

## SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI OSTETRICHE PERMITTENTI IL PARTO EXTRAOSPEDALERO

Signora \_\_\_\_\_ DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DPP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gestante già valutata in precedenza con linee guida regionali	Si	No
Avvenuta presa in carico da parte di ostetrica o ginecologo	Si	No
Età < 40 anni	Si	No
Altezza >= 150 cm	Si	No
Epoca gestazionale >= 37 settimane e < = 42 settimane	Si	No
Gravidanza singola	Si	No
Feto presentazione cefalica	Si	No
Normale accrescimento fetale stimato con ecog.(CC e CA>10° <90°pc)	Si	No
Riscontro di patologia fetale quale IUGR	Si	No
Riscontro di patologia fetale quale idrocefalo che possa ostacolare il parto vaginale	Si	No
Patologia materna che controindichi il parto vaginale:		
● Anamnesi di distacco di retina	Si	No
● Bacino viziato	Si	No
● Infezione da Herpes Virus genitale in fase attiva	Si	No
Patologia ostetrica che richieda una sorveglianza intensiva del travaglio:		
● Cardiopatia a rischio di scompenso	Si	No
● Preeclampsia o ipertensione severa	Si	No
● Diabete gestazionale con terapia insulinica	Si	No
● Epatosi	Si	No
● Isterotomie pregresse con apertura delle cavità	Si	No
● Storia di MEF inspiegata	Si	No
● Febbre o sospetto di infezione amniotica	Si	No

Tutte le caselle devono essere barrate.

Se sono barrate solo caselle chiare, la gestante può essere ammessa al parto extraospedaliero.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il medico specialista