

FOGLIO DI ACCOMPAGNAMENTO

DAL DOMICILIO ASSISTITO A STRUTTURA OSPEDALIERA

Data _____ ora _____

NOME e COGNOME _____

nata a _____ il _____

residente a _____

in _____

n° telefono _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Gravida n° _____ para _____ Età gestazionale _____ DPP _____

Patologia in gravidanza _____

Farmaci in gravidanza _____

ALLERGIE _____

Emogruppo/Rh _____

Tampone vagino-rettale per streptococco beta emolitico

non eseguito negativo positivo in data _____

Travaglio iniziato il _____ alle ore _____ attività contrattile _____

PA _____ FC _____ T° _____ Stick urine _____

Visita vaginale al momento del trasferimento _____

Membrane _____ se rotte, ore _____ LA _____

Feto di peso stimato _____ Presentazione _____

Stazione PP _____ Posizione PP _____ BCF: _____

Note _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO IN STRUTTURA OSPEDALIERA

come da accordi intercorsi durante la gravidanza

altro: _____

Data _____ Firma dell'ostetrica _____