

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
U.O.C. Tutela della Salute Materno Infantile
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Direttore: Prof. Vincenzo Spina

CARTELLA OSTETRICA PUERPERIO DOMICILIARE

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo _____

Data parto _____

Tipo di parto:

SPONTANEO	<input type="checkbox"/> Perineo integro
	<input type="checkbox"/> Episiotomia
	<input type="checkbox"/> Lacerazioni
OPERATIVO	<input type="checkbox"/> Ventosa
	<input type="checkbox"/> Forcipe
TAGLIO CESAREO	<input type="checkbox"/> Elettivo
	<input type="checkbox"/> Urgenza motivo _____

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE _____

DATA PRESA IN CARICO ALLA DIMISSIONE _____

FIRMA OSTETRICA

DATA PRIMO CONTROLLO OSTETRICO _____

FIRMA OSTETRICA

DATA SECONDO CONTROLLO OSTETRICO _____

FIRMA OSTETRICA

DATA TERZO CONTROLLO OSTETRICO _____

FIRMA OSTETRICA

VALUTAZIONE AMBIENTE:

1° INCONTRO

2° INCONTRO

3° INCONTRO

DATA _____

OSTETRICA

VALUTAZIONE BENESSERE EMOTIVO MATERNO:

1° INCONTRO

2° INCONTRO

3° INCONTRO

DATA _____

OSTETRICA

VALUTAZIONE ALLATTAMENTO:

1° INCONTRO

2° INCONTRO

3° INCONTRO

DATA _____

OSTETRICA

CURE DEL NEONATO:

1° INCONTRO

2° INCONTRO

3° INCONTRO

DATA_____

OSTETRICA

DATI DEL NEONATO:

NOME_____COGNOME_____

SESSO_____

PESO ALLA NASCITA_____

PESO ALLA DIMISSIONE_____

Note

DATA_____

OSTETRICA
