

(*) Non si compilano nel caso in cui sia stata richiesta la tutela dell'anonimato (campo "Anonimato" valorizzato "1").

(1) Da compilare nel caso di precedenti concepimenti (campo "Precedenti concepimenti" valorizzato "1").

(2) Da compilare nel caso di precedenti parti (campo "Numero parti precedenti" > 0).

(3) Da compilare nel caso di effettuazione di almeno una visita di controllo (campo "Numero visite di controllo in gravidanza" > 0).

(4) Da compilare nel caso di ricorso a tecniche di fecondazione medicalmente assistita (campo "Procreazione medicalmente assistita" valorizzato "1").

(5) Da compilare nel caso di travaglio indotto (campo "Modalità del travaglio" valorizzato "3").

(6) Da compilare nel caso di travaglio indotto o pilotato (campo "Modalità del travaglio" valorizzato "2 o 3").

(7) Da compilare nel caso di campo "Modalità del travaglio" valorizzato "1, 2 o 3".

(8) Da compilare nel caso di campo "Genere parto" valorizzato "2".

(9) Il campo è strategico nel caso di parti plurimi ma deve essere compilato anche nel caso di parto semplice (in tal caso il valore è 1, indipendentemente dalla vitalità del neonato).

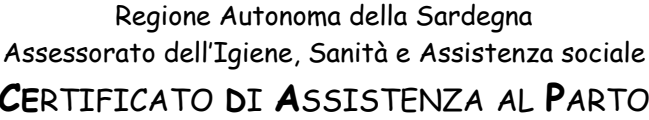
(10) Da compilare esclusivamente in caso di nato vivo e di campo "Luogo del parto" valorizzato "1".

(11) Da compilare esclusivamente nel caso di campo "Modalità del parto" valorizzato "2 o 3".

(12) Da compilare nel caso di campo "Vitalità" valorizzato "1".

(13) Da compilare nel caso di campo "Vitalità" valorizzato "2".

(14) Da compilare nel caso di campo "Presenza malformazione" valorizzato "1".



avendo assistito il parto in oggetto, certifico le informazioni di seguito riportate:

Presidio⁽⁵⁾ Azienda Sanitaria⁽⁶⁾

Informazioni anagrafiche e socio-demografiche della MADRE	Anonimato ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Codice fiscale madre⁽¹¹⁾

Cittadinanza madre⁽¹⁴⁾ _____ Regione di residenza madre⁽¹⁵⁾ _____

Livello di istruzione madre⁽¹⁸⁾ Condizione professionale/non professionale madre⁽¹⁹⁾

Abitudine al fumo madre⁽²⁰⁾Stato civile madre⁽²¹⁾

Data matrimonio⁽²²⁾

--	--

 /

--	--	--	--

[illegible]Stato estero⁽²⁴⁾ _____

Numero identificazione personale⁽²⁵⁾

Numero identificazione tessera⁽²⁶⁾

Data scadenza tessera⁽²⁷⁾

 /

 /

Informazioni anagrafiche e socio-demografiche del PADRE

Data nascita padre⁽²⁸⁾

Comune nascita padre⁽²⁹⁾

Cittadinanza padre⁽³⁰⁾

Livello di istruzione padre⁽³¹⁾

Nessun titolo

1

2

3

4

5

0

1

2

3

4

5

Licenza elementare

1

Diploma di scuola media inferiore

2

Diploma di scuola media superiore

3

Diploma universitario o laurea breve

4

Laurea

5

Abitudine al fumo padre⁽³³⁾

Fumatore

1

Ex fumatore

2

Non fumatore

3

Non dichiarato

9

Condizione professionale/non professionale padre⁽³²⁾

Occupato

1

Disoccupato

2

In cerca di prima occupazione

3

Studente

4

Casalingo

5

Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, etc.)

6

Se occupato, indicare la posizione nella professione ed il ramo di attività economica

imprenditore o libero professionista

1

altro lavoratore autonomo

2

lavoratore dipendente: dirigente o direttivo

3

lavoratore dipendente: impiegato

4

lavoratore dipendente: operaio

5

altro lavoratore dipendente

6

agricoltura, caccia e pesca

1

industria

2

commercio, pubblici servizi, alberghi

3

pubblica amministrazione

4

altri servizi privati

5

Informazioni cliniche sulla gravidanza e sul parto

Precedenti concepimenti⁽³⁴⁾

Si

1

No

2

Numero parti precedenti⁽³⁵⁾

Numero nati vivi da parti precedenti⁽³⁶⁾

Numero nati morti da parti precedenti⁽³⁷⁾

Numero aborti spontanei precedenti⁽³⁸⁾

Numero IVG precedenti⁽³⁹⁾

Numero tagli cesarei in parti precedenti⁽⁴⁰⁾

Data ultimo parto⁽⁴¹⁾

Amniocentesi⁽⁴⁶⁾

Si

1

No

2

Villi coriali⁽⁴⁷⁾

Si

1

No

2

Fetoscopia/Funicolocentesi⁽⁴⁸⁾

Si

1

No

2

Ecografie oltre la 22ª settimana⁽⁴⁹⁾

Si

1

No

2

Decorso della gravidanza⁽⁵²⁾

Fisiologico

1

Patologico

2

Ricoveri in gravidanza⁽⁵³⁾

Si, per patologie correlate alla gravidanza

1

Si, per altre patologie non correlate alla gravidanza

2

No

3

Difetto accrescimento fetale⁽⁵⁴⁾

Si

1

No

2

Età gestazionale⁽⁵⁷⁾

Consanguineità tra genitori⁽⁴²⁾

Parenti 4° grado (figli di fratelli o sorelle)

1

Parenti 5° grado (coniuge sposato figlio/a di cugino/a 1°)

2

Parenti 6° grado (secondi cugini)

3

Numero visite di controllo in gravidanza⁽⁴³⁾

Settimana di gestazione alla 1ª visita⁽⁴⁴⁾

Numero ecografie in gravidanza⁽⁴⁵⁾

Servizio utilizzato⁽⁵⁰⁾

Consultorio familiare

1

Ambulatorio ospedaliero pubblico

2

Ginecologo/a privato/a (compresa attività intramoenia)

3

Nessun servizio

4

Corso preparazione al parto⁽⁵¹⁾

Si, presso consultorio familiare pubblico

1

Si, presso struttura ospedaliera pubblica

2

Si, presso struttura privata

3

No

4

Procreazione medicalmente assistita⁽⁵⁵⁾

Si

1

No

2

Metodo procreazione medicalmente assistita⁽⁵⁶⁾

Trattamento farmacologico per induzione ovulazione

1

IUI (Intra Uterin Insemination)

2

GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)

3

FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)

4

ICSI (Intra Citoplasmatic Sperm Injection)

5

Altre tecniche o metodiche

6

Luogo del parto⁽⁵⁸⁾

Istituto di ricovero e cura pubblico o privato

1

Abitazione privata

2

Altra struttura di assistenza

3

Altrove (in luogo pubblico, strada, mezzi di trasporto)

4

Motivo dell'induzione⁽⁶⁰⁾

Gravidanza protratta

1

Oligoidramnios

2

Rottura prematura delle membrane

3

Patologia materna

4

Patologia fetale

5

Metodica antidolore⁽⁶²⁾

Nessuna metodica

1

Analgesia epidurale

2

Altro tipo di analgesia farmacologica

3

Metodica non farmacologia

4

Personale sanitario presente al momento del parto⁽⁶⁶⁾

Ostetrico/a

Si

1

No

2

Ginecologo/a

Si

1

No

2

Pediatra o neonatologo/a

Si

1

No

2

Anestesista

Si

1

No

2

Altro personale sanitario/tecnico

Si

1

No

2

Modalità del travaglio⁽⁵⁹⁾

Travaglio totalmente spontaneo

1

Travaglio ad inizio spontaneo (pilotato)

2

Travaglio indotto

3

Senza travaglio (ricorso al taglio cesareo)

4

Tipo di induzione⁽⁶¹⁾

Con prostaglandine

1

Con ossitocina

2

Con altro farmaco

3

Amnioressi

4

Genere parto⁽⁶³⁾

Parto semplice

1

Parto plurimo

2

Nati maschi⁽⁶⁴⁾

Nati femmine⁽⁶⁵⁾

Altre persone presenti al momento del parto⁽⁶⁷⁾

Padre del/i nascituro/i

1

Altra persona di famiglia della partoriente

2

Altra persona di fiducia della partoriente

3

Nessuno

4

Profilassi Rh⁽⁶⁸⁾

Si

1

No

2

Note per la compilazione (da effettuarsi in stampatello MAIUSCOLO nella descrizione dei campi e barrando con una X le caselle di spunta).

(1) Nome e Cognome del compilatore.

(2) Ostetrico/a o medico che ha assistito il parto o medico responsabile della UO in cui è avvenuta la nascita (vedi anche nota 109).

(3) Numerazione progressiva e univoca del Certificato di Assistenza al Parto per il presidio nell'anno di riferimento (nel caso di evento avvenuto in luogo differente da struttura di ricovero, indicare il primo progressivo utile all'atto di presentazione del certificato stesso all'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio).

(4) Numero della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre relativa all'evento di ricovero originato dalla circostanza di parto; solo nel caso in cui questo non sia avvenuto in un Istituto di Ricovero e Cura, può risultare non compilato e, pertanto, lasciato "in bianco".

(5) Descrizione e codice che individua l'istituto di cura come risultante nei modelli HSP11 o HSP11BIS. I primi tre caratteri identificano la regione, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'eventuale complesso multipresidio. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di ricovero e cura, si riporti il codice costruito nel seguente modo: 200 + 00 + codice a 3 cifre della ASL competente per territorio.

(6) Descrizione dell'Azienda Sanitaria nella cui struttura è avvenuto il parto o l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio nel caso di parto non in IRC, assieme al corrispondente codice a tre cifre che la individua.

(7) Descrizione del comune in cui si è verificato l'evento.

(8) Indicare lo status della partoriente riguardo la richiesta o meno di mantenere l'anonimato. I codici da utilizzare sono: 1 "dati anagrafici indicati"; 2 "dati anagrafici non indicati per tutela dell'anonimato".

(9) Cognome della madre da nubile⁽⁹⁾.

(10) Nome della madre⁽⁹⁾.

(11) Codice Fiscale della madre⁽⁹⁾ (da tessera sanitaria o documentazione equivalente). Il campo va compilato nel seguente modo:
- codice fiscale per gli iscritti al SSN (rilevare da tessera sanitaria);
- codice STP per i cittadini temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza;
- codici ENI per i cittadini neocomunitari;
- campo vuoto per i soggetti assicurati da istituzioni estere (conseguire l'obbligo di compilare i campi aggiuntivi in base a tessera TEAM o equivalente).

(12) Data di nascita della madre in formato GG/MM/AAAA⁽⁹⁾.

(13) Descrizione del comune o stato estero di nascita della madre⁽⁹⁾.

(14) Descrizione cittadinanza della madre.

(15) Descrizione regione di residenza della madre.

(16) Descrizione comune di residenza della madre.

(17) Descrizione dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza della madre, assieme al corrispondente codice a tre cifre che la individua.

(18) Livello di istruzione della madre.

(19) Condizione professionale/non professionale della madre (nel caso di condizione 1 "Occupata" indicare possibilmente anche la posizione lavorativa ed il settore di attività).

(20) Abitudine al fumo della madre.

(21) Stato civile della madre.

(22) Data matrimonio della madre in formato MM/AAAA.

(23) Codice istituzione competente madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN⁽⁹⁾.

(24) Stato estero madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN⁽⁹⁾.

(25) Numero identificazione personale madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN⁽⁹⁾.

(26) Numero identificazione tessera madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN⁽⁹⁾.

(27) Data scadenza tessera madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN⁽⁹⁾.

(28) Data di nascita del padre in formato GG/MM/AAAA.

(29) Descrizione del comune o stato estero di nascita del padre.

(30) Descrizione cittadinanza del padre.

(31) Livello di istruzione del padre.

(32) Condizione professionale/non professionale del padre (nel caso di condizione 1 "Occupato" indicare possibilmente anche la posizione lavorativa ed il settore di attività).

(33) Abitudine al fumo del padre.

(34) Indicare se, prima del parto in oggetto, la madre ha avuto precedenti concepimenti - indipendentemente dall'esito della gravidanza.

(35) Indicare il numero di parti avuti in precedenza (compresi parti con soli nati morti)⁽⁹⁾.

(36) Indicare il numero di nati vivi da parti avuti in precedenza⁽⁹⁾.

(37) Indicare il numero di nati morti da parti avuti in precedenza (nato morto è il feto deceduto prima della nascita, con almeno 181 giornate di gestazione)⁽⁹⁾.

(38) Indicare il numero di aborti spontanei avuti in precedenti concepimenti (aborto spontaneo è il feto deceduto con meno di 180 giorni "compiuti" di gestazione)⁽⁹⁾.

(39) Indicare il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate in precedenza⁽⁹⁾.

(40) Indicare quante volte si è ricorso al taglio cesareo in precedenza⁽²⁾.

(41) Indicare la data dell'ultimo parto precedente a quello in oggetto⁽²⁾.

(42) Indicare la presenza di consanguineità tra genitori in relazione alla condizione rilevata.

(43) Indicare il numero complessivo di visite di controllo effettuate durante la gravidanza.

(44) Indicare il numero di settimane di gestazione compiute in cui è stata effettuata la prima visita di controllo⁽³⁾.

Pag. 2 di _

Pag. 3 di _