



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



*Ministero della Salute*

## Sorveglianza della mortalità materna

### Modulo di raccolta dati M1

a cura dell'Istituto Superiore di Sanità



**ItQSS**  
Italian Obstetric Surveillance System

Settembre 2017

Il sistema di sorveglianza della mortalità materna è un progetto pilota attivato nel 2010 in 6 regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) ed esteso nel 2015 a Lombardia e Puglia con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il finanziamento del Ministero della Salute.

Ogni morte materna deve essere registrata e sottoposta ad indagine confidenziale e tutti i professionisti sanitari sono chiamati a contribuire alla raccolta delle informazioni necessarie. La finalità del sistema di sorveglianza consiste nel rilevare in maniera completa e affidabile le morti materne e migliorare la pratica clinica per ridurre la mortalità e la grave morbosità materna.

Nei Paesi, come il Regno Unito, dove le indagini confidenziali sono state attivate da decenni, lo standard assistenziale del percorso nascita è stato notevolmente migliorato. L'attivazione di un sistema di sorveglianza della mortalità materna in Italia offre l'opportunità di agevolare la raccolta di informazioni utili ai professionisti ostetrici, agli anestesisti-rianimatori, ai medici dell'emergenza e del Pronto Soccorso, ai medici di medicina generale e a chiunque tratti donne gravide o puerpere per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio. La partecipazione di tutti i professionisti sanitari al sistema di sorveglianza è pre-requisito indispensabile al suo funzionamento. Tutte le informazioni raccolte attraverso il sistema di sorveglianza sono anonime e riservate e non possono in alcun modo essere utilizzate per fini giudiziari grazie a procedure standardizzate che prevedono l'anonimizzazione di tutta la documentazione clinica presa in esame.

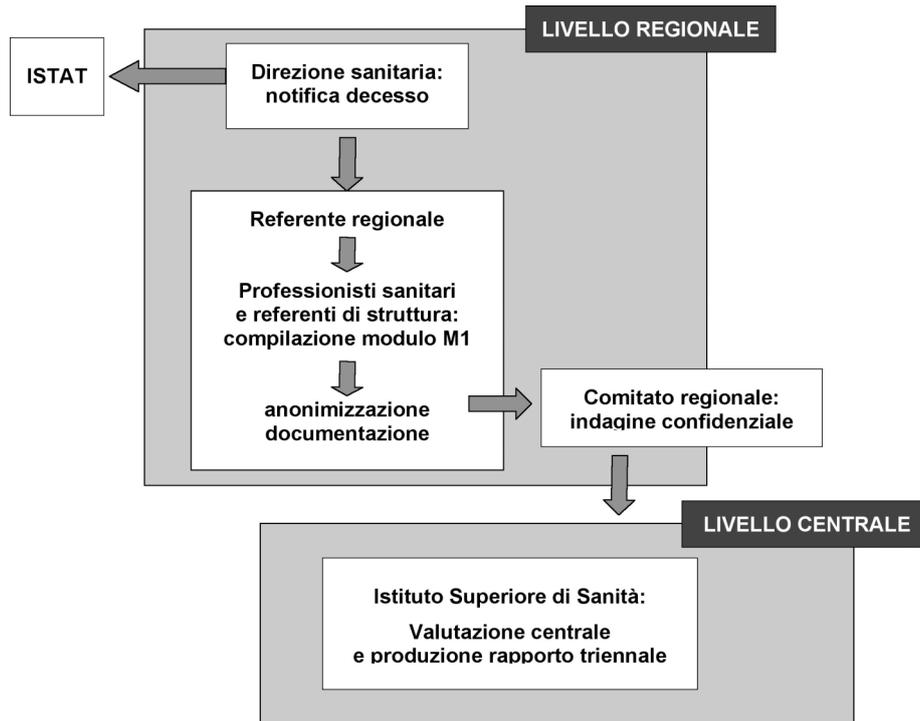
### DEFINIZIONI ICD-10 DELLE MORTI MATERNE

**Morte materna:** morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, ma non per cause accidentali o incidentali.

- **morte materna diretta:** morte causata da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, da interventi, omissioni, trattamenti non corretti o da una catena di eventi che possono risultare da ognuna delle cause precedenti.
- **morte materna indiretta:** morte causata da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette, ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza.

**Morte materna tardiva:** morte di una donna per cause dirette o indirette, oltre i 42 giorni ma entro un anno dalla fine della gravidanza.

## Diagramma di flusso sull'acquisizione e l'uso dei dati nel sistema di sorveglianza



In ogni caso di morte materna, avvenuta entro 42 giorni dal termine della gravidanza, la direzione sanitaria dove essa è avvenuta notifica il decesso all'ISTAT e lo segnala entro 48 ore al referente regionale del sistema di sorveglianza.

I professionisti sanitari che hanno assistito la donna deceduta partecipano a un *audit* interno secondo la metodologia del *Significant Event Audit*, durante il quale compilano, in collaborazione con il referente di struttura del sistema di sorveglianza, il modulo M1 in tutte le sezioni pertinenti. Il referente di struttura, dopo averne verificato la completezza, consegna il modulo M1 al referente regionale del sistema di sorveglianza insieme all'ulteriore documentazione clinica disponibile (es. cartelle cliniche).

L'intera documentazione clinica viene resa anonima dalla Direzione sanitaria, dal referente di struttura e dal referente regionale del sistema di sorveglianza prima di essere consegnata al comitato regionale che ha il compito di effettuare l'indagine confidenziale e redigere un rapporto sul modulo M2. Il rapporto M2 dell'indagine confidenziale viene inviato all'ISS dove si procede ad un'ulteriore valutazione e alla redazione di un rapporto triennale.

### RISERVATEZZA

Il contenuto di questo modulo è altamente riservato. Tutti coloro che partecipano alla sua compilazione e sono incaricati della sua custodia sono tenuti a salvaguardare in maniera scrupolosa la confidenzialità delle informazioni. L'intera documentazione clinica è riservata, e i dati sensibili vengono resi anonimi prima dell'indagine confidenziale a livello regionale. Prima della pubblicazione del rapporto triennale, ad opera dell'ISS, l'intera documentazione viene distrutta.

Nessuna copia del materiale predisposto per questa indagine confidenziale deve essere trattenuta da individui o autorità/strutture sanitarie. Il nome della donna, dei professionisti e delle strutture sanitarie non deve figurare in alcuna sezione del modulo.

I professionisti della struttura sanitaria che devono compilare le sezioni del modulo possono riceverne copia cartacea da parte del referente regionale o utilizzare il modulo disponibile on-line in base alla procedura adottata a livello regionale.

Il referente regionale è a disposizione per qualunque necessità dei professionisti sanitari coinvolti nell'indagine confidenziale. Il suo nome, il suo numero telefonico e il suo indirizzo mail sono riportati a pag. 8 di questo modulo.

## IL CONTRIBUTO DEI PROFESSIONISTI SANITARI HA UNA DUPLICE FINALITÀ

### 1. Fornire le informazioni cliniche rilevanti per l'indagine

In primo luogo siete chiamati a fornire un accurato e fedele resoconto delle circostanze che hanno condotto al decesso partecipando all'*audit* interno e compilando il modulo M1 al quale va allegata copia di ogni documentazione pertinente (cartella clinica, cartella anestesiologicala, della terapia intensiva, rapporti anatomo-patologici, ecc). I risultati di un eventuale esame autoptico possono essere consegnati anche in un secondo momento al referente regionale della sorveglianza.

Ricordate che, in caso di spazio insufficiente, potete aggiungere altri fogli al modulo.

Vi preghiamo di entrare nel dettaglio delle informazioni evitando di utilizzare dizioni generiche come è *stata offerta tutta l'assistenza necessaria* o *la paziente è stata trattata in accordo con quanto raccomandato dal protocollo*. Vi preghiamo di specificare esattamente i trattamenti eseguiti e allegare eventuali protocolli utilizzati.

### 2. Fornire un'occasione di auto-valutazione individuale e della struttura assistenziale

La partecipazione al sistema di sorveglianza rappresenta anche parte del vostro processo continuo di auto-valutazione e di quello di governo clinico della struttura di appartenenza. Vi preghiamo quindi di identificare e promuovere strumenti in grado di migliorare la qualità assistenziale, a livello di singolo professionista sanitario o di struttura, quali la redazione o la revisione di nuove linee guida o protocolli e la diversa organizzazione per l'approvvigionamento del sangue, o altro.

**In ogni caso di morte materna diretta o indiretta avvenuta nella vostra struttura di appartenenza deve essere organizzato un *audit* locale secondo la metodologia del *Significant Event Audit* o secondo altre metodologie (es. RCA), se già utilizzate di routine, con la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza della donna deceduta. Il modulo M1 va compilato durante l'esecuzione dell'*audit* dai professionisti che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura. I risultati dell'eventuale esame autoptico possono essere consegnati al referente regionale in un secondo momento rispetto al modulo M1.**

## IL MODULO M1 PER LA RACCOLTA DEI DATI

Il modulo M1 deve essere compilato dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna deceduta in collaborazione con il referente di struttura durante l'esecuzione del *Significant Event Audit*.

Il modulo prevede 18 sezioni.

### **Le sezioni 1-3, vanno compilate in ogni caso di morte materna:**

- 1- informazioni generali
- 2- storia riproduttiva
- 3- gravidanza attuale

### **Delle sezioni 4-8, compilare solo quella pertinente con il caso di morte materna in esame:**

- 4- decesso avvenuto durante e/o a seguito di aborto spontaneo o IVG effettuati entro la 22<sup>a</sup> settimana di gestazione\*
- 5- decesso avvenuto durante e/o a seguito di gravidanza ectopica
- 6- decesso avvenuto durante e/o a seguito della gravidanza ma non durante e/o a seguito di aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica
- 7- decesso avvenuto durante e/o a seguito di travaglio e parto
- 8- decesso avvenuto durante e/o a seguito del puerperio

### **Delle sezioni 9-14, compilare solo quella pertinente con il caso di morte materna in esame:**

- 9- decesso avvenuto a seguito di patologia trombotica o embolica, anche associate
- 10- decesso avvenuto a seguito di sepsi
- 11- decesso avvenuto a seguito di emorragia ostetrica grave
- 12- decesso avvenuto a seguito di pre-eclampsia e/o HELLP syndrome
- 13- decesso avvenuto a seguito di altre cause mediche o problemi chirurgici
- 14- decesso avvenuto a seguito di problemi psichiatrici e/o sociali

### **Delle sezioni 15-18, compilare solo quella/e pertinente/i con il caso di morte materna in esame:**

- 15- decesso avvenuto in paziente sottoposta ad anestesia (da compilare in ogni caso se la donna, deceduta per qualsiasi causa, sia stata sottoposta ad analgesia in travaglio o anestesia per taglio cesareo o altro intervento peripartum)
- 16- decesso avvenuto in paziente ricoverata nel dipartimento di emergenza
- 17- decesso avvenuto in paziente ricoverata in terapia intensiva o per altra assistenza specialistica
- 18- fattori non clinici che possono aver contribuito al decesso

---

#### **\* NOTA BENE**

Nell'ambito del sistema di sorveglianza delle morti materne la definizione adottata di aborto spontaneo è quella dell'OMS che pone il limite temporale per distinguere l'aborto spontaneo dalla natimortalità a 22 sett. + 0gg di gestazione o 500 grammi di peso fetale.

Nell'ambito del sistema di sorveglianza delle morti materne le IVG per accertata grave patologia materna e fetale, comprendono quelle effettuate entro la 22<sup>a</sup> settimana + 0gg di gestazione.

In caso di aborto spontaneo o IVG oltre la 22<sup>a</sup> + 0gg settimana di gestazione deve essere compilata la sezione 7 "decesso avvenuto durante e/o a seguito della gravidanza ma non durante e/o a seguito di aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica".

## QUALE DOCUMENTAZIONE RACCOGLIERE IN AGGIUNTA AL MODULO?

Le morti materne possono essere conseguenza di diverse cause, non sempre ostetriche. Per questo motivo è molto importante ottenere tutte le informazioni disponibili per approfondire anche i casi secondari a diverse condizioni patologiche come ad es. l'epilessia aggravata dalla gravidanza. Il modulo dovrebbe contenere tutte le informazioni necessarie ma nei casi complessi è raccomandato allegare al modulo ogni documentazione aggiuntiva disponibile.

In caso di assistenza anestesiologicala offerta in gravidanza, travaglio di parto o durante la sequenza di eventi che ha condotto al decesso, oltre alla sezione 15 del modulo M1 dedicata all'anestesia, va allegata la cartella di visita preparto e la cartella anestesiologicala.

In caso di ricovero in terapia intensiva, oltre alla compilazione della sezione 17 "Decesso avvenuto in paziente ricoverata in terapia intensiva o per altra assistenza specialistica", deve essere allegata la cartella clinica del ricovero in terapia intensiva.

In caso di gravidanza ectopica, embolia polmonare, epilessia, diabete, ipertensione arteriosa pregravidica, malattie autoimmuni insorte prima della gravidanza, malattia psichiatrica e in caso di violenza, è raccomandato, se disponibile, raccogliere informazioni dal medico di medicina generale della donna deceduta.

In caso di assistenza in dipartimento di emergenza, oltre alla compilazione della sezione dedicata del modulo, deve essere allegata la cartella clinica del pronto soccorso.

## RACCOMANDAZIONI IN CASO DI SPECIFICHE CAUSE DI MORTE

In caso di decesso dovuto a **patologia trombotica o embolica, anche associate**, compilare nel dettaglio la sezione 9 specificando un'eventuale anamnesi familiare o personale di episodi tromboembolici e verificare l'eventuale relazione con precedenti parti, aborti o IVG. In caso di precedenti familiari, riportare se la donna fosse stata sottoposta a screening per trombofilia ereditaria, compreso il fattore V di Leiden. Verificare e riportare eventuale uso di contraccettivi ormonali o di altri steroidi prima, durante la gravidanza o in puerperio. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata ad eventuali evidenze cliniche di trombosi venosa profonda insorta prima dell'embolia fatale o all'evidenza di embolie non fatali che hanno preceduto quella responsabile del decesso. Nel caso fosse stata somministrata una terapia anticoagulante a scopo profilattico o terapeutico va specificato il nome e il dosaggio del farmaco oltre all'inizio e alla fine della sua somministrazione. Vanno inoltre registrate eventuali ulteriori misure profilattiche utilizzate.

In caso di decesso dovuto a **sepsi**, secondario ad aborto, parto o procedure operative, compilare nel dettaglio la sezione 10 "Decesso avvenuto a seguito di sepsi" del modulo M1 avendo cura di fornire dettagli esaustivi della probabile fonte di infezione, specificando l'intervallo tra induzione e parto, se applicabile, e l'ora delle procedure operative. Si prega di riportare nella sezione appropriata i referti batteriologici, la specifica degli antibiotici somministrati, se a scopo profilattico o terapeutico, e segnalare se sia stata richiesta la consulenza di un microbiologo.

In caso di decesso dovuto ad **emorragia** compilare nel dettaglio la sezione 11 “Decesso avvenuto a seguito di emorragia ostetrica grave” avendo cura di segnalare l’esistenza di fattori favorevoli quali l’anemia e le terapie pertinenti. Specificare il tempo intercorso tra l’inizio del sanguinamento e l’intervento medico, il trasferimento in ospedale, le procedure operative, e il tempo richiesto per ottenere sangue e/o derivati. Va inoltre specificata la durata del tempo durante il quale la paziente è sopravvissuta dopo l’inizio dell’emorragia maggiore. È raccomandato, se disponibile, riportare il parere dell’ematologo. La cronologia degli eventi in questi casi è particolarmente importante e pertanto andrebbe dettagliata nel rapporto. Occorre allegare copia delle cartelle cliniche. È necessario specificare le ragioni in caso di apparente ritardo nella disponibilità di sangue e/o derivati.

In caso di decesso dovuto a **disordini ipertensivi della gravidanza**, compilare nel dettaglio la sezione 12 “Decesso avvenuto a seguito di pre-eclampsia e/o HELLP syndrome” riportando informazioni circa la precedente storia ostetrica e circa l’assistenza ricevuta durante l’ultima gravidanza. Occorre specificare il motivo preciso del ricovero ospedaliero e delle procedure assistenziali adottate. In caso di pazienti con precedente malattia ipertensiva, occorre riportare nelle sezioni appropriate l’esistenza di patologie di base come la coartazione dell’aorta, la stenosi dell’arteria renale, la pielonefrite cronica o il feocromocitoma. Occorre specificare le terapie farmacologiche effettuate, la somministrazione di fluidi ed elettroliti EV ed allegare le cartelle relative all’equilibrio idro-elettrolitico.

In caso di decesso dovuto a **cause indirette** come l’epilessia, il diabete o le patologie cardiache, è raccomandato, se disponibile, allegare anche un rapporto dello specialista che ha seguito la donna insieme ai dettagli della terapia farmacologica e ad eventuali sue modifiche a seguito dell’insorgenza della gravidanza. Va specificata anche l’evidenza (o l’assenza) di un approccio multidisciplinare integrato con il team ostetrico.

Dall’esperienza di altri sistemi di sorveglianza è emersa l’importanza degli aspetti sociali quali fattori di rischio per la mortalità materna. Pertanto occorre riportare informazioni relative a condizioni di **esclusione sociale** che comprendono la condizione di *senza fissa dimora*, lo stato di immigrato, la mancata comprensione della lingua italiana o condizioni di deprivazione sociale. Occorre specificare l’eventuale evidenza di uso di sostanze stupefacenti o di violenza domestica (anche se non associate direttamente alla morte della donna) ed eventuali contatti con servizi dedicati. È raccomandato, se disponibile, allegare i rapporti dei servizi sociali, specialmente in caso di violenza domestica, abuso di sostanze, condizioni di deprivazione sociale e problematiche relative alla protezione dei minori.

In caso di decesso dovuto a **suicidio** o ad overdose accidentale di farmaci o di sostanze stupefacenti è raccomandato, se disponibile, riportare una storia completa dello psichiatra/servizi di assistenza psichiatrica che avevano in cura la donna e del MMG. Va inoltre allegata una copia della più recente valutazione psichiatrica. Vanno allegati anche copia di eventuali rapporti dei servizi sociali e dei servizi per la tossicodipendenza.

Schema sintetico	9
Sezione 1. Informazioni generali	11
Sezione 2. Storia riproduttiva	13
Sezione 3. Gravidanza attuale	14
Sezione 4. Decesso avvenuto durante e/o a seguito di aborto spontaneo o IVG effettuati entro la 22 <sup>a</sup> settimana di gestazione	16
Sezione 5. Decesso avvenuto durante e/o a seguito di gravidanza ectopica	18
Sezione 6. Decesso avvenuto durante e/o a seguito della gravidanza ma non durante e/o a seguito di aborto spontaneo o IVG o gravidanza ectopica	20
Sezione 7. Decesso avvenuto durante e/o a seguito di travaglio e parto	21
Sezione 8. Decesso avvenuto durante e/o a seguito del puerperio	27
Sezione 9. Decesso avvenuto a seguito di patologia trombotica o embolia, anche associate	29
Sezione 10. Decesso avvenuto a seguito di sepsi	32
Sezione 11. Decesso avvenuto a seguito di emorragia ostetrica grave	34
Sezione 12. Decesso avvenuto a seguito di pre-eclampsia e/o HELLP syndrome	37
Sezione 13. Decesso avvenuto a seguito di altre cause mediche o problemi chirurgici	42
Sezione 14. Decesso avvenuto a seguito di problemi psichiatrici e/o sociali	44
Sezione 15. Decesso avvenuto in paziente sottoposta ad anestesia	47
Sezione 16. Decesso avvenuto in paziente ricoverata nel dipartimento di emergenza	57
Sezione 17. Decesso avvenuto in paziente ricoverata in terapia intensiva o per altra assistenza specialistica	59
Sezione 18. Fattori non clinici che possono aver contribuito al decesso	61

**Attenzione: documentazione riservata!**  
**Non trattenere alcuna copia di questo modulo.**  
**Non riportare il nome della donna, dei professionisti sanitari**  
**o dell'ospedale in questo modulo.**

Referente regionale: Dott. Marcello Pezzella  
Tel. 081 7969374  
e-mail: marcello.pezzella@regione.campania.it

## SCHEMA SINTETICO M1

### DATI PAZIENTE

Età:  Nazionalità: \_\_\_\_\_

Precedenti gravidanze:

Eventuali patologie o condizioni di rischio pre-esistenti: \_\_\_\_\_

### TIMING DEL DECESSO

Indicare se:

- Decesso avvenuto durante la gravidanza
- Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica
- Decesso avvenuto in puerperio o dopo dimissione per esito gravidanza

Indicare giorni intercorsi tra esito gravidanza e decesso:

Età gestazionale al parto/IVG/AS o al decesso (se avvenuto prima dell'esito):

Data e ora del decesso: // ora :

Luogo del decesso: \_\_\_\_\_

Sequenza cause del decesso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CRONOLOGIA DEI RICOVERI

Modalità di arrivo in ospedale

- Mezzo proprio
- In ambulanza

Specificare, in ordine cronologico, i presidi ospedalieri dove la donna è stata ricoverata, la tipologia di reparto e i giorni di degenza

Presidio ospedaliero	Reparto (Ostetricia, PS, DEA)	n. giorni degenza
Presidio n. 1		
Presidio n. 2		
Presidio n. 3		
Presidio n. 4		
Presidio n. 5		
Presidio n. 6		

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEZIONE 1. INFORMAZIONI GENERALI**

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Numero progressivo caso

Codice Regione

Anno di nascita

Data ultimo ricovero   /   /   Motivo del ricovero \_\_\_\_\_

Epoca gestazionale al momento del decesso o al momento dell'esito della gravidanza settimane

Condizione ostetrica al momento del decesso

- In gravidanza
- Aborto spontaneo/IVG/mola idatiforme
- Gravidanza ectopica
- Antepartum
- Intrapartum
- ≤ 42 giorni dall'esito della gravidanza

Data fine gravidanza (parto, aborto, IVG, gravidanza extrauterina) (se applicabile)   /   /

Data diagnosi della complicazione che ha causato il decesso   /   /

Data dimissione eventuale precedente ricovero   /   /

Data del decesso   /   /

Luogo del decesso

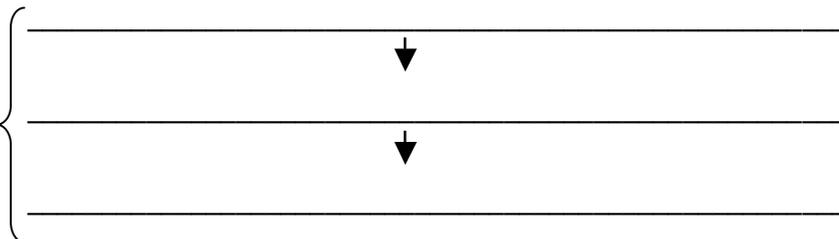
- Casa
- Strada
- Sala parto
- Sala operatoria
- Reparto di ostetricia
- Reparto puerperio
- Terapia intensiva
- Pronto soccorso generale
- Pronto soccorso ostetrico
- Altro luogo dell'ospedale
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

Causa di morte (come riportata nel certificato di morte)

Causa iniziale:

\_\_\_\_\_ che ha eventualmente causato  
↓

Condizioni/complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte:



Codice ICD9 iniziale, se conosciuto     .

**SEZIONE 1. Continua Informazioni generali**

**È stata richiesta un'autopsia?**  Sì  No

**È stato richiesto l'esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino?**  Sì  No

**Sono previste/in corso indagini dell'autorità giudiziaria?**  Sì  No

**La madre era in stato di coma, mantenuta in vita per permettere il parto?**  Sì  No

**La madre era affetta da una condizione cronica in progressione di malattia (es. tumori, malattie sistemiche)?**  Sì  No

**Se sì, specificare la patologia**

**Cittadinanza** \_\_\_\_\_ **codice ISTAT**

**Comune di nascita** \_\_\_\_\_ **codice ISTAT**

**Se straniera, specificare il Paese di nascita** \_\_\_\_\_ **codice ISTAT**

**Se straniera, condizione di:**

- Rifugiata
- Richiedente asilo
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Titolo di studio**

- Laurea
- Diploma Universitario o laurea breve
- Diploma di scuola media superiore
- Diploma di scuola media inferiore
- Licenza elementare o nessun titolo

**Sintetizzare e riportare evidenze di qualunque circostanza personale o sociale (es. violenza domestica, senza fissa dimora) che possa essere utile a questa indagine nello spazio sottostante**

## SEZIONE 2. STORIA RIPRODUTTIVA

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Questa gravidanza è insorta a seguito di PMA?  Sì  No

### Metodi di PMA:

- Solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione
- Inseminazione intra-uterina
- GIFT
- FIVET
- ICSI
- Altre tecniche, specificare \_\_\_\_\_

Per ciascuna procedura, specificare le eventuali complicanze (es. sindrome da iperstimolazione ovarica, ricoveri) e le eventuali manovre terapeutiche o profilattiche adottate (es. eventuale profilassi antitrombotica in caso di sindrome da iperstimolazione ovarica: dosi, durata)

Precedenti concepimenti  Sì  No

### Se sì, indicare numero di:

Nati vivi

Nati morti

Aborti spontanei

Gravidanze extrauterine

IVG

Tagli cesarei precedenti

Data ultimo parto   /   /

Sintetizzare e riportare precedenti anamnestici medici o chirurgici che possono essere utili a questa indagine (es. miomectomia o altra chirurgia uterina, patologie o condizioni causa di pregressa IVG, cardiopatia, malattie neurologiche/neurochirurgiche, malattie ematologiche/autoimmuni, neoplasie, ecc.)

### SEZIONE 3. GRAVIDANZA ATTUALE

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Data ultima mestruazione    /    /

Prima visita di controllo in gravidanza   settimane compiute

L'età gestazionale ecografica conferma quella di amenorrea?  Sì  No

Gravidanza:  singola  gemellare  trigemina  più di tre

**Assistenza in gravidanza:** (più di una risposta è possibile)

Ginecologo: ospedaliero

consultoriale

di ambulatorio pubblico

di struttura privata

privato che lavora anche in ospedale

Ostetrica: ospedaliera

consultoriale

di ambulatorio pubblico

di struttura privata

Nessuna assistenza

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Sintetizzare e riportare aspetti relativi all'assistenza in gravidanza che possono essere utili a questa indagine**

**Allegare le informazioni disponibili circa l'assistenza prenatale (cartella clinica, esami diagnostici, ecc.)**

Altezza (cm)

Peso pregravidico (Kg)

Incremento ponderale (Kg)

**Decorso della gravidanza**

Fisiologico

Patologico

La donna ha avuto ricoveri ospedalieri durante questa gravidanza a seguito di patologie insorte prima dell'attuale gravidanza?

Sì  No

Se sì, specificare i motivi e l'anno di insorgenza:

	<i>anno</i>
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Patologie cardio-vascolari	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tireopatie	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	<input type="text"/> <input type="text"/>

La donna ha avuto ricoveri ospedalieri durante questa gravidanza a seguito di patologie insorte durante l'attuale gravidanza?

Sì  No

Se sì, specificare i motivi e l'epoca gestazionale del ricovero:

	<i>settimane</i>
<input type="checkbox"/> Minaccia di aborto	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Minaccia di parto pretermine	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Infezioni del tratto genito-urinario	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Disordini ipertensivi della gravidanza	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	<input type="text"/> <input type="text"/>

Se il decesso è avvenuto durante e/o a seguito di aborto spontaneo o IVG effettuati entro la 22<sup>a</sup> sett. + 0gg di gestazione, vai alla sezione 5.

Se il decesso è avvenuto durante e/o a seguito di gravidanza ectopica, vai alla sezione 6.

Se il decesso è avvenuto durante e/o a seguito della gravidanza, ma non durante e/o a seguito di aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica, vai alla sezione 7.

Se il decesso è avvenuto a seguito di altri motivi durante o dopo il travaglio, vai alla sezione 8.

Se il decesso è avvenuto a seguito di altri motivi durante il puerperio, vai alla sezione 8.

**SEZIONE 4. DECESSO AVVENUTO DURANTE E/O A SEGUITO DI ABORTO SPONTANEO O IVG EFFETTUATI ENTRO LA 22<sup>a</sup> SETTIMANA DI GESTAZIONE**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (Leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**La gravidanza è stata confermata ecograficamente?**  Sì  No

**Se è stato un aborto spontaneo:**

- Completo
- Incompleto
- Interno
- Mola idatiforme/malattia trofoblastica

**Se è stata una IVG: (segnare tutte le opzioni applicabili)**

- Legale  Illegale
- Ricovero ordinario  Day hospital
- Medica  Chirurgica
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**È stata eseguita visita anestesiologicala preoperatoria?**  Sì  No

**Se sì, specificare la sede:**

- Ambulatoriale
- In reparto
- Direttamente in sala operatoria
  
- È stata prevista profilassi antinfettiva
- È stata prevista profilassi antitrombotica

**Descrivere le cause dell'aborto spontaneo (es. aborto settico) specificando se definite clinicamente (sintomatologia della gravida), con indagini di laboratorio (specificare), con esame anatomopatologico. Descrivere anche il trattamento effettuato**

**SEZIONE 4. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito di aborto spontaneo o ivg effettuati entro la 22<sup>a</sup> settimana di gestazione**

**Dove è stata effettuata l'IVG?**

- Ospedale pubblico
- Struttura convenzionata
- Casa
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Descrivere tutte le procedure adottate, i farmaci, le infusioni EV o altro con le date e gli orari. Specificare anche la somministrazione di ossitocici (dose, via di somministrazione e frequenza). In caso di aborto medico (IVG con Misoprostolo o RU486 per aborto terapeutico oltre 90 giorni) che tipo di follow-up è stato previsto?**

**SEZIONE 5. DECESSO AVVENUTO DURANTE E/O A SEGUITO DI GRAVIDANZA ECTOPICA**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (Leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**La donna sapeva di essere in gravidanza?**  Sì  No

**La gravidanza era stata confermata da un professionista sanitario?** Sì  No

**La diagnosi era stata confermata ecograficamente?**  Sì  No

**È stata prevista profilassi antinfettiva?**  Sì  No

**È stata prevista profilassi antitrombotica?**  Sì  No

**La donna era stata visitata da:**

	<b>per controllo di routine</b>	<b>per sintomatologia specifica</b>
MMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazione mancante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allegare il referto di un Pronto soccorso se disponibile, specificando il tempo di attesa prima del controllo medico.**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

**SEZIONE 5. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito di gravidanza ectopica**

**Descrivere nel dettaglio la visita anestesiologicala preoperatoria, l'intervento, la preanestesia, l'anestesia, l'eventuale terapia antalgica e, in caso di ricorso alla terapia intensiva, compilare la sezione 17.**

**SEZIONE 6. DECESSO AVVENUTO DURANTE E/O A SEGUITO DELLA GRAVIDANZA MA NON DURANTE E/O A SEGUITO DI ABORTO SPONTANEO O IVG O GRAVIDANZA ECTOPICA**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**Fornire ulteriori dettagli circa problemi medici nelle sezioni 9-14.**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

**Andare alle sezioni 9-14 e compilarle se applicabili.**

**SEZIONE 7. DECESSO AVVENUTO DURANTE E/O A SEGUITO DI TRAVAGLIO E PARTO**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (Leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**Data del ricovero ospedaliero**      □□/□□/□□      **ora**    □□:□□  
**Data dell'ammissione in sala parto**      □□/□□/□□      **ora**    □□:□□  
**Data di inizio travaglio**      □□/□□/□□      **ora**    □□:□□  
**Data di inizio periodo espulsivo**      □□/□□/□□      **ora**    □□:□□

**Data del parto**      □□/□□/□□      **ora**    □□:□□

	<b>Luogo all'inizio del travaglio</b>	<b>Se trasferita in travaglio, dove</b>	<b>Luogo del parto</b>
Ospedale pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro nascita gestito da ostetriche integrato nell'ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro nascita gestito da ostetriche separato dall'ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa di cura privata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Distanza tra abitazione e ospedale dove si è verificato il primo ricovero (Km)**      □□□

**Collegamenti stradali:**       agevoli       difficili

**Mezzo di trasferimento utilizzato:**       privato       ambulanza

**In caso di ulteriori trasferimenti, documentarli su fogli separati**

**Se la donna è stata trasferita durante il travaglio, descrivere eventuali ritardi o problemi nei trasferimenti**

**Professionisti sanitari che sono stati coinvolti nell'assistenza (specificare il numero):**

	<b>Durante il travaglio</b>	<b>Durante il parto</b>
Ostetrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro personale, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE 7. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito di travaglio e parto**

**Ostetrica che ha effettuato l'assistenza intra-partum**

Anni di esperienza

Personale di ruolo \_\_\_\_\_  
 Personale di ruolo \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Medico che ha effettuato l'assistenza intra-partum**

Anni di esperienza

Personale di ruolo \_\_\_\_\_  
 Personale di ruolo \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Aggiungere eventuali altri commenti**

**Presentazione all'inizio del travaglio**

Cefalica                       Podalica                       Traversa o obliqua  
 Non nota                       Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Inizio del travaglio**

Spontaneo                       Induzione                       Cesareo prima del travaglio  
 Non noto                       Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Induzione** (specificare tipo di farmaco, dosaggio, timing della somministrazione e via della somministrazione)

	Prostaglandine	Ossitocina	Altro, specificare
Farmaco			
Dosaggio			
Timing di somministrazione			
Via di somministrazione			

**Ragioni dell'induzione**

Oltre il termine                       Diabete pregravidico                       Diabete gestazionale  
 Ipertensione/pre-eclampsia/epatogestosi                       IUGR                       Morte intrauterina  
 Altro, specificare \_\_\_\_\_

**È stato effettuato un monitoraggio elettronico fetale durante il travaglio**

**Tracciato CTG:**

Normale  
 Indeterminato. Specificare \_\_\_\_\_  
 Patologico. Specificare \_\_\_\_\_

**Membrane:**  Integre     Rotte spontaneamente     Rotte artificialmente

**da ore e minuti** (contare le ore e i minuti intercorsi fino all'espulsione del feto)

**con liquido amniotico:**  Limpido     Tinto da meconio                       Tinto da sangue

**SEZIONE 7. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito di travaglio e parto**

**Modalità del parto**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vaginale non complicato     | <input type="checkbox"/> TC su segmento inferiore |
| <input type="checkbox"/> Vaginale con Kristeller     | <input type="checkbox"/> TC su corpo uterino      |
| <input type="checkbox"/> Vaginale operativo, forcipe | <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ |
| <input type="checkbox"/> Vaginale operativo, ventosa |   |

**In caso di gravidanza gemellare, specificare le modalità del parto per i gemelli**

**Aggiungere eventuali altri commenti e allegare la documentazione cardiotocografica**

**La donna è stata vista dal ginecologo durante il travaglio?**     Sì     No

**A che punto del travaglio il ginecologo di guardia è stato avvisato di potenziali problemi?**

**È stato chiamato il primario del reparto ginecologia/ostetricia?**     Sì     No

**Ci sono state difficoltà o ritardi nell'ottenere:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La consulenza del ginecologo di guardia | <input type="checkbox"/> Altre consulenze ostetriche        |
| <input type="checkbox"/> La consulenza dell'ostetrica di turno   | <input type="checkbox"/> Altre consulenze                   |
| <input type="checkbox"/> L'ambulanza                             | <input type="checkbox"/> La consulenza neonatologica        |
| <input type="checkbox"/> I risultati del laboratorio analisi     | <input type="checkbox"/> Sangue e derivati                  |
| <input type="checkbox"/> La consulenza anestesiologicala         | <input type="checkbox"/> La consulenza rianimatoria materna |

**Specificare:**

**Descrivere qualsiasi anomalia insorta durante il travaglio, comprese le indicazioni in caso di parto operativo**

**Lacerazione** (specificare se 1°, 2°, 3°, 4°) \_\_\_\_\_

**Sono stati evidenziati problemi durante la fase espulsiva?**  Sì  No

**Se sì, quali e chi è intervenuto?**

**Perdita ematica stimata a seguito della lacerazione** ml

**In caso di parto operativo vaginale, specificare le indicazioni:**

- Arresto della progressione della parte presentata
- Alterazioni cardiocografiche
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**In caso di taglio cesareo, specificare:**

- Programmato
- Programmato ma realizzato in urgenza
- D'emergenza
- Peri o post mortem

**Sede in cui è stata posta l'indicazione al TC**

- Domicilio/strada
- Sala parto
- Pronto Soccorso ostetrico
- Corsia di degenza
- Pronto Soccorso generale
- Altra sede, specificare \_\_\_\_\_

**Indicazioni al TC**

**Materne**

- Mancata progressione
- Patologie materne
- Richiesta materna
- Placenta praevia
- Placenta accreta, percreta, increta
- Distacco della placenta
- Fallita induzione
- Pre-eclampsia
- Precedente TC
- Precedenti ostetrici sfavorevoli
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Fetali**

- Presentazione podalica
- Altre presentazioni anomale
- Corioamnionite
- Prolasso del funicolo
- IUGR
- Anomalie congenite fetali
- Macrosomia
- Gravidanza multipla
- Alterazioni cardiocografiche
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**In caso di taglio cesareo, specificare:**

Durata intervento (incisione-sutura cute)  minuti

Perdita ematica stimata a seguito del TC ml

emoglobina preparto g/l

emoglobina postpartum g/l

Descrivere l'intervento ed eventuali difficoltà (allegare altri fogli se necessario)

**Sia in caso di parto vaginale che di taglio cesareo, specificare:**

Modalità di secondamento:  spontaneo  manuale dopo  minuti

Problemi secondamento:  nessuno  difficoltoso  accretismo placentare

La placenta e le membrane erano complete? \_\_\_\_\_

Se sono state somministrate infusioni EV, spiegare quali e perché

**Riportare i farmaci ossitocici utilizzati durante e dopo il 3° stadio per profiassi**

Farmaci	Ora prelievo	Ora refertazione	Dosaggio	Via di somministrazione
Ossitocina in bolo				
Ossitocina infusione				
Metilergometrina bolo				
Prostaglandine				
Altro, specificare				

**Riportare i farmaci ossitocici utilizzati durante e dopo il 3° stadio per terapia**

Farmaci	Ora prelievo	Ora refertazione	Dosaggio	Via di somministrazione
Ossitocina in bolo				
Ossitocina infusione				
Metilergometrina bolo				
Prostaglandine				
Altro, specificare				

**Aggiungere eventuali altri commenti circa il 3° stadio**

**SEZIONE 7. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito di travaglio e parto**

<b>Neonato/i</b>	<b>1° nato</b>	<b>2° nato</b>	<b>3° nato</b>	<b>4° nato</b>
Peso in grammi				
<b>Nati vivi</b>	<b>1° nato</b>	<b>2° nato</b>	<b>3° nato</b>	<b>4° nato</b>
Apgar a 5'				
pH fetale				
Rianimazione/Intubazione				
Trasferito in TIN				
Decesso post-nascita				
<b>Nati morti</b>	<b>1° nato</b>	<b>2° nato</b>	<b>3° nato</b>	<b>4° nato</b>
Integro				
Macerato				

**Descrivere nel dettaglio qualsiasi problema insorto**

**Andare alle sezioni 9-14 e compilarle se applicabili**

**SEZIONE 8. DECESSO AVVENUTO DURANTE E/O A SEGUITO DEL PUERPERIO**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**Data della dimissione (gg/mm/aa)**      /   /

**Dopo quanti giorni e ore dal parto è stata dimessa?**      giorni      ore

**Specificare ogni complicazione in puerperio (es. piressia, ipertensione, emorragia post partum secondaria)**

**Sede in cui è stata posta la diagnosi della complicazione in puerperio**

- Domicilio/strada     Pronto Soccorso ostetrico     Altra sede, specificare \_\_\_\_\_  
 Corsia di degenza     Pronto Soccorso generale

**Specificare ogni trattamento e le strategie profilattiche implementate (sia alla cieca, che sotto guida di esami)**

**L'Hb è stata verificata nel post partum? Se sì, specificare il valore minimo riportato e l'intervallo in ore dal parto. Specificare anche se è stata effettuata una trasfusione e il numero di unità trasfuse (GRC, PFC, PLT)**

**A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?**

**SEZIONE 8. Continua decesso avvenuto durante e/o a seguito del puerperio**

**Specificare eventuali altri problemi legati al puerperio in ospedale**

**La donna è stata ricoverata nuovamente? Se sì, quanti giorni dopo il parto e per quali motivi?**

**La donna soffriva di depressione postnatale o di altri problemi psichiatrici?**  Sì  No

**Se sì compilare la sezione 14.**

**Descrivere nel dettaglio qualsiasi altro problema insorto nel periodo postnatale**

**Andare alle sezioni 9-14 e compilarle se applicabili**

**SEZIONE 9. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI PATOLOGIA TROMBOTICA O EMBOLICA, ANCHE ASSOCIATE**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**La diagnosi di tromboembolia è**  sospetta  certa

**Sede della trombosi**

**Sede dell'embolia**

**Sede in cui è stata posta la diagnosi**

- Domicilio/strada  Sala parto  Pronto Soccorso ostetrico  
 Corsia di degenza  Sala operatoria  Pronto Soccorso generale  
 Altra sede, specificare \_\_\_\_\_

**Tromboembolia polmonare**

**La donna aveva una storia pregressa di tromboembolia? Se sì, secondaria alla gravidanza?**

**La donna aveva un'anamnesi familiare di tromboembolia (nei familiari di primo grado)?**  Sì  No

**Se sì, è stata sottoposta a screening per trombofilia?**  Sì  No

**Se sì, specificare:**

- Deficit di antitrombina III  
 Deficit di proteina C  
 Deficit di proteina S  
 Fattore V di Leiden  
 Gene protrombina G20210A

**La donna aveva recentemente fatto un lungo viaggio aereo, in autobus o automobile? Se sì, quanto prima dell'embolia? Specificare la durata del viaggio**

**SEZIONE 9. Continua decesso avvenuto a seguito di patologia trombotica o embolica, anche associate**

**Sussistevano altri fattori di rischio, es. immobilità prolungata/uso di sedia a rotelle, fumo, parità elevata (>3), età >35 anni, BMI >30?**

**Nel caso avesse fatto uso di contraccettivi orali: specificare il tipo, quanto prima del concepimento li ha sospesi e/o quando li ha assunti dopo la fine della gravidanza**

**È stata sottoposta a trombo-profilassi in gravidanza, al parto o dopo il parto? Se sì, specificare l'inizio, il dosaggio e la durata della terapia**

**Specificare e allegare copia del protocollo della trombo-profilassi utilizzata in epoca prenatale, per il TC o dopo il parto**

**Sono state utilizzate delle misure preventive fisiche, es. calze a compressione?**

**Indicare le procedure diagnostiche adottate:**

- RX torace
- ECG
- Ecocardiografia
- TAC spirale
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**SEZIONE 9. Continua decesso avvenuto a seguito di patologia trombotica o embolica, anche associate**

È stata attuata terapia anticoagulante di copertura in attesa del riscontro diagnostico?  Sì  No

Se sì, specificare i farmaci utilizzati, le dosi somministrate e la loro successione temporale

--

In caso di somministrazione di Eparina specificare:

Tempi	Dosaggi	Tipologia	Via di somministrazione

A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?

--

Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso

--

## SEZIONE 10. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI SEPSI

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Compilare questa sezione se la sepsi è stata la causa o un fattore contribuente al decesso

Se sì, quando

La sepsi è insorta a seguito di:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Corioamnionite  | <input type="checkbox"/> Appendicite acuta     |
| <input type="checkbox"/> Pielonefrite  | <input type="checkbox"/> Colecistite acuta     |
| <input type="checkbox"/> Endometrite post partum                               | <input type="checkbox"/> Pancreatite           |
| <input type="checkbox"/> Infezione della ferita                                | <input type="checkbox"/> Fascite necrotizzante |
| <input type="checkbox"/> Polmonite   | <input type="checkbox"/> Ascesso mammario      |
| <input type="checkbox"/> Perforazione d'utero/ansa intestinale post chirurgica |  |

Quale terapia è stata instaurata?

Segnare ognuna delle condizioni applicabili

- Febbre (>38 °C)
- Aumento dei globuli bianchi  
(range normale in gravidanza 5.000-15.000)
- Leucopenia
- Aumento della PCR
- Aumento della Procalcitonina
- Altri segni di infezione, specificare \_\_\_\_\_

Sono stati rilevati campioni per ricerche microbiologiche?  Sì  No

Se sì, quali

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coltura urine    | <input type="checkbox"/> Tampone placentare | <input type="checkbox"/> Coltura liquor                    |
| <input type="checkbox"/> Tampone vaginale | <input type="checkbox"/> Emocoltura         | <input type="checkbox"/> Altri prelievi, specificare _____ |

**Specificare quali microrganismi sono stati identificati**

**Sede in cui è stata posta la diagnosi**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Domicilio/strada              | <input type="checkbox"/> Sala parto      | <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso ostetrico |
| <input type="checkbox"/> Corsia di degenza             | <input type="checkbox"/> Sala operatoria | <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso generale  |
| <input type="checkbox"/> Altra sede, specificare _____ |  |  |

**È stata attuata terapia antibiotica alla cieca in attesa delle verifiche di laboratorio?**  Sì  No

**Specificare le terapie o i trattamenti antibiotici adottati, le vie di somministrazione e i tempi di inizio rispetto alla diagnosi/ricovero**

**A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

**SEZIONE 11. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI EMORRAGIA OSTETRICA GRAVE**

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Data dell'identificazione dell'emorragia (gg/mm/aa) / /  ora :

Diagnosi \_\_\_\_\_

Sede in cui è stata posta la diagnosi

- Domicilio/strada       Sala parto       Pronto Soccorso ostetrico  
 Corsia di degenza       Sala operatoria       Pronto Soccorso generale  
 Altra sede, specificare \_\_\_\_\_

Perdita ematica stimata (ml) \_\_\_\_\_

Sede dell'emorragia

- Utero       Vagina       Addome       Altro, specificare \_\_\_\_\_

Durata dell'emorragia  ore  minuti

Esami ematochimici eseguiti: indicare l'ora e i risultati e le unità utilizzate

	Data, ora e risultati del primo bilancio	Data, ora e risultati al momento della massima perdita ematica	Risultati del bilancio a 24 ore
Emoglobina			
Ematocrito			
Piastrine			
Protrombina			
PTT			
Fibrinogeno			
D-dimeri o complessi solubili			
Creatinina, diuresi			
Diuresi oraria			
Altro, specificare			

**SEZIONE 11. Continua decesso avvenuto a seguito di emorragia ostetrica grave**

Infusioni:  Albumina  Cristalloidi  Colloidi

Specificare le soluzioni infuse e la quantità

Trasfusioni:  Sì  No

In caso di trasfusione, specificare il prodotto trasfuso e il numero di unità

---

Specificare il tempo della richiesta degli emoderivati e il tempo di arrivo

Esistevano motivi ideologici o di altro tipo per procrastinare, cercare di evitare le trasfusioni o l'impiego di emoderivati? (specificare il tipo di consenso ottenuto)

Pressione arteriosa:  non invasiva  cruenta

Livello minimo osservato \_\_\_\_\_ Data   /   /   ora   :

Terapia instaurata \_\_\_\_\_ Data   /   /   ora   :

Dosaggio \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa 1 ora dopo l'inizio della terapia \_\_\_\_\_

A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?

**Terapia medica:**

	Tipo/dosaggio	Via di somministrazione
<input type="checkbox"/> Ossitocici	_____	_____
<input type="checkbox"/> Misoprostolo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prostaglandine	_____	_____
<input type="checkbox"/> Antibiotici	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anticoagulanti	_____	_____
<input type="checkbox"/> Procoagulanti	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vasoattivi	_____	_____
<input type="checkbox"/> Emoderivati	_____	_____
<input type="checkbox"/> Emocomponenti	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro, specificare _____		

**Terapia chirurgica:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sutura di lacerazioni genitali | <input type="checkbox"/> Embolizzazione arteria uterina       |
| <input type="checkbox"/> Revisione uterina              | <input type="checkbox"/> Applicazione di balloon intrauterino |
| <input type="checkbox"/> Tamponamento uterino           | <input type="checkbox"/> Isterectomia                         |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____       |   |

**Specificare l'avvenuto trasferimento in altro reparto/struttura e, in caso di trasferimento in terapia intensiva, compilare la sezione 17**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

**SEZIONE 12. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI PRE-ECLAMPSIA E/O HELLP SYNDROME**

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

Evento acuto, data (gg/mm/aa) / /  ora :

Prima manifestazione severa: \_\_\_\_\_

Sede in cui è stata posta la diagnosi

- Domicilio/strada       Sala parto       Pronto Soccorso ostetrico  
 Corsia di degenza       Sala operatoria       Pronto Soccorso generale  
 Altra sede, specificare \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa

Livello max prima dell'inizio della terapia \_\_\_\_\_ Data / /  ora :

È stata iniziata una qualunque terapia?       Sì       No

Se sì:      Data / /  ora :

Farmaci	Dosaggio	Via di somministrazione

Pressione arteriosa 1 ora dopo l'inizio della terapia \_\_\_\_\_

La paziente ha manifestato:

- Metrorragie  
 Edema facciale  
 Edemi generalizzati  
 Dolori epigastrici  
 Dolori pelvici  
 Cefalea, scotomi  
 Dispnea  
 Cianosi  
 Ematuria  
 Oliguria, precisare \_\_\_\_\_  
 Edema polmonare  
 Convulsioni      Data / /  ora inizio della crisi convulsiva :

Altri segni, specificare \_\_\_\_\_

Descrivere nel dettaglio la cronologia degli eventi per comprendere l'evoluzione del caso, gli esami eseguiti, le decisioni assunte e i trattamenti eseguiti

Esami ematochimici: indicare l'ora e i risultati e le unità utilizzate

	Data e ora	Risultati
<b>Proteinuria</b> (specificare se: gr per litro o gr/24 h)		
<b>Piastrine</b>		
<b>Emoglobina</b>		
<b>Ematrocrito</b>		
<b>Uricemia</b>		
<b>Creatininemia</b>		

Esami ematochimici: indicare l'ora e i risultati e le unità utilizzate

	Data e ora	Risultati
<b>Tasso di protrombina</b>		
<b>PTT</b>		
<b>D-dimeri o complessi solubili</b>		
<b>LDH</b>		
<b>ASAT</b>		
<b>ALAT</b>		
<b>Aptoglobina</b>		

**SEZIONE 12. Continua decesso avvenuto a seguito di pre-eclampsia e/o HELLP syndrome**

**Terapia:**

- Steroidi
- Anticonvulsivanti
- Solfato di magnesio
- Antipertensivi
- Anticoagulanti
- Diuretici
- Tocolitici
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Ematoma retroplacentare**  Sì  No

**Prima di un eventuale TC, sono state attuate manovre di stabilizzazione pressorie?**  Sì  No

**Se sì, quali, per quanto tempo e con quali risultati?**

**Prima di un eventuale TC, sono state attuate manovre di stabilizzazione cerebrali?**  Sì  No

**Se sì, quali, per quanto tempo e con quali risultati?**

**Prima di un eventuale TC, sono state attuate manovre di stabilizzazione del quadro ematochimico (es. piastrine, plasma)**  Sì  No

**Se sì, quali, per quanto tempo e con quali risultati?**

**A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the events that led to the death. The box is currently blank.

**SEZIONE 13. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI ALTRE CAUSE MEDICHE O PROBLEMI CHIRURGICI**

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

**Andare alla sezione 9 per decessi a seguito di tromboembolia, 10 per sepsi, 11 per emorragia ostetrica e 12 per disturbi ipertensivi**

**Specificare il/i problemi**

**I problemi erano precedenti alla gravidanza?**    Sì     No

**Sede in cui è stata posta la diagnosi**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicilio/strada  | <input type="checkbox"/> Sala parto               | <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso ostetrico     |
| <input type="checkbox"/> Corsia di degenza | <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso generale | <input type="checkbox"/> Altra sede, specificare _____ |

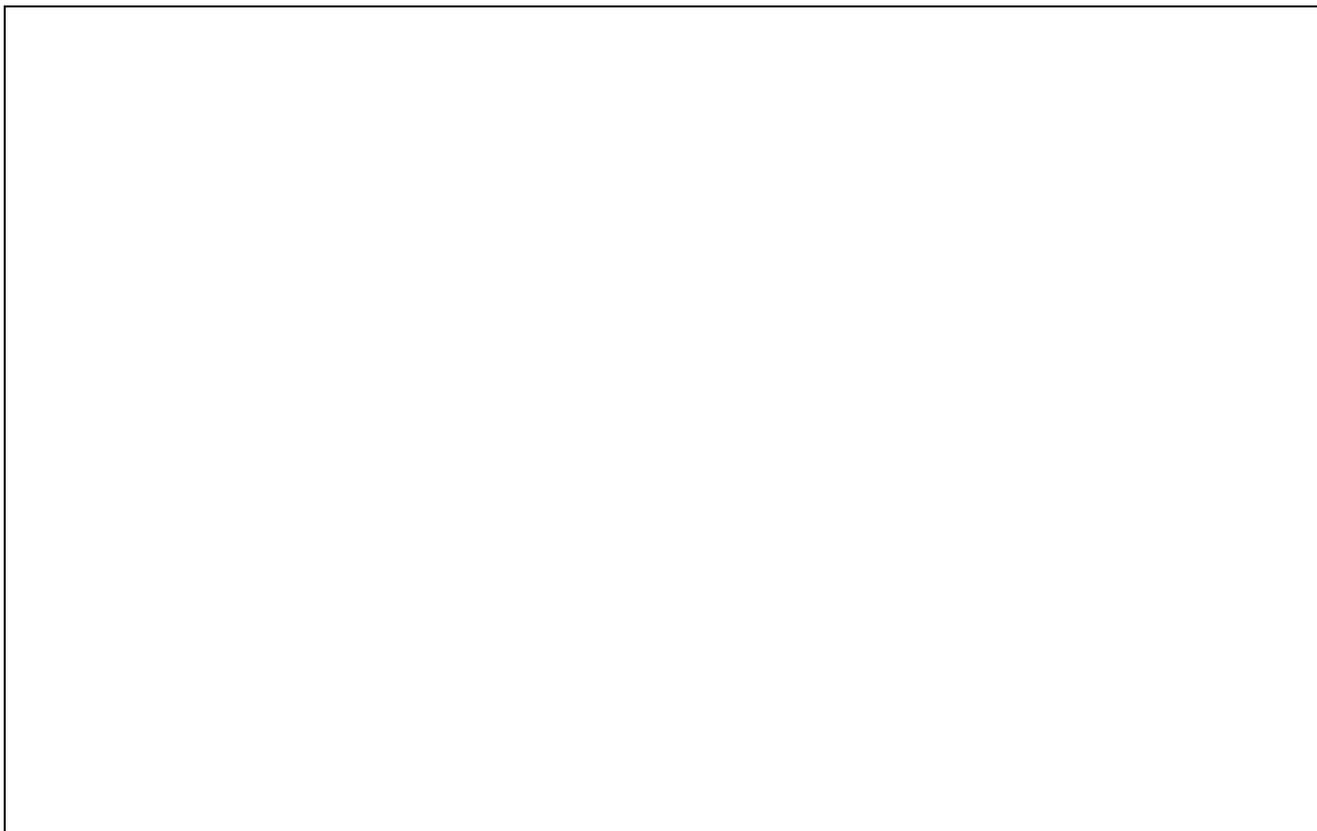
**Se i problemi erano precedenti alla gravidanza descrivere brevemente l'età di insorgenza, il grado di compenso pre-gestazionale documentato (se noto) e i pregressi trattamenti**

**La donna ha ricevuto trattamenti speciali in gravidanza?**

**Specificare eventuali consulenze (es. per diabete/epilessia/problemi cardiaci)**

**A che punto del ricovero in puerperio l'anestesista-rianimatore è stato avvisato di potenziali problemi?**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the events that led to the death.

## SEZIONE 14. DECESSO AVVENUTO A SEGUITO DI PROBLEMI PSICHIATRICI E/O SOCIALI

**Questa sezione deve essere compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**

Questo rapporto riguarda la patologia psichiatrica e le condizioni di esclusione sociale pertanto vengono richieste informazioni sull'abuso di sostanze, i disordini alimentari, la violenza domestica e altre forme di abuso oltre a patologie psichiatriche precedenti e depressione postnatale.

Più strutture sanitarie possono essere coinvolte nell'assistenza di queste donne per cui ognuna dovrà compilare separatamente un rapporto ed allegarlo. Allegare anche informazioni circa l'ultima valutazione psichiatrica se pertinente

### Specificare l'anamnesi psichiatrica

Diagnosi primaria	Età di insorgenza	Terapia
<input type="checkbox"/> Schizofrenia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo bipolare	_____	_____
<input type="checkbox"/> Depressione grave	_____	_____
<input type="checkbox"/> Depressione lieve/moderata	_____	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo post traumatico da stress	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abuso di sostanze	_____	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo di personalità	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anoressia/bulimia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	_____	_____

**Questa storia psichiatrica si era manifestata in gravidanze precedenti?**  Sì  No

### Se sì

- Solo in gravidanza       Sia in gravidanza sia dopo il parto  
 Solo dopo il parto       Altro, specificare \_\_\_\_\_

### Anamnesi familiare di patologie psichiatriche

Diagnosi primaria	Membro della famiglia
<input type="checkbox"/> Schizofrenia	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo bipolare	_____
<input type="checkbox"/> Depressione grave	_____
<input type="checkbox"/> Depressione lieve/moderata	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo post traumatico da stress	_____
<input type="checkbox"/> Abuso di sostanze	_____
<input type="checkbox"/> Disturbo di personalità	_____
<input type="checkbox"/> Anoressia/bulimia	_____
<input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	_____

È stata diagnosticata una nuova patologia psichiatrica durante:

	Timing (epoca gestazionale o settimane dopo il parto)	Diagnosi
<input type="checkbox"/> Questa gravidanza	_____	_____
<input type="checkbox"/> Il periodo postnatale	_____	_____
<input type="checkbox"/> No, nessuna	_____	_____

Che tipo di assistenza psichiatrica ha ricevuto la donna?

	Durante questa gravidanza	Nel periodo postnatale
<b>Ricovero in psichiatria</b> <i>(specificare il numero di ricoveri)</i>		
<b>Assistenza domiciliare</b>		
<b>Terapie ambulatoriali</b>		
<b>Centro di salute mentale</b>		
<b>SERT</b>		
<b>MMG/cure primarie</b> <i>(anche solo prescrizione farmacologia)</i>		
<b>Nessuno</b>		

La donna si è volutamente autoinflitta lesioni?  Sì  No

Prima di questa gravidanza

Metodo \_\_\_\_\_ Pericolose per la vita?  Sì  No

Durante questa gravidanza

Metodo \_\_\_\_\_ Pericolose per la vita?  Sì  No

In questo periodo postnatale

Metodo \_\_\_\_\_ Pericolose per la vita?  Sì  No

Riassumere brevemente eventuali altri problemi di cui la donna ha sofferto o altri eventi avversi nei 12 mesi prima del decesso

Descrivere i servizi e le terapie offerte alla donna durante e dopo questa gravidanza per gestire il suo rischio

Elencare qualsiasi fattore che abbia potuto ostacolare un trattamento appropriato

**Riportare una sintesi degli eventi che hanno condotto al decesso**

**Vi sono stati ritardi nell'inviare o ottenere trattamenti ambulatoriali o in regime di ricovero?**

Sì  No

**Se sì, specificare**

**Vi sono state comunicazioni tra la maternità e i servizi psichiatrici?**

Sì  No

**Se sì, specificare**

**Prima del decesso la donna aveva:**

- Ucciso il suo ultimo figlio
- Ucciso uno dei suoi altri figli
- Causato lesioni non accidentali/trascuratezza grave ad uno dei figli
- Altri atti di violenza, descrivere \_\_\_\_\_

**Se si tratta di un suicidio**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avvelenamento/overdose                 | <input type="checkbox"/> Buttarsi sotto un treno      |
| <input type="checkbox"/> Avvelenamento da monossido di carbonio | <input type="checkbox"/> Buttarsi sotto un'automobile |
| <input type="checkbox"/> Impiccagione/strangolamento            | <input type="checkbox"/> Soffocamento                 |
| <input type="checkbox"/> Annegamento                            | <input type="checkbox"/> Combustione                  |
| <input type="checkbox"/> Armi da fuoco                          | <input type="checkbox"/> Folgorazione elettrica       |
| <input type="checkbox"/> Ferite da taglio                       | <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____     |
| <input type="checkbox"/> Defenestrazione/salto                  |   |

**Altri commenti**

## SEZIONE 15. DECESSO AVVENUTO IN PAZIENTE SOTTOPOSTA AD ANESTESIA

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura. Deve essere compilata in ogni caso in cui la donna, deceduta per qualsiasi causa, sia stata sottoposta ad analgesia in travaglio o anestesia.

Aggiungere altri fogli se necessario e le copie della cartella anestesiologicala (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)

### Anestesista coinvolto

Anni di esperienza in anestesia ostetrica

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dedicato                       | <input type="checkbox"/> Strutturato           |
| <input type="checkbox"/> A rotazione (da RIA o urgenze) | <input type="checkbox"/> Specializzando        |
| <input type="checkbox"/> Occasionale                    | <input type="checkbox"/> Libero professionista |

### Anestesista:

- Presente solo all'induzione e poi disponibile
- Presente o prontamente disponibile fino a parto avvenuto
- Presente o prontamente disponibile anche postpartum
- 
- Senza attività potenzialmente confliggenti
- Con attività potenzialmente confliggenti

Possibilità di secondo parere anestesiologicalo esperto  Sì  No

### Motivi richiesta anestesia/analgesia

Visita anestesiologicala pre-parto  Sì  No

### Se visita pre-parto, specificare:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> In corsia degenza  |
| <input type="checkbox"/> In sala parto | <input type="checkbox"/> In sala operatoria |

Specificare le condizioni generali di salute (classificazione ASA, dettagliando la motivazione), gli esami richiesti, l'esito della visita ed eventuali prescrizioni

**1. ANALGESIA IN TRAVAGLIO**

**Indicazione:**

- Richiesta materna in travaglio fisiologico
- Indicazione ostetrica in travaglio distocico. Specificare \_\_\_\_\_
- Indicazione ginecologica (es. induzione). Specificare \_\_\_\_\_
- Indicazione medica. Specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Condizioni ostetriche all'induzione dell'analgia:**

Bishop score /15  
 N contrazioni /10'  
 Dilatazione  cm  
 Stazione parte presentata  cm

**Tecnica di induzione analgesia:**

- Peridurale
- Combinata subaracnoidea-peridurale
- Subaracnoidea
- Inalatoria
- Endovenosa
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Problemi tecnici all'induzione:**

Numero tentativi:  Livello puntura iniziale: \_\_\_\_\_ Livello posizionamento finale: \_\_\_\_\_

**Puntura accidentale dura madre**  Sì  No **Se sì:**  Prosecuzione in altro spazio  Abbandono

**Incannulamento vascolare:**  Sì  No

**Se sì:**  Riuscito scannulamento  Riposizionamento  Abbandono

**Inserimento catetere peridurale:**  Agevole  Difficoltoso, ma riuscito  Non riuscito

**Test aspirazione:**

- Eseguito e negativo
- Eseguito e positivo \_\_\_\_\_
- Non eseguito

**Dose test:**

- Non prevista per la metodica utilizzata
- Prevista e non fatta
- Prevista e fatta con \_\_\_\_\_

**Precarico:**

- Non previsto per la metodica utilizzata
- Previsto e non fatto
- Previsto e fatto con \_\_\_\_\_

**Digiuno in travaglio:**     non previsto dall'équipe                       previsto dall'équipe

**Orario ultima assunzione:** Cibi solidi:  :                       Liquidi chiari:  :

**Ossitocina in travaglio:**

- Sospesa al momento dell'induzione da  minuti
- In corso durante l'induzione

**Pressione arteriosa materna prima dell'induzione:**

PA sistolica:  mmHg                      PA diastolica:  mmHg;

**Monitoraggio parametri vitali previsto:**

- PA continua
- PA intermittente
- SaO2
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Quali analgesici o altri farmaci sono stati somministrati per l'induzione dell'analgesia? (dosaggio, via di somministrazione e orari)**

Data (gg/mm/aa)	Via di somministrazione	Dosaggio	Orario

**Effetti collaterali materno-fetali dell'induzione:**

- Ipotensione: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg (dopo  min); se sì, eventuale trattamento: \_\_\_\_\_
- Blocco motorio da maldistribuzione/errato posizionamento ago o catetere
- Parestesie da malposizionamento/errato posizionamento ago o catetere
- Manifestazioni da tossicità da anestetici locali/oppioidi
- Altri effetti collaterali: specificare \_\_\_\_\_
- Bradicardia fetale: frequenza \_\_\_\_\_ dopo  min dall'induzione; durata \_\_\_\_\_;
- Riduzione variabilità \_\_\_\_\_ dopo \_\_\_\_\_ durata \_\_\_\_\_

**Descrivere brevemente qualsiasi problema (tecnico o clinico, materno e/o fetale) insorto durante l'induzione**

**Quali analgesici o altri farmaci sono stati somministrati per il mantenimento dell'analgisia?** (data, via di somministrazione, dosaggio e orario)

Data (gg/mm/aa)	Via di somministrazione	Dosaggio	Orario

**2. CONVERSIONE DA ANALGESIA IN TRAVAGLIO AD ANESTESIA PER TAGLIO CESAREO**

**Durata travaglio prima dell'indicazione a taglio cesareo:**   :

**Codice di urgenza indicato:**  viola/rosso  giallo  verde

**Personale che ha realizzato la conversione:** \_\_\_\_\_

- Presente nella struttura e immediatamente disponibile
- Presente nella struttura, impegnato in altre mansioni
- Reperibile

**Modalità conversione:**

- Peridurale da catetere
- Subaracnoidea
- Anestesia generale

**Motivi scelta tecnica conversione se diversa da peridurale:**

\_\_\_\_\_  
*(NB: se conversione, completare anche la sezione sottostante riguardante le modalità di esecuzione del taglio cesareo)*

**Descrivere brevemente qualsiasi problema (tecnico o clinico, materno e/o fetale) insorto durante il mantenimento dell'analgisia e il parto**

**3. TAGLIO CESAREO**

**Anestesista allertato dell'indicazione al cesareo:** ora  :

**Il taglio cesareo è stato assistito da:**

- Anestesista di guardia in sala parto
- Anestesista di guardia per urgenze chirurgiche
- Specializzando anziano
- Specializzando giovane
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Digiuno preoperatorio:**

**Ultima assunzione:** Cibi solidi:  :       Liquidi chiari:  :

**Profilassi antibiotico pre-operatoria:**  No  Sì \_\_\_\_\_

**Prearico volemico:**  No  Sì \_\_\_\_\_ (specificare soluzione e volume infuso)

**Tipo anestesia realizzata:** (se differente da prescelta, specificare la causa: \_\_\_\_\_)

- Subaracnoidea
- Combinata subaracnoidea-peridurale
- Peridurale
- Generale
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Descrivere brevemente qualsiasi problema (organizzativo, tecnico o clinico, materno e/o fetale) insorto durante la preparazione al taglio cesareo**

**3A ANESTESIA PERIMIDOLLARE PER TAGLIO CESAREO**

Numero tentativi:  Livello puntura iniziale: \_\_\_\_\_ Livello posizionamento finale: \_\_\_\_\_

**Puntura accidentale dura madre**  Sì  No **Se sì:**  Prosecuzione in altro spazio  Abbandono

**Incannulamento vascolare:**  Sì  No

**Se sì:**  Riuscito scannulamento  Riposizionamento  Abbandono

**Inserimento catetere peridurale:**

- Non previsto
- Previsto
- Agevole
- Difficoltoso, ma riuscito
- Non riuscito

**Test aspirazione:**

- Eseguito e negativo
- Eseguito e positivo \_\_\_\_\_
- Non eseguito

**Dose test:**

- Non prevista per la metodica utilizzata
- Prevista e non fatta
- Prevista e fatta con \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa materna prima dell'induzione:** PAm<sub>max</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg PAm<sub>min</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg;

**Quali farmaci sono stati somministrati durante l'anestesia perimidollare per taglio cesareo?**  
(precisare dosaggio, via di somministrazione e orari)

Data (gg/mm/aa)	Via di somministrazione	Dosaggio	Orario

**Effetti collaterali materno-fetali dell'induzione:**

- Ipotensione: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg (dopo  min); se sì, eventuale trattamento: \_\_\_\_\_
- Blocco motorio da maldistribuzione/errato posizionamento ago o catetere
- Parestesie da malposizionamento/errato posizionamento ago o catetere
- Manifestazioni da tossicità da anestetici locali/oppioidi
- Discomfort intraoperatorio  No  Sì misure adottate: \_\_\_\_\_
- Altri effetti collaterali: \_\_\_\_\_

Descrivere brevemente qualsiasi problema (tecnico o clinico, materno e/o fetale) insorto durante l'induzione dell'anestesia per taglio cesareo

**3B ANESTESIA GENERALE PER TAGLIO CESAREO**

**Tubo:** calibro \_\_\_\_ **Mandrinato:**  Si  No

**Tipo anestesia prescelta:**

- Mandrini intubatori
- Dispositivi sovraglottici: \_\_\_\_\_
- Lame laringoscopio particolari: \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Denitrogenazione polmoni:** per minuti

**Manovra di Sellick:** realizzata da \_\_\_\_\_

**Induzione rapida:**

**Protezione cerebrale da ipertensione:** Specificare \_\_\_\_\_

**Tipo anestesia prescelta:**

- Riuscita al I tentativo
- Riuscita al \_\_\_\_ tentativo
- Non riuscita, ma ventilabile: utilizzato: \_\_\_\_\_
- Non riuscita, ma inventilabile: utilizzato: \_\_\_\_\_

**Cormack:**  1  2  3  4

**Quali farmaci sono stati somministrati durante l'anestesia generale?** (dosaggio, via di somministrazione e orari)

Data (gg/mm/aa)	Via di somministrazione	Dosaggio	Orario

**Effetti collaterali materno-fetali dell'induzione:**

- Ipotensione: \_\_\_/\_\_\_ mmHg (dopo   min); se sì, eventuale trattamento: \_\_\_\_\_
- Ipertensione: \_\_\_/\_\_\_ mmHg (dopo   min); se sì, eventuale trattamento: \_\_\_\_\_
- Desaturazione: SaO2 minima a   min dall'induzione
- Altri effetti collaterali: \_\_\_\_\_

**Descrivere brevemente qualsiasi problema (tecnico o clinico, materno e/o fetale) insorto durante l'induzione dell'anestesia generale per taglio cesareo:**

**3C ANESTESIA GENERALE E PERIMIDOLLARE:**

**Monitoraggio intraoperatorio:**

- Pressione arteriosa non invasiva
- Ossimetria (se disponibile, allegare stampa)
- Capnometria (se disponibile, allegare stampa)
- Pressione venosa centrale
- Arteriosa cruenta
- Blocco neuromuscolare
- Profondità anestesia \_\_\_\_\_

**Durata anestesia:**   min

**Descrivere brevemente qualsiasi problema materno-fetale insorto durante il taglio cesareo:**

**Risveglio**

**Sede:**

- In sala operatoria
- In sala risveglio
- In sala parto
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Chi osserva la donna durante il risveglio e nelle prime 2 ore post-parto?**

- Anestesista e personale infermieristico dedicato
- Personale infermieristico dedicato, con pronta disponibilità anestesista
- Ostetrica di sala parto, con pronta disponibilità anestesista
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Monitoraggio previsto nelle prime 2 ore dal taglio cesareo:**

- Pressione arteriosa non invasiva
- Ossimetria (*se disponibile, allegare stampa*)
- Pressione venosa centrale
- Arteriosa cruenta

**Durata osservazione prima dell'eventuale trasferimento ad altra sede:** \_\_\_\_\_

**Sede trasferimento dopo osservazione postpartum:**

- Reparto degenza
- Rianimazione in sede
- Rianimazione fuorisede

**Descrivere brevemente qualsiasi problema (anche organizzativo) insorto durante il risveglio:**

**Se la paziente è deceduta prima del risveglio, specificare il tempo intercorso tra induzione e decesso:**

ore  minuti

**Rapporto dell'/degli anestesista/i di guardia**

**Descrivere gli eventi che hanno condotto al decesso per qualunque indicazione (travaglio, TC, RCU, isterectomia, ecc.) e tipo di anestesia effettuata**

*Leggere le istruzioni alle pp. 1-7*

**Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (leggere le istruzioni alle pp. 1-7)**  
**Se la donna è stata visitata nel Pronto Soccorso compilare questa sezione**

**Riportare una sintesi delle cure ricevute dalla paziente**

**Quanto tempo ha atteso per la prima valutazione?**     ore     minuti

**La prima valutazione è stata effettuata da:**

- Triage ostetrico/infermieristico
- Infermiere
- Specializzando
- Specialista in medicina d'urgenza
- Specialista in ginecologia/ostetricia ( $\leq 5$  anni di esperienza professionale)
- Specialista in ginecologia/ostetricia ( $> 5$  anni di esperienza professionale)
- Ostetrica
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**In caso di richiesta di consulenza, quanto tempo ha atteso?**     ore     minuti

**Da chi è stata visitata?**

- Triage ostetrico/infermieristico
- Infermiere
- Specializzando
- Specialista in medicina d'urgenza
- Specialista in ginecologia/ostetricia ( $\leq 5$  anni di esperienza professionale)
- Specialista in ginecologia/ostetricia ( $> 5$  anni di esperienza professionale)
- Ostetrica
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Quali esami sono stati richiesti?**

**Quale era la diagnosi?**

**Quale il piano terapeutico?**

**Quante volte durante questa gravidanza la donna si era presentata al Pronto Soccorso?**

**SEZIONE 17. DECESSO AVVENUTO IN PAZIENTE RICOVERATA IN TERAPIA INTENSIVA O PER ALTRA ASSISTENZA SPECIALISTICA**

Questa sezione va compilata dai professionisti sanitari che hanno assistito la donna in collaborazione con il referente di struttura (*leggere le istruzioni alle pp. 1-7*)

Specificare dove è stata trasferita la donna dopo parto, aborto, IVG, GEU

	Primo trasferimento		Secondo trasferimento	
	Unità interna all'ospedale	Unità esterna all'ospedale	Unità interna all'ospedale	Unità esterna all'ospedale
Unità di terapia intensiva				
Unità di terapia sub-intensiva				
Unità coronarica				
Unità di neurochirurgia				
Unità di epatologia				
Altro, specificare				

Compilare quanto applicabile nella tabella per ogni trasferimento

	Primo trasferimento	Secondo trasferimento
Data del trasferimento (gg/mm/aa)		
Ora del trasferimento		
Motivo del trasferimento		
Descrivere eventuali problemi o ritardi nel trasferimento e la durata del ricovero		
Durata del ricovero prima del decesso o del trasferimento (ore/giorni)		

Se la donna è stata trasferita più volte, specificare come sopra per ogni unità su fogli separati

**Sintesi del ricovero nell'unità**

Riportare una sintesi del ricovero nell'unità di terapia intensiva. Potete aggiungere fogli separati. Allegare copia di tutti i ricoveri e una sintesi della dimissione/decesso. In caso di trasferimento specificare il motivo

**Rapporto del responsabile dell'unità di terapia intensiva nella quale la paziente è stata ricoverata**

**Specificare se ritenete esistano fattori (clinici e non) che hanno portato al decesso, es. attrezzature difettose, ritardo nell'approvvigionamento di prodotti del sangue, carenza di personale. Se sì, specificare**

**Rapporto del responsabile dell'unità di terapia intensiva nella quale la paziente è stata trasferita**

**Riportare una sintesi del ricovero nell'unità (possono essere aggiunti altri fogli) specificando le ragioni del trasferimento e ogni intervento operativo.**

**Allegare copia della sintesi di dimissione**

**Specificare se si ritiene esistano fattori amministrativi, carenza di risorse o qualunque altro fattore non clinico elencato di seguito:**

- Ritardo della donna nel cercare assistenza
- Rifiuto di terapie e/o ricovero
- Ritardo nell'accesso ai servizi a causa di residenza in zona rurale
- Inadeguatezza dei mezzi di trasporto da casa alla struttura sanitaria
- Inadeguatezza dei mezzi di trasporto tra diverse strutture sanitarie (es. ritardo nel reperire ambulanza per il trasferimento)
  
- Inadeguatezza nella documentazione clinica ai fini del chiaro inquadramento del paziente
- Inadeguatezza nella comunicazione tra professionisti sanitari nella gestione del processo assistenziale
- Inadeguatezza nella comunicazione tra professionisti sanitari e pazienti/familiari accompagnatori
  
- Inadeguatezza dei servizi (es. posti letto insufficienti, sala operatoria non disponibile, rianimazione fuori sede, lunga attesa al pronto soccorso)
- Inadeguatezza delle strutture (es. sala parto e sala operatoria cesarei su piani diversi, assenza di ascensori nel percorso delle donne in travaglio)
- Inadeguatezza delle attrezzature (es. mancanza di defibrillatore o altra strumentazione)
- Inadeguatezza dei materiali di consumo (es. sacche di sangue ed emoderivati)
  
- Inadeguatezza di risorse umane (es. personale medico, ostetrico e/o infermieristico disponibile e/o reperibile)
- Inadeguatezza legata all'organizzazione del lavoro (es. organizzazione dei turni, fatica, stress)
- Inadeguatezza di conoscenze/competenze dei professionisti sanitari
- Inadeguatezza dei servizi di mediazione culturale
- Dimissione precoce inappropriata
  
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**Descrivere nel dettaglio i fattori non clinici selezionati nell'elenco**