

**DATI GENERALI**

NEONATO

Nome ..... Cognome ..... Sesso .....  
Data di nascita .. /.. /.... Luogo di nascita  Inborn  Outborn Deceduto in sala parto ..... N. cartella clinica ..... EG: ..... sett ..... gg.  
Peso alla nascita ..... C.C..... Lunghezza.....

MADRE

Età ..... Etnia  Sc.  Caucasica  Ispanica  Asiatica  Nera  Altra N. gravidanze prec.....

**NOTIZIE OSTETRICO-PERINATALI**

GRAVIDANZA

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Procreazione Assistita ..... Gravidanza Seguita ..... Minaccia Parto Pretermine (> 20 sett.) ..... PROM  No  ≤18 ore  > 18 ore  Sc.  
Tamponi Vaginali GBS Pos ..... Tamponi Rettali GBS Pos ..... Profilassi antib. Intrapartum  C.  I.  Non es.  Sc. Terapia antib. mat. prossimità parto .....  
Diagnosi di IUGR ..... Ipertensione Gravidica ..... Ipertensione Essenziale ..... Pre-Eclampsia ..... Eclampsia ..... HELLP-Syndrome .....  
Diabete Gestazionale ..... Diabete tipo 1 .....  
Epatosi Gravidica ..... Corioamnionite  No  Ist.  Cli.  Sc. Profilassi Steroidea  No  C  I  Inad.  Sc.

PARTO

Presentazione  V  P  Altro  Sc. Modalità Inizio Travaglio  Spont.  Ind.  No trav.  Sc. Modalità del Parto  VA  OP  TC  Sc.  
TC Indicazione  MA  FE  Sc. Numero di Nati ..... APGAR 1' ..... APGAR 5' .....

ASS.PERINATALE

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Rianimazione in Sala Parto ..... Rianimazione con Ossigeno ..... Ventilazione in Maschera ..... Intubazione Tracheale ..... Compressioni Toraciche .....  
Impiego di Adrenalina ..... SLI In SP ..... CPAP In SP ..... Temperatura all'ingresso in reparto  No  Si Se si valore (°C) .....

**PROBLEMATICHE NEONATALI**

ASS.RESPIRATORIA

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Patologia Respiratoria ..... Diagnosi  TTN  RDS  PNx  Altro  
Ossigeno Dopo La SP ..... Se si gg. tot. di ossigeno ..... Ventilazione Convenzionale ..... Se si gg. tot. di VC ..... HFOV ..... Se si gg. tot. di HFOV .....  
Ventilazione Ad Alti Flussi Nasali ..... Se si gg. tot. di VAFN ..... Nasal IPPV ..... Se si gg. tot. di IPPV .....  
Nasal CPAP ..... Se si gg. tot. di CPAP ..... Surfattante  1  2  >2  Sc. Ore di vita prima dose ..... INSURE .....  
Ossido Nitrico Inalatorio ..... Crisi Di Apnea ..... Terapia Con Caffaina  No  Galenico  Altro  Sc.  
BPD  No  Li  Mo  Gr  Sc. Ossigenoterapia a 36 sett ..... Supporto Respiratorio a 36 sett ..... FiO<sub>2</sub> a 36 sett ..... Corticosteroidi per BPD .....

INFEZIONI / NEC

Sepsi Early-Onset (≤72h di vita)  SI  NO  Sc. Se si specificare germe ..... Sepsi Late-Onset (> 72h di vita)  SI  NO  Sc.  
N. Tot. Sepsi Tardive ..... N. Sepsi da funghi ..... Sepsi da stafilococco epidermidis ..... N. Sepsi da Gram + ..... N. Sepsi da Gram - .....  
Meningite (Sepsi Late-Onset)  SI  NO  Sc. N. cicli di terapia antib ..... Stadio di NEC ..... gg. di vita alla diagnosi .....  
Chirurgia per NEC  SI  NO  Sc. Perforazione Intestinale Isolata  SI  NO  Sc.

**PROB. CARDIACI**

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Diagnosi di PDA ..... Terapia con anti-infiammatori non steroidei ..... Tipo Farmaco  Ibuprofene  Indometacina  Paracetamolo  
Chiusura Chirurgica del PDA ..... Se si gg. di vita.....

**PROB. NEUROLOGICI**

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Encefalopatia Ipossico-Ischemica ..... Ipotermia ..... Ecografia Cerebrale ..... GMH/IVH  No  Sc.  I  II  III  IV  
Tratt. dil. post-emorragica ventricolare ..... Leucomalacia Cistica Periventricolare ..... Stadiaz. De Vries 1992  Sc.  3  4

**NUTRIZIONE e ALTRO**

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Tot. gg di NP ..... Full Enteral Feeding (giornata di vita)..... Somministrazione di Probiotici..... Somministrazione di Lattoferrina .....  
Ittero ..... Ittero Emolitico (TCD Pos) ..... Val. Bilitot max conosciuto ..... Val: ..... Ore di vita .....  
Fototerapia ..... Ore: ..... Exanguinotrasfusione ..... Ipoglicemia ..... Iperglicemia ..... Ipopalcemia .....  
Ipomagnesemia ..... Iponatremia ..... Ipernatremia ..... Insufficienza Renale Acuta ..... Colestasi ..... Calo Ponderale (> 10%) .....

**ROP E ALTRO**

SI, NO, SC (sconosciuto) se non altrimenti specificato

Screening per ROP ..... ROP Stadio ..... Terapia per ROP  Anti-VEGF  Laser  No  Sc.  
Malformazioni Congenite ..... Specificare  Gastro-int.  Sist. Nerv.  Card.  Polm.  Via Genito-Urinarie  Quadri Sindromici  Probl. Ortop.  Altro  
Specificare altri apparati e organi ..... Chirurgia (per altro oltre a ROP, PDA, NEC) .....  
CVO ..... CVO in sede per gg tot..... PICC..... PICC in sede per gg tot.....  
Somministrazione Eritropoietina ..... Trasfusione di Emazie ..... N: .....

**DIMISSIONE**

**INFORMAZIONI GENERALI**

Esito  DOMICILIO  TRASFERIMENTO  DECESSO

Data esito .. /.. /....

Se Domicilio: Data dimissione ..... Data passaggio in culla aperta ..... e peso .....

Aliment. prescritta alla dimissione  LM  Formula  Misto (umano + formula)  Sc. Dimissione: peso ..... C.C. .... L .....

Palivizumab pre-dimissione  SI  NO  Sc.

Se trasferimento: Data .. /.. /.... Motivo del Trasferimento  Diagn.  Tp Chir.  Back-transport  Mancanza PL  Sc.

Se decesso: Data .. /.. /....