



Anamnesi ostetrica

Per saperne di più: pag.105

Precedente infertilità/subfertilità
Trattamento per l'infertilità nella gravidanza attuale
Infezioni dell'apparato genitale (IST)
Precedenti citologici vaginali positivi
Problemi psichiatrici

Precedenti interventi ginecologici
Mutilazioni genitali femminili
Fratture pelviche o agli arti inferiori
Depressione post partum in gravidanze precedenti
Altro

Ultimo pap-test in data _____ esito _____	Se sono passati più di 3 anni dall'ultimo pap-test invitare la donna a rivolgersi a Prevenzione Serena per poter effettuare gratuitamente l'esame.
--	--

Anticoncezionali	Quale _____	Tipo _____	Sospeso il _____
------------------	-------------	------------	------------------

In dettaglio

Anamnesi delle gravidanze precedenti

Anamnesi delle gravidanze precedenti	
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.E.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto: _____
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.E.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto: _____
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____



Anamnesi delle gravidanze precedenti

Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.E.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.E.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____
Anno	Esito: <input type="checkbox"/> Aborto sp. <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> ITG
	Decorso gravidanza:
Sett.E.g.	Parto <input type="checkbox"/> spontaneo Avvio travaglio: _____ Sollievo dolore: _____ <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Parto operativo per _____ Anestesia: _____
	Complicanze al travaglio/parto:
	Secondamento/perdite ematiche: _____ Perineo: _____
	Puerperio:
	Neonato: Sesso: _____ Peso g. _____ Salute neonatale: _____ Salute attuale: _____
	Allattamento: LM esclusivo per _____ mesi Difficoltà allattamento _____

Anamnesi immuno-ematologica

Gruppo sanguigno della madre documentato da Centro trasfusionale SI NO

Incompatibilità in gravidanze precedenti Rh AB0

Profilassi Rh in gravidanze precedenti attuale per _____

Ittero neonatale in gravidanze precedenti