


## Scheda di Valutazione del Rischio Ostetrico

  
 Allegato alla Delib. G.R. n. 35/37 del 9.7.2020  
 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
 ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
 ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Settimana di gravidanza \_\_\_\_\_ EPP \_\_\_\_\_

**LA PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO ATTIVA L'ALLERTA DEL MEDICO  
PER LA VALUTAZIONE E L'ATTIVAZIONE DI PERCORSI SPECIFICI**

Stampa: Printgraf S.r.l. - Nuoro

ANAMNESI AL CONCEPIMENTO		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	Età materna ≤ 16 ≥ 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concepimento PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI Pregravidico ≤ 18 ≥ 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Precedenti aborti ≥ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI PATOLOGICA		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	Diabete pregravidico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologie materne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assunzione farmaci per patologie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologie uterine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ematologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>Hg ≤ 10,5 gr/100ml Hspatie/acc-immunizzazione materno-fetale Placitropenia &lt;1007/dl Precedenti tromboembolici</small>			
Malattie infettive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità materna, dismorfismo bacino materno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI PRECEDENTI GRAVIDANZE PARTI (SBARRARE SE PRIMIGRAVIDA)		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	1 neonato ≥ 4 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anomalia fetale congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≥ 1 neonati IUGR o PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≥ 1 MEF e/o neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≥ 1 neonato pretermine (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Precedenti bambini ammessi in TIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Precedenti distocie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rottura d'utero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	distacco di placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parità ≥ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregresso diabete gestazionale (GDM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa emorragia post partum (EPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Precedenti tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa preeclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Placenta ritenuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregressa distocia di spalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso taglio cesareo (TC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso parto operativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa lacerazione 3° - 4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa sepsi materna precoce/neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Scheda di Valutazione del Rischio Ostetrico

GRAVIDANZA ATTUALE		NO	SI
Fumo / Alcol / Droghe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione farmaci per patologie acute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza plurima		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta	Alterazione inserzione placentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico	Anomalia quantità diagnosticata ecograficamente falda massima $\leq 2 \pm 8$ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa	$\geq 140/90$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
$\Delta P$ (Variazione ponderale)	Anomalia rispetto al BMI pregravidico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete diagnosticato in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie insorte in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie della gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Hbpatite/Iso-immunizz. materno-fetale Piastrinopenia $< 100/dl$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventi Tromboembolici		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dati di laboratorio fuori range		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manovre invasive (es. amniocentesi e cerchiaggio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun controllo eseguito in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barriere linguistiche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dichiarato rischio ambientale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifiuto trasfusioni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicazioni non comprese nell'elenco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*WHO ANTENATAL CARE 2016**  
Valori normali incremento ponderale in gravidanza in relazione al BMI:

sottopeso BMI  $< 18,5$  kg/m V.N.: 12,5-18  
normopeso BMI 18,5-24,9 kg/m V.N.: 11,5-16  
sovrappeso BMI 25-29,9 kg/m V.N.: 7-11,5  
obesità BMI  $> 30$  kg/m V.N.:  $\leq 5$

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile: \_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO		NO	SI
Tampone vagina rettale /urinocoltura positivo per Streptococco Gruppo B*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI pregravidico anomalo incremento ponderale	$\leq 18 \geq 30$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Età gestazionale	$< 37^{+0} - > 41^{+0}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feto	Diversa da cefalica/ vertice biometria anomala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaglio indotto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membrane	rottura $> 18$ ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Se non eseguita segue profilassi antibiotica intrapartum per la prevenzione dell'infezione neonatale ad esordio precoce da Streptococco gruppo B in presenza di fattori di rischio: precedente neonato con Sepsis da Streptococco gruppo B, urinocoltura positiva per Streptococco gruppo B nell'attuale gravidanza; rottura delle membrane  $> 18$  ore; temperatura corporea  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; epoca gestazionale  $< 37^{+0}$  settimane. (CDC 2010, RCOG 2017) "CDC recommended that women with unknown GBS colonization status at the time of delivery be managed according to the presence of intrapartum risk factors." La profilassi intrapartum è altresì raccomandata in tutti i casi in cui si sospetti corionamnionite e/o T.C.  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ .

**AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:**

La gravidanza può essere considerata a basso rischio SI ☐ NO ☐  
 La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico SI ☐ NO ☐  
 La donna necessita il trasferimento presso altra struttura SI ☐ NO ☐

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile: \_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO		NO	SI
CTG	Seconda classificazione nazionale SIGO ADOGI AGUII FR 2018 TIPO 2-3**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione	Diversa da cefalica/vertice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ossitocina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalia contrattilità uterina	Iper tono/Tachisistolia/inerzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento di incerta origine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta epidurale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	Specificare _____		

\*\*Specificare in ogni reparto l'omologa categoria di CTG, indicando quale viene utilizzata se diversa dalle raccomandazioni nazionali.

**AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:**

Il travaglio può essere considerato a basso rischio SI ☐ NO ☐  
 La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico SI ☐ NO ☐  
 La donna necessita il trasferimento presso altra struttura SI ☐ NO ☐

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile: \_\_\_\_\_