

DATI GENERALI

NEONATO
MADRE

Nome Cognome Sesso
 Data di nascita /..... /..... Luogo di nascita Inborn Outborn Data di ricovero Deceduto in sala parto
 N. cartella clinica EG: sett gg Peso alla nascita C.C Lunghezza
 Età Etnia Sc. Caucasica Ispanica Asiatica Nera Altra Stato di nascita della madre 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.
 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 FiO₂ alla prima dose INSURE
 LISA No Si Sc. Ossido Nitrico Inalatorio Crisi Di Apnea
 Terapia Con Caffaina No Galenico Altro Sc. Giorno Inizio Terapia BPD No Li Mo Gr Sc. Ossigenoterapia a 36 sett.....
 Supporto Respiratorio a 36 sett FiO₂ 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. Diagnosi di NEC (Specificare lo stadio I, II, III) 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. 1 2 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) Fototerapia Exanguinotrasfusione

Ipoglicemia Iperglicemia Ipocalcemia 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.....

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.