

01

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione M: _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Primo trimestre (entro 13 settimane + 6 giorni), e comunque al primo controllo

- ☐ EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico.
- ☐ Hb – EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale) (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale)
- ☐ GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D) (Qualora non eseguito in funzione preconcezionale)
- ☐ ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)
- ☐ GLUCOSIO
- ☐ URINE ESAME COMPLETO
- ☐ ESAME COLTURALE DELL' URINA
- ☐ TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

02

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICACodice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica**Primo trimestre (entro 13 settimane + 6 giorni), e comunque al primo controllo**

- ☐ VIRUS ROSOLIA IgG e IgM (Per sospetta infezione acuta. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie)
- ☐ VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG (Per controllo stato immunitario)
- ☐ TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]
- ☐ VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24
- ☐ CHLAMYDIA TRACHOMATIS in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)
- ☐ NEISSERIA GONORRHOEAE in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)
- ☐ VIRUS EPATITE C in caso di fattori di rischio riconosciuti (LG gravidanza fisiologica aggiornamento 2011)

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

03

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporeaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica e di Screening biochimico delle anomalie cromosomiche

Primo trimestre

☐ HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A

Da eseguire solo in associazione ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: consulenza pre e post test combinato (1° trimestre)

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

04

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica e di Screening delle anomalie

Primo trimestre (Tra 11 settimane+0 giorni e 13 settimane + 6 giorni)

- ☐ ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE.

Da eseguire esclusivamente tra 11 settimane + 0 gg e 13 settimane +6 gg Incluso: consulenza pre e post test combinato

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

05

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

☐ **ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE**

(se non eseguito nei 3 anni precedenti nella fascia d'età dello screening)

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

06

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Primo trimestre

☐ ECOGRAFIA OSTETRICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

07

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: determinazioni di rischio prenatale per anomalie cromosomiche e difetti del tubo neurale

Secondo trimestre (da 14 settimane + 0 giorni a 18 settimane + 6 giorni)

☐ TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3.

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

08

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Secondo trimestre (da 14 settimane + 0 giorni a 18 settimane + 6 giorni)

- ☐ **TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ☐ **VIRUS ROSOLIA IgG e IgM** (per sospetta infezione acuta. Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie)
- ☐ **ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

09

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale (inserire codice STP per donna Straniera Temporaneamente Presente)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Secondo trimestre (da 19 settimane + 0 giorni a 23 settimane + 6 giorni)

- ☐ **TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ☐ **ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

10

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: indagine morfologica fetale

Secondo trimestre (da 19 settimane + 0 giorni a 21 settimane + 0 giorni)

☐ ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

11

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica, in caso di sieronegatività

Secondo trimestre (da 24 settimane + 0 giorni a 27 settimane + 6 giorni)

- ☐ **TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** *Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività*

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

12

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione M: _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: controllo della gravidanza

Secondo trimestre (da 24 settimane + 0 giorni a 27 settimane + 6 giorni)

☐ URINE ESAME COMPLETO. Incluso sedimento urinario

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

13

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.**

Quesito diagnostico: sospetta infezione urinaria

Secondo trimestre

☐ ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA)*In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria*

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

14

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICACodice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica**Terzo trimestre (da 28 settimane + 0 giorni a 32 settimane + 6 giorni)**

- ☐ **EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV.** Compreso eventuale controllo microscopico.
- ☐ **ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto)**
- ☐ **TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ☐ **ESAME URINE CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

15

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre (da 33 settimane + 0 giorni a 37 settimane + 6 giorni)

- ☐ **EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV.** Compreso eventuale controllo microscopico.
- ☐ **TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM** Incluso test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso eventuali IgA e Immunoiblotting. In caso di sieronegatività
- ☐ **VIRUS HBV [HBV] REFLEX.** ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
- ☐ **VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2]. TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24** incluso eventuale Immunoblotting
- ☐ **URINE ESAME COMPLETO**

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

16

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: sospetta infezione urinaria

Terzo trimestre

- ☐ **ESAME CULTURALE DELL'URINA (URINOCOLTURA)** In caso di batteriuria o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

17

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: raccomandato nel controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre Raccomandato a 36-37 settimane

☐ STREPTOCOCCO β EMOLITICO GRUPPO B. TAMPONE VAGINO-RETTALE.

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

18

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: raccomandato nel controllo della gravidanza fisiologica

Terzo trimestre

- ☐ TREPONEMA PALLIDUM. Sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]
tra 33⁺⁰ e 37⁺⁶

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

19

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione.** Quesito diagnostico: controllo gravidanza a termine

Terzo trimestre (da 41 settimane + 0 giorni)

- ☐ ECOGRAFIA OSTETRICA per valutazione quantitativa del liquido amniotico
- ☐ CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

20

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice Esenzione:

Quesito: gravidanza

☐ 93.37 TRAINING PRENATALE

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

21

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione ☐ **M** ____ (**Settimana di gestazione**)

Codice esenzione ☐ **M60** (**Puerperio**)

Quesito diagnostico: valutazione ostetrica nel percorso nascita fisiologico

☐ 89.26.8 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

22

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione ☐ **M:** ____ (**Settimana di gestazione**)

Codice esenzione ☐ **M60** (**Puerperio**)

Quesito diagnostico: valutazione ostetrica nel percorso nascita fisiologico

☐ 89.26.9 BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

23

PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M** _____ (**Settimana di gestazione**)

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati durante il Bilancio di Salute Ostetrico

☐ 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)

24

PERCORSO NASCITA FISIOLÓGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M** _____ (**Settimana di gestazione**)

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati in gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico

☐ 89.26.4 VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)

25

PERCORSO NASCITA FIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice

Quesito diagnostico:

- ☐ **GLUCOSIO** Dosaggio seriale dopo carico. Inclusa determinazione del glucosio basale 90.27.1 (Con 75 g. di Glucosio -OGTT 75 g) tra 14⁺⁰ e 18⁺⁶ *in donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale secondo fattori di rischio definiti dalla LG gravidanza fisiologica n. 20 aggiornamento 2011 e previsto in presenza di fattori di rischio come da DPCM 12/01/2017*
- ☐ **GLUCOSIO** Dosaggio seriale dopo carico. Inclusa determinazione del glucosio basale 90.27.1 (Con 75 g. di Glucosio -OGTT 75 g) tra 24⁺⁰ e 27⁺⁶ *in donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale secondo fattori di rischio definiti dalla LG gravidanza fisiologica n. 20 aggiornamento 2011 e previsto in presenza di fattori di rischio come da DPCM 12/01/2017. La seguente determinazione è inclusa nel DM 10/09/1998*

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)

26

PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Quesito diagnostico: fattori di rischio individuati (in fase postnatale/puerperio)

☐ 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica)



PERCORSO NASCITA FISILOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Codice Fiscale / Codice STP Straniera Temporaneamente Presente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero Tessera Team solo per cittadina comunitaria non italiana

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Indirizzo _____

Codice esenzione **M:** _____ **Settimana di gestazione**

Quesito diagnostico:

- ☐ **# ECOGRAFIA OSTETRICA** tra 28^a e 32^a settimana
- ☐ **# VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI** tra 33^a e 37^a settimana

non indicate dal D.P.C.M. 12/01/2017 secondo LG Gravidanza Fisiologica n.20, aggiornamento 2011,
ma **#** prestazione prevista dal DM 10/09/1998

Data _____

Firma e timbro _____

(Ostetrica attestante la normale evoluzione della gravidanza
durante il Bilancio di Salute Ostetrico, prima visita\controllo)