

# SCHEDA DI EMERGENZA OSTETRICA

## FETO/NEONATO

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

NOME e COGNOME \_\_\_\_\_

### TIPO DI EMERGENZA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apgar < 4 al 5' minuto  | <input type="checkbox"/> Parte presentata fetale anomala (spalla, prolasso d'arto, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia fetale bpm: _____   | <input type="checkbox"/> Prolasso di funicolo  |
| <input type="checkbox"/> Diametro di solidarizzazione fetale (in presentazione di faccia)                    | <input type="checkbox"/> Testa incarcerata (nascita podalica)                            |
| <input type="checkbox"/> Distocia di spalla (anteriore, posteriore, omolaterale, bilaterale /1°/2°/3° grado) | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                                       |

DESCRIZIONE \_\_\_\_\_

### GESTIONE

#### RICONOSCIUTA ALL'ORA E MINUTO

PRIMO INTERVENTO		
ORA	DESCRIZIONE	OSTETRICA/CHE

ALTRI INTERVENTI		
ORA	INTERVENTO	OSTETRICA/CHE

#### CHIAMATA AMBULANZA ALLE ORE

PARAMETRI FETALI/NEONATALI AL MOMENTO DELLA CHIAMATA				
ASPETTO/BCF	APGAR			
	PARAMETRO	0	1	2
Fc				
Fr				
Riflessi				
Colore				
Tono				

#### ARRIVO AMBULANZA ALLE ORE

PARAMETRI FETALI/NEONATALI AL MOMENTO DELL'ARRIVO DELL'AMBULANZA				
ASPETTO/BCF	APGAR			
	PARAMETRO	0	1	2
Fc				
Fr				
Riflessi				
Colore				
Tono				

\_\_\_\_\_ firma dell'ostetrica 1

\_\_\_\_\_ firma dell'ostetrica 2