ispanica africana indiana medio-orientale asiatica

Stato civile: single si no (nubile coniugata)

Anamnesi ostetrica

Gravidanze precedenti: n° totale ___

a termine: n° ___

pretermine: n° ___, EG ___ sett.

aborti spontanei: n° ___, EG ___ sett.

IVG terapeutici: n° ___

MEF (> 28 sett. EG) n° ___

SUPC/SIDS: n° ___

Note:.....

Patologie materne attuali

diabete gestazionale.....

diabete pregravidico.....

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

<input type="checkbox"/> patologie autoimmuni..... <input type="checkbox"/> patologie ematologiche..... <input type="checkbox"/> infezioni..... <input type="checkbox"/> ipertensione..... <input type="checkbox"/> altro.....
Utilizzo di sostanze (tabacco/alcool/droghe/farmaci)
<p>TABACCO: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Età all'inizio dell'uso di tabacco: <input type="text"/> <input type="text"/> anni</p> <p>Nr. di sigarette prima della gravidanza: <input type="checkbox"/> <5 die <input type="checkbox"/> 5-10 die <input type="checkbox"/> >10 die</p> <p>Nr. di sigarette durante la gravidanza: <input type="checkbox"/> <5 die <input type="checkbox"/> 5-10 die <input type="checkbox"/> >10 die</p> <p>Periodo gestazionale durante cui la madre ha fumato: <input type="checkbox"/> 1° trim. <input type="checkbox"/> 2° trim. <input type="checkbox"/> 3° trim.</p> <p>La madre ha fumato il giorno del parto o il giorno precedente? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>La madre ha fumato 24h prima dell'evento SUPC? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>La madre è stata esposta a fumo passivo 24h prima dell'evento SUPC? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>
<p>ALCOOL: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>birra <input type="checkbox"/>vino <input type="checkbox"/>superalcolici</p> <p>Nr. di bicchieri durante la gravidanza: <input type="checkbox"/> 1 die <input type="checkbox"/> <5 die <input type="checkbox"/> 5-10 die <input type="checkbox"/> >10 die</p> <p>Nr. di bicchieri nelle 24h prima dell'evento SUPC: <input type="checkbox"/> <5 die <input type="checkbox"/> 5-10 die <input type="checkbox"/> >10 die</p> <p>Periodo gestazionale durante cui la madre ha fatto uso di alcolici: <input type="checkbox"/> 1° trim. <input type="checkbox"/> 2° trim. <input type="checkbox"/> 3° trim.</p>
<p>DROGHE: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>cannabis <input type="checkbox"/>cocaina <input type="checkbox"/>eroina/metadone <input type="checkbox"/>altro.....</p> <p>Frequenza di assunzione in gravidanza: <input type="checkbox"/> 1volta/mese <input type="checkbox"/> 1volta/sett. <input type="checkbox"/> 1volta/die <input type="checkbox"/> altro.....</p> <p>La madre ha utilizzato droghe 24h prima dell'evento SUPC? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Data dell'ultima assunzione: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>FARMACI: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>sedativi (BDZ/oppiacei) <input type="checkbox"/>SSRI <input type="checkbox"/>psicotropi <input type="checkbox"/>altro.....</p> <p>Frequenza di assunzione in gravidanza: <input type="checkbox"/> 1volta/mese <input type="checkbox"/> 1volta/sett. <input type="checkbox"/> 1volta/die <input type="checkbox"/> altro.....</p> <p>La madre ha utilizzato farmaci nelle 24h precedenti all'evento SUPC? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <p>Data dell'ultima assunzione: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
3. ANAMNESI PATERNA
Nome e Cognome:
Nr. di ricovero:

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

Etnia:	<input type="checkbox"/> caucasica	<input type="checkbox"/> ispanica	<input type="checkbox"/> africana	<input type="checkbox"/> indiana	<input type="checkbox"/> medio-orientale	<input type="checkbox"/> asiatica
Stato civile:	single	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	(<input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> coniugato)		
Utilizzo di sostanze (tabacco/alcool/droghe/farmaci)						
<input type="checkbox"/> TABACCO:						
Nr. di sigarette:	<input type="checkbox"/> <5 die	<input type="checkbox"/> 5-10 die	<input type="checkbox"/> >10 die			
Nr. di sigarette nelle 4h prima dell'evento:	<input type="checkbox"/> <5 die	<input type="checkbox"/> 5-10 die	<input type="checkbox"/> >10 die			
<input type="checkbox"/> ALCOOL: <input type="checkbox"/> vino <input type="checkbox"/> superalcolici						
Nr. di bicchieri/settimana:						
Nr. di bicchieri nelle 24h prima dell'evento SUPC:	<input type="checkbox"/> <5 die	<input type="checkbox"/> 5-10 die	<input type="checkbox"/> >10 die			
<input type="checkbox"/> DROGHE: <input type="checkbox"/> cannabis/opiacei <input type="checkbox"/> cocaina <input type="checkbox"/> eroina/metadone <input type="checkbox"/> altro.....						
Frequenza di assunzione:	<input type="checkbox"/> 1 volta/mese	<input type="checkbox"/> 1 volta/sett.	<input type="checkbox"/> 1 volta/die	<input type="checkbox"/> altro.....		
Il padre ha utilizzato droghe nelle 24h precedenti all'evento SUPC?						<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Data dell'ultima assunzione: []/[]/[]						
4. ANAMNESI FAMILIARE (fino a 3 generazioni)						
Consanguineità dei genitori		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, grado di parentela.....			
Morti in epoca neonatale		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
<input type="checkbox"/> causa del decesso.....						
Familiarità per:						
<input type="checkbox"/> cardiopatie congenite: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, specificare:.....						
<input type="checkbox"/> aritmie						
<input type="checkbox"/> malattie genetiche.....						
<input type="checkbox"/> malattie metaboliche.....						
<input type="checkbox"/> malattie neurologiche.....						
<input type="checkbox"/> ritardo mentale.....						
<input type="checkbox"/> sordità congenita.....						
<input type="checkbox"/> altro.....						
5. ANAMNESI GRAVIDICA						
BMI materno:		<input type="checkbox"/> <18,5	<input type="checkbox"/> 18,5-25 (normopeso)	<input type="checkbox"/> 25-30	<input type="checkbox"/> >30	
Data dell'ultima mestruazione: []/[]/[]			Data presunta del parto: []/[]/[]			

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

Gravidanza spontanea: no si
 Procreazione medicalmente assistita: no si: IUI IVF/FIVET ICSI omologa eterologa

Gravidanza singola Gravidanza gemellare: bigemina (MB BB); multipla

IUGR: no si Flussimetria doppler della vena ombelicale: normale patologica

Liquido amniotico fetale: normale oligoidramnios polidramnios

Movimenti fetali: normali ridotti

Studio morfologico fetale: no si.....

Indagini genetiche fetali: no si: villocentesi amniocentesi DNA fetale.....

Cadute/incidenti materni/altri eventi traumatici: no si: specificare.....

Data dell'ultima mestruazione: ___/___/____ Data presunta del parto: ___/___/____

Travaglio e parto

EG al parto: ___ sett.

Travaglio spontaneo Travaglio indotto:

Rottura spontanea delle membrane Amnioressi <18 ore >18 ore

Monitoraggio cardiocografico: normale patologico (specificare).....

Tipo di parto: Parto spontaneo
Parto distocico con applicazione ventosa ostetrica
Taglio cesareo: motivazione.....

Sedoanalgesia: epidurale spinale generale.....

Procedure durante il travaglio: manovra di Kristeller episiotomia altro.....

Liquido amniotico: limpido tinto poltaceo ematico

Segni di infezione materna/corioamniosite:

no si:.....febbre leucocitosi rialzo indici di flogosi placenta (esame colturale e anat. patologico)

Tampone vaginale materno: negativo positivo: Streptococco agalactiae Ureaplasma Candida altro

Sanguinamento vaginale (distacco di placenta): si no

EGA cordonale arterioso: pH ___ BE ___ lattato ___
 EGA cordonale venoso: pH ___ BE ___ lattato ___

Placenta: peso(g) ___ aspetto macroscopico.....

Perdita di sangue materno stimata (ml) _____

Note:

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

6. EVENTO SUPC	
Circostanze dell'evento	
Data e ora presunta dell'evento: ___/___/____ h ___:___	
Il neonato è stato valutato prima dell'evento? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, ora ___:___	
Allattamento:	
<input type="checkbox"/> esclusivo al seno <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> artificiale	
<input type="checkbox"/> il neonato non si è mai attaccato al seno dalla nascita	
<input type="checkbox"/> allattato al seno ___ ore/min prima	
<input type="checkbox"/> alimentato al biberon ___ ore/min prima	
<input type="checkbox"/> si stava alimentando al momento dell'evento: <input type="checkbox"/> al seno <input type="checkbox"/> al biberon <input type="checkbox"/> con siringa	
<input type="checkbox"/> altro.....	
Il neonato ha presentato problemi di alimentazione prima dell'evento? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Dove si trovava il neonato al momento dell'evento? <input type="checkbox"/> sala parto <input type="checkbox"/> nido <input type="checkbox"/> rooming-in	
Chi era nella stanza al momento dell'evento? <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> un familiare <input type="checkbox"/> >1 familiare <input type="checkbox"/> personale sanitario	
Dove si trovava il neonato?	
<input type="checkbox"/> in braccio	
<input type="checkbox"/> sul torace della mamma	
<input type="checkbox"/> sull'addome della mamma	
<input type="checkbox"/> al seno della mamma	
<input type="checkbox"/> nella culla	
<input type="checkbox"/> nel letto con la mamma (<i>bed-sharing</i>)	
In che posizione? <input type="checkbox"/> prono <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> fianco destro <input type="checkbox"/> fianco sinistro	
Quale era lo stato della madre al momento dell'evento? <input type="checkbox"/> veglia <input type="checkbox"/> sonno <input type="checkbox"/> sedata da analgesici/altri farmaci	
Note.....	
Al neonato sono stati somministrati farmaci alla nascita (esclusa vit K)?	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Sono state identificate patologie neonatali?	
<input type="checkbox"/> ittero	
<input type="checkbox"/> infezione/sepsi	
<input type="checkbox"/> ipoglicemia	
<input type="checkbox"/> policitemia	
<input type="checkbox"/> altro.....	
Chi ha identificato le condizioni critiche del neonato?	
Obiettività clinica:	
• colore: <input type="checkbox"/> roseo <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> cianotico	
• tono: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ipotono	
• reattività: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente	
• vie aeree: <input type="checkbox"/> libere <input type="checkbox"/> ostruite: <input type="checkbox"/> latte <input type="checkbox"/> meconio <input type="checkbox"/> secrezioni	
Necessità di rianimazione neonatale: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Esito della rianimazione: <input type="checkbox"/> exitus <input type="checkbox"/> sopravvivenza del neonato e trasferimento in TIN	
EGA post-rianimazione, ora ___:___ <input type="checkbox"/> arterioso <input type="checkbox"/> venoso pH___ pCO2___	
pO2___ BEI___ lattato___	

SCHEDA ANAMNESTICA SUPC

Descrizione dell'evento con ricostruzione di un arco temporale all'interno del quale collocarlo:

.....

.....

.....

.....

.....

NOTE/COMMENTI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ABBREVIAZIONI e ACRONIMI (in ordine di comparsa)

AGA	<i>Appropriate for Gestational Age</i>
SGA	<i>Small for Gestational Age</i>
LGA	<i>Large for Gestational Age</i>
CC	Circonferenza Cranica
EG	Età gestazionale
MEF	Morte endouterina fetale
IVG	Interruzione volontaria di gravidanza
SUPC	<i>Sudden Unexpected Postnatal Collapse</i>
SIDS	<i>Sudden Infant Death Syndrome</i>
BDZ	Benzodiazepine
SSRI	Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina
BMI	<i>Body Mass Index</i>
IUI	<i>Intra Uterin Insemination</i>
IVF/FIVET	<i>In Vitro Fertilization</i> / Fertilizzazione In Vitro con "Embryo Transfer
ICSI	<i>Intracytoplasmatic Sperm Injection</i>
MB	Monocoriale Biamniotica
BB	Bicoriale Biamniotica
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i>
TIN	Terapia Intensiva Neonatale