

La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale

PROTOCOLLO AUTOPTICO (Flow-chart)

Gaetano Bulfamante

Il protocollo autoptico è per l'anatomopatologo l'equivalente del foglio di diaria per l'internista o il chirurgo. Anche se "la parte nobile" del processo diagnostico viene considerata il "referto diagnostico", non va dimenticato che il protocollo autoptico è parte integrante della cartella clinica del paziente. Non può, quindi, essere una semplice scheda con qualche appunto; deve essere il documento che memorizza e "certifica" quello che è stato fatto e come lo si è fatto. Questo aspetto è particolarmente importante, poiché l'autopsia è un "atto unico e irripetibile", che quasi sempre, almeno nella pratica anatomopatologica del riscontro diagnostico, avviene senza testimoni.

Per altro il protocollo autoptico può essere una valida guida (una "flow-chart") per i meno esperti. Rispondendo alle sue domande si è sicuri di non dimenticare nulla di quanto si deve verificare e descrivere. Se questo non garantisce la corretta interpretazione degli aspetti morfologici rilevati, almeno permette a chi riceverà in consulenza il caso di avere elementi sufficienti per potere esprimere un giudizio diagnostico.

Nella parte on-line del presente libro è riportato il protocollo autoptico per feti e neonati, utilizzato presso la II Cattedra di Anatomia Patologica dell'Università degli Studi di Milano. Non vuole avere la pretesa di essere "il protocollo per ogni esigenza". E' stato pensato basandosi sulle necessità di una unità operativa che ogni anno vede l'ingresso di nuovi specializzandi e che, per le sue dimensioni, è soggetta a un turn-over non indifferente nel personale di staff, ma è stato pensato anche sulla base di 25 anni di esperienza in patologia autoptica prenatale e pediatrica, sull'esperienza di oltre 2000 autopsie fetoneonatali e sulle indicazioni della letteratura internazionale.

La prima pagina del protocollo è quella che potrebbe apparire "più inutilmente burocratica". Crediamo che sia quella che meriterebbe maggiore attenzione e l'uso diffuso nei settori di anatomia patologica italiana, a fronte anche di alcuni episodi che hanno dimostrato quanto la pratica autoptica, non ordinata dal magistrato, sia esposta al rischio di critiche, indagini, querele. L'anatomopatologo deve ricordare che in corso di diagnostica autoptica, può (e anzi deve) analizzare tutti gli organi e le strutture del paziente (senza produrre lesioni deturpanti o inutili agli scopi dell'indagine stessa) e che può, per esigenze diagnostiche (visceri troppo molli per essere esaminati "a fresco"; lesioni/patologie complesse o inconsuete per l'operatore, ecc.), porre in liquido di fissazione e conservare temporaneamente i visceri, purchè lo dichiari sul protocollo autoptico (non necessariamente sul report diagnostico), indicando cosa ha conservato e chi lo ha fatto ma, soprattutto, che lo ha fatto per scopi diagnostici.

Come la esplicitazione degli atti medici è una garanzia per il malato e per il medico, così la trascrizione in un documento ufficiale componente della cartella clinica, della tecnica autoptica applicata, degli organi

conservati, della loro modalità di eliminazione alla fine dei processi diagnostici, dei consulenti eventualmente utilizzati e dei quesiti posti ad essi, è una dimostrazione dell'interessamento avuto per il paziente e della chiarezza degli intenti e degli obiettivi dell'indagine.

INDICAZIONI PER L'UTILIZZO DEL PROTOCOLLO

Il protocollo è costituito da tre parti:

1. Il protocollo descrittivo (strutturato come una flow-chart) (pag. 1-10)
2. La scheda di campionamento per l'esame istologico (pag. 11)
3. La scheda "informazioni cliniche" (pag. 12)

Le pagine 11 e 12 dovrebbero essere stampate singolarmente ed essere assemblate solo successivamente alla parte n° 1 del protocollo, poiché la prima è un foglio di lavoro che segue la processazione e l'allestimento dei campioni per l'esame istologico, mentre la seconda dovrebbe essere allegata (o farne parte) al modulo di richiesta di esame autoptico, modulo presente nei reparti di ricovero, compilato dal ginecologo/neonatologo ed inviato, unitamente al paziente deceduto, all'anatomopatologo.

1. Protocollo descrittivo

Questo protocollo nasce da scelte precise:

- A. Garantire l'evidenza e la rintracciabilità di ogni atto svolto
- B. Fornire una flow-chart ai meno esperti

La prima pagina del protocollo è quella principalmente finalizzata alla risposta al punto "A". In ogni settore il protocollo potrà essere modificato anche sensibilmente, per adattarlo alle esigenze locali, ma il diffuso mantenimento della sua prima pagina costituirebbe una garanzia (procedurale e legale) per tutti, identificando un "uso comune" capace di sopperire ai vuoti e alle incertezze interpretative della normativa corrente.

Dalla scelta "B" deriva la struttura del protocollo. L'operatore esperto, normalmente, prende pochi appunti durante l'esecuzione dell'autopsia e compila in un secondo momento il protocollo, organizzato classicamente secondo lo schema "per apparati" (quello respiratorio, quello gastrointestinale, ecc.). Il presente protocollo, al contrario, si sviluppa seguendo le fasi reali dell'esame esterno del cadavere, dell'apertura delle cavità, della loro indagine svolta partendo dagli organi che sono in superficie e arrivando a quelli più profondi. Seguendolo difficilmente ci si dimenticherà di esaminare o fare qualche cosa. Nonostante questa scelta alcune informazioni sono state "accorpate" (per esempio la descrizione dei versamenti nelle cavità sierose) per non disperdere troppo elementi che, per la diagnosi, vanno valutati in maniera unitaria.

La compilazione del protocollo, a seconda della tecnica autoptica scelta (sec. Virchow o Letulle, ecc), può avvenire in momenti e da medici diversi (nella nostra U.O. non è infrequente che chi esegue l'ispezione esterna del cadavere e la sua eviscerazione non sia chi campiona i visceri, eseguendo la loro dissezione). Per questo il presente protocollo deve essere considerato uno strumento di lavoro e un documento che segue il paziente durante le sue fasi di indagine. Non può essere un foglio sommariamente compilato per dovere formale, abbandonato in un cassetto quando, settimane dopo l'esecuzione delle prime fasi dell'autopsia si esaminano macroscopicamente l'encefalo fissato o i preparati istologici.

Legenda operativa:

Il protocollo prevede la descrizione "guidata" di strutture normoconformate. In considerazione della difficoltà di predefinire le alterazioni malformative o derivanti da masse lesionali (neoplastiche o di altra natura) si è preferito prevedere, per ogni sezione corporea, spazi di "descrizione libera" di queste patologie.

Pag. 1.

"Salma consegnata alla camera mortuaria il .." Riteniamo importante che venga esplicitato il momento di chiusura delle pratiche diagnostiche macroscopiche sulla salma con il conseguente rilascio della stessa per le onoranze funebri. E' un passaggio di responsabilità importante, particolarmente per i piccoli feti che più facilmente di un bambino/adulto corrono il rischio di essere smarriti (sia perché accompagnati da nomi variabili –talora della madre, altre volte del padre-, sia perché raccolti "a gruppi" per il seppellimento in fossa comune).

Pag. 1.

La dizione " .. seguiranno le procedure del materiale biologico da prelievo chirurgico." Relativa agli organi rimossi dal cadavere e posti in liquido di fissazione, sottintende anche le procedure di eliminazione degli stessi (incenerimento in alto forno o altro).

Pag.2.

- La lunghezza del piede deve essere effettuata lungo il margine mediale del piede di destra, dalla punta dell'alluce al bordo estremo del tallone.
- Il "podice" corrisponde al punto più distale del coccige. La lunghezza della mano è presa dalla piega cutanea del polso (lato volare) più prossima alla mano sino all'apice del dito medio (mano destra).
- Se si dispone di immagini radiologiche dello scheletro ed il soggetto non presenta alterazioni volumetriche di rilievo di qualche segmento corporeo, vanno considerati come "rilievi standard": la lunghezza CR, la lunghezza LT, la lunghezza del piede, la lunghezza del moncone ombelicale, la distanza dei canti oculari, le circonferenze CC, CT e CA.
- Di grande valore diagnostico è il rapporto peso feto / peso placenta; per il suo calcolo bisogna considerare il peso del solo disco placentare. Vanno confrontati pesi raccolti in modo omogeneo (entrambi da valutazioni precedenti la fissazione o successive la fissazione del feto e della placenta).
- Il grado di macerazione della cute deve essere definito cercando di non considerare l'eventuale disepitelizzazione "traumatica" da adesione della cute al telino in cui frequentemente sono riposti i feti deceduti.

- Nella sezione "Aspetto generale" del cadavere (pag. 2 e 3) sono richieste alcune valutazioni di tipo soggettivo (come: "aspetto armonico" del cadavere, stato di nutrizione, ecc.) che, sebbene non devono sostituire i dati oggettivi desumibili dalla pesatura e dalle fotografie, sono importanti per registrare la prima "impressione complessiva" dell'anatomopatologo.

Pag. 3.

- La valutazione della "plica nucale" (cute laxa) viene eseguita tirando delicatamente la cute della loggia posteriore del collo. E' presente se questa cede alla trazione.
- Specificare se l'edema cutaneo localizzato si ritiene sia dovuto a decubito.
- Dell'apparato pilifero specificare la distribuzione (al capo, alla schiena, ecc.) e le caratteristiche delle sopraciglia (folte, unite sul bordo mediano, ecc).
- Delle rime palpebrali specificare sempre l'orientamento (normale, di tipo mongoloide, di tipo antimongoloide), oltre ad eventuali altre anomalie.
- Degli "occhi" (bulbi oculari) specificare se di dimensioni normali e se "in asse".

Pag. 4.

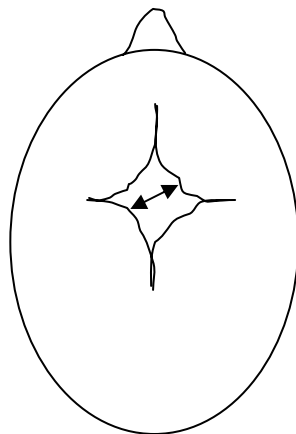
- Tra le modalità di "incisione dei piani cutanei ..." non è stata compresa quella "lineare mento-pubica" poiché deturpante il cadavere (anche se frequentemente utilizzata in corso di autopsia giudiziaria).
- Specificare sempre colore e consistenza del contenuto intestinale (il meconio può essere grigiastro o grigio-giallastro invece che verde scuro e di consistenza granulosa invece che viscosa).

Pag. 6.

- Il "Rapporto cardiotoracico" deriva dal rapporto tra l'asse AB del cuore e la circonferenza toracica.

Pag. 8.

- La misura della fontanella anteriore va presa trasversalmente tra i due margini ossei.



2. Scheda "Prelievi standard effettuati per l'esame istologico"

Nei feti di piccole dimensioni campioni di diversi visceri possono stare in una unica "monocassetta" da inclusione.

L'esame istologico autoptico dovrebbe essere condotto su tutte le strutture anatomiche viscerali, nonché su campioni di muscolo scheletrico ed osseo. La presente scheda è uno strumento di lavoro ed è pertanto

anche ampiamente modificabile; si consiglia tuttavia di mantenere la "registrazione" dei tecnici che lavorano il materiale, considerando anche il loro nuovo ruolo professionale da cui derivano precisi profili di responsabilità.

3. Scheda "informazioni cliniche"

Le informazioni richieste nella scheda sono quelle minime indispensabili per iniziare le procedure di riscontro diagnostico e non sostituiscono la necessità, da parte dell'anatomopatologo, di esaminare l'intera cartella clinica della gravidanza e/o pediatrica.

Questa scheda vuole sopperire alla frequente indisponibilità della cartella clinica della madre al momento dell'autopsia del feto-neonato.

Appare evidente come l'istituzione della "cartella clinica del nato-morto" potrebbe risolvere il problema di fornire all'anatomopatologo (prima dell'autopsia) tutte le informazioni di rilievo sulla gravidanza ed il parto, senza privare, per ore o giorni, la madre (viva e ricoverata) della sua cartella.

Nell'attesa di questo, una attenta compilazione da parte del ginecologo o del neonatologo della scheda qui proposta garantisce le informazioni essenziali per dare avvio al lavoro dell'anatomopatologo.

PROTOCOLLO PER RISCONTRO DIAGNOSTICO FETO – NEONATALE

Riscontro Diagnostico N° (anno/tipo/numero) Cartella Clinica N°

Medico richiedente Reparto

Ospedale di provenienza

Data del parto/...../..... ore

Data accettazione in Anatomia Patologica/...../..... ore

Data esecuzione Riscontro Diagnostico/...../..... ore

Salma consegnata alla camera mortuaria il/...../..... ore

Feto integro Feto pervenuto in frammenti Feto con esiti di cranioressi Feto pervenuto in fissativo

Placenta N° Placenta non pervenuta

Fotografie macroscopiche NO SI

Congelati tessuti per scopi diagnostici NO SI

Cordone ombelicale Altri

Eseguito prelievo per esame citogenetico NO SI Derma Sangue fetale Placenta

Prelievi per esami tossicologici NO SI Radiografie NO SI

Tecnica di eviscerazione attuata Virchow Rokitansky Ghon Letulle

Eviscerato il SNC NO SI In parte Eviscerati i bulbi oculari NO SI Eviscerata l'ipofisi NO SI

I visceri sono stati campionati subito dopo l'indagine macroscopica e riposti nella salma.

Tutti i visceri sono stati fissati "in toto" per esigenze diagnostiche e seguiranno le procedure del materiale biologico da prelievo chirurgico.

Sono stati fissati per esigenze diagnostiche i seguenti visceri:

.....

..... che seguiranno le procedure del materiale biologico da prelievo chirurgico.

Riscontro diagnostico eseguito da:

(esame del cadavere ed eviscerazione)

(esame macroscopico degli organi e loro campionamento)

(eviscerazione, esame macroscopico e campionamento del SNC)

(esame istologico)

(referto diagnostico)

Sono state richieste esequie funerarie NO SI Dato non noto

Per la diagnosi ci è avvalsi della consulenza di (specificare anche materiale inviato):

.....

.....

.....

.....

DESCRIZIONE ANATOMOPATOLOGICA

Lunghezze:

Vertice-Podice (CR): cm. Totale (CH): cm. Piede: cm. Moncone C.O.: cm.

Mano: totale: cm. Palmo: cm. Dito medio: cm. Intermammaria: cm.

Canti oculari interni: cm. Canti oculari esterni: cm.

Avambraccio: Dx cm. Sx cm. Braccio: Dx cm. Sx cm.

Coscia: Dx cm. Sx cm. Gamba: Dx cm. Sx cm.

Circonferenze: Fronto-occipitale (CC): cm. Toracica (CT): cm. Addominale (CA): cm.

Subocc-Bregmatica: cm. Subocc-Frontale: cm. Occ-Mentoniera: cm.

Diametri: Subocc-Bregmatico: cm. Subocc-Frontale: cm. Occ-Mentoniero: cm.

Fronto-Occipitale: cm. Bi-Parietale: cm.

Altre misure:

Pesi (prima quello rilevato, poi quello normale per l'età).

Peso complessivo alla nascita: gr. / Peso complessivo al riscontro diagnostico: gr.

Encefalo: gr. / Timo: gr. / Polmone: Dx. gr. /; Sx. gr. /

Cuore: gr. / Fegato: gr. / Rene: Dx. gr. /; Sx. gr. /

Milza: gr. / Pancreas: gr. / Surrene: Dx. gr. /; Sx. gr. /

Altri organi:

Rapporti feto/placenta:

Lunghezza totale del cordone ombelicale (C.O.): cm. (moncone placentare + moncone fetale).

Lunghezza totale del C.O. attesa per l'età gestazionale: cm.

Peso totale placenta (non fissata): gr. Peso totale placenta (fissata): gr.

Peso solo disco placentare (non fissata): gr. Peso solo disco placentare (fissata): gr.

Rapporto Peso Feto / Peso placenta: Valore atteso per l'età gestazionale:

Caratteristiche esterne del cadavere

Cute: Integra Macerazione: di I grado di II grado di III grado disepitelizzazione subtotale

Con aree di putrefazione Ittiosi Masse

Colorito: roseo pallido rosso vivo violaceo (sede)

mattone grigio-verdastro nocciola subitterico itterico ittero corneale associato

lesioni discromiche

Marezze / Petecchie emorragiche (sede)

Vernice caseosa (sede e quantità)

Meconio (sede): cute subungueale podice (quantità complessiva)

Aspetto generale: Armonico Asimmetrico Dismorfico / Malformato Feto papiraceo

Rigor Ipostasi

Deconnessione delle ossa della volta cranica: Assente Iniziale Avanzata
 Segni di schiacciamento del cadavere o di sue parti (.....)

Stato di **idratazione** del paziente:
..... Stato di **nutrizione** del paziente:

Segni di interventi terapeutici e/o rianimatorii (specificare)
.....
 Lesioni traumatiche (specificare)

Edemi: Plica nucale di mm. Igroma cistico del collo Idrope cutanea diffusa (max spes) cm.
 Edema cutaneo localizzato (localizzare sedi)

Dermatoglifi palmo-plantari:

Apparato pilifero:

Fronte: Rime palpebrali:

Occhi: Sclere:

Pupille:

Padiglioni auricolari:

Naso:

Coane nasali:

Labbra: Cavo orale:

Lingua:

Palato: Mento:

Moncone del C.O.: Ano:.....

Genitali esterni di tipo: maschile femminile ambiguo ipotrofici ipertrofici.

Alterazioni strutturali segmentarie (come "torace a campana", "torace a botte", "pectus incavatus", dismetrie, "addome batraciano", "addome infossato", ecc):

Dismorfismi:

Malformazioni:

Caratteristiche interne del cadavere

Incisione dei piani cutanei e sottocutanei: a doppia Y a Y rovesciata xifo-pubica

Edema del derma: Assente Presente (sede e spessore massimo)

Pannicolo adiposo: Non evidente Minime tracce Evidente (massimo spessore e sede)

Sterno e gabbia toracica

.....

Diaframma normoconformato, normosito. Superficie

Cavità sierose

Versamenti: Pleurico Dx: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Pleurico Sx: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Pericardico: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Peritoneale: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Vaginale del testicolo dx: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Vaginale del testicolo sx: ml. (caratteristiche macroscopiche)

Le superfici sierose sono

.....

Presenza di aderenze (specificare)

.....

Stato generale di conservazione dei visceri:

Organi dell'addome

Due **arterie ombelicali**, di dimensioni equivalenti. Segmento intrafetale della **vena ombelicale** del calibro di cm. e di aspetto: normale congesto trombizzato aneurismatico

in involuzione postnatale parziale in involuzione postnatale completa

Dotto di Aranzio **Vene sovraepatiche e cava inferiore**

Fegato: asse trasverso maggiore (AB) di cm. ,

il lobo destro protrude di cm. dall'arcata costale (CD),

quello di sinistra di cm. dall'arcata costale (EF).

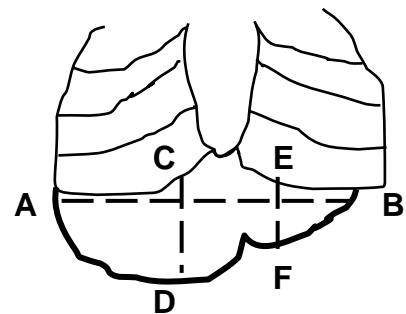
La superficie epatica appare

.....

Al taglio il parenchima epatico

.....

.....



La **colecisti** appare e non contenga contiene bile. La bile risulta Nel lume si rileva/no inoltre

La mucosa della colecisti appare

Piccolo e grosso intestino normositi, con calibro uniforme variabile (specificare)

..... La mucosa del piccolo intestino appare

.....

ed il lume contiene

La mucosa del grosso intestino appare
ed il lume contiene

Apice dell'**appendice ciecale** in sede

Stomaco di forma dimensioni parete

la mucosa appare ed il lume contiene

Il **pancreas** è normosito, a superficie

Milza di dimensioni con capsula e superficie di taglio

I corpuscoli malpighiani sono **Linfonodi mesenterici**

Surreni di dimensioni corticale

midollare

Reni di forma e dimensioni

la capsula si stacca facilmente difficilmente dalla superficie renale, che appare

Al taglio la corteccia e la midollare sono demarcate. Il parenchima appare

.....

Pelvi renale

Gli **ureteri** hanno calibro e decorso

Vescica urinaria: cm. di asse maggiore, contenente ml di urina

La parete e la mucosa appaiono Il trigono risulta

Prostata piccola e consistente senza anomalie macroscopiche.

Testicoli in addome all'imbocco del canale inguinale nel canale inguinale nello scroto, e appaiono

.....

La vagina, l'utero, le tube e le ovaie

non presentano anomalie macroscopiche e sono di dimensioni nella norma.

appaiono

Aorta addominale **Vena cava** **Tripode celiaco** **Arterie renali** **Vene renali**

Altri grandi vasi ematici (specificare)

sono normali e libere da trombi presentano

Masse addominali (specificare sede, dimensioni, consistenza e dislocazioni prodotte nelle strutture limitrofe)

.....

.....

.....

.....

.....

Malformazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Organi del torace

I **polmoni** occupano delle rispettive cavità pleuriche Normale il numero di lobi polmonari.
 Aspetto e consistenza dei polmoni (anche al taglio):

Mediastino in sede. Mediastino deviato

Timo

Aia cardiaca: **Rapporto Cardiotoracico (CIT):** cm. / cm.

Sacco pericardico

Cuore: Aspetto esterno: Consistenza

Grandi vasi in entrata e in uscita dal cuore:

Al taglio il forame ovale è , il dotto arterioso è , l'endocardio murale e valvolare sono

gli osti coronarici ed il seno coronarico sono

Le cavità cardiache sono (dimensioni e contenuti):

Misure cardiache:

AB: cm. BC: cm. DE: cm.

FG: cm. HI: cm. LM: cm.

Le misure dei grandi vasi sono le seguenti:

Aorta segmento ascendente: Ø cm.

Arco aortico: Ø cm.

Segmento post-Botallo: Ø cm.

Aorta toracica: Ø cm.

Aorta addominale: Ø cm.

Vena polmonare (segmento comune): Ø cm.

Ramo destro vena polmonare: Ø cm.

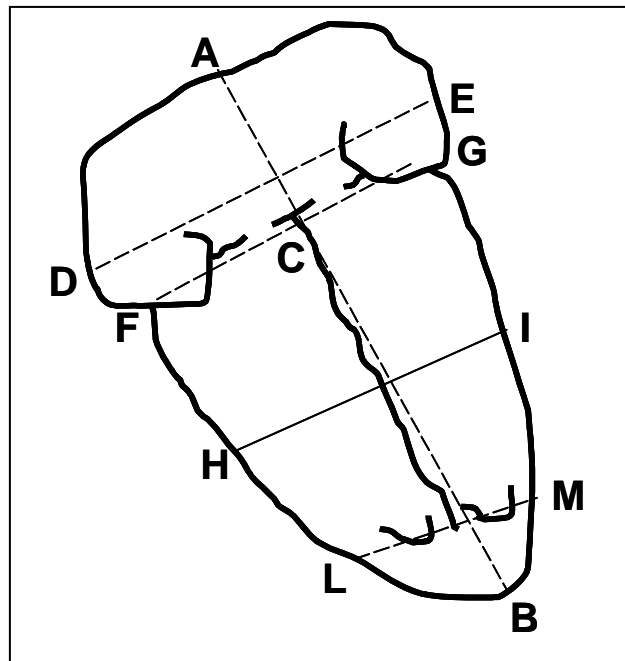
Ramo sinistro vena polmonare: Ø cm.

Dotto di Botallo: Ø cm.

Vena cava superiore: Ø cm.

Vena cava inferiore: Ø cm.

Dotto di Aranzio: Ø cm.



SONO STATI EFFETTUATI PRELIEVI PER L'INDAGINE DEL SISTEMA DI CONDUZIONE CARDIACO

Grandi vasi ematici e linfatici del tronco:

Trachea e bronchi maggiori: (mucosa)
(lume)

Esofago: (mucosa) (lume)

Linfonodi:

Masse toraciche (specificare sede, dimensioni, consistenza e dislocazioni prodotte nelle strutture limitrofe)

Malformazioni:

Organi del cavo orale e del collo

Lingua, ipofaringe e ghiandole sottomandibolari

Laringe (mucosa) (lume)

Esofago (mucosa) (lume)

Grandi vasi

Linfonodi

Tiroide

Masse (specificare sede, dimensioni, consistenza e dislocazioni prodotte nelle strutture limitrofe)

Malformazioni:

Apparato muscoloscheletrico

Il manubrio sternale presenta al taglio centri di ossificazione. Negli altri segmenti sternali si rilevano centri di ossificazione. Lo sterno ha forma

Si rilevano paia di costole. Si prelevano due giunzioni osteo-condrali costali (comprendenti l'area metafisaria) per l'esame istologico.

I muscoli scheletrici appaiono

Si prelevano un muscolo ileo-psoas e due frammenti del muscolo frenico per l'esame istologico.

Masse osteomuscolari (specificare sede, dimensioni, consistenza e dislocazioni prodotte nelle strutture limitrofe)

.....

Malformazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esame del cranio e del sistema nervoso centrale

I tessuti molli dello scalpo sono

La fontanella anteriore misura cm., quella posteriore è e misura cm.

Suture craniche:

Il periostio risulta

L'endostio risulta

Le ossa della volta craniche: mantengono i normali rapporti hanno perso i normali rapporti per fenomeni postmortalizi iniziali si staccano facilmente l'una dall'altra presentano alterazioni traumatiche

.....

All'apertura della scatola cranica fuoriesce liquido per ml

L'encefalo appare di consistenza normale lievemente ridotta marcatamente ridotta, colliquato e di colorito

Eviscerazione in unico blocco (sino al tronco cerebrale):

Eviscerazione in tre blocchi Eviscerazione in unico blocco (con tutto il midollo vertebrale)

Eviscerato tratto isolato del midollo spinale (indicare):

Posto in liquido di fissazione il giorno:

La dura meninge appare
La falce cerebrale appare
Il seno venoso risulta
Il tentorio cerebellare risulta
La leptomeninge appare (localizzare la sede e l'estensione di eventuali lesioni)
.....
.....
L'ipofisi è
Le rocche petrose (orecchio medio ed interno) sono
Le cavità craniche sono
.....

Dopo fissazione

Conformazione macroscopica dell'encefalo indicativa della settimana di gestazione
Consistenza del SNC (localizzare la sede e l'estensione di eventuali alterazioni)
.....
Al taglio dei lobi cerebrali i ventricoli laterali appaiono
.....
il terzo ventricolo appare
il quarto appare
Il parenchima periventricolare risulta (localizzare la sede e l'estensione di eventuali lesioni)
.....
La sostanza bianca appare (localizzare la sede e l'estensione di eventuali lesioni)
.....
.....
La sostanza grigia appare (localizzare la sede e l'estensione di eventuali lesioni)
.....
.....
Il cervelletto appare al taglio
.....
Al taglio il tronco cerebrale risulta
.....
Al taglio il midollo spinale risulta
.....

Masse endocraniche o endorachidee

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Logo
Istituzione

Generalità Istituzione

Prelievi standard effettuati per l'esame istologico

(più campioni possono stare in un'unica monocassetta)

| N° inclusione | Organo | Sede prelievo | N° inclusione | Organo | Sede prelievo |
|---------------|--|---------------------------|---------------|---|--|
| | Base della lingua con ghiandole salivari | | | Sigma | |
| | Muscolo ileo-psoas | | | Retto | |
| | Muscolo frenico | Emidiaframma destro | | Ventaglio mesenterico e Linfonodi mesenterici | |
| | | Emidiaframma sinistro | | Ureteri | |
| | Laringe | | | Uraco con arterie ombelicali (segmenti intrafetali) | |
| | Trachea | | | Gonadi | |
| | Esofago | | | Reni | Rene destro |
| | Tiroide | | | | Rene sinistro |
| | Paratiroidi | | | Suurreni | Surrene destro |
| | Polmone di destra | Lobo superiore | | | Surrene sinistro |
| | | Lobo medio | | Sezione pelvica comprendente Vescica, Utero o Prostata, Uretra, Retto-Ano | |
| | | Lobo inferiore | | Costole | |
| | | llo | | Sterno | |
| | Polmone di sinistra | Lobo superiore | | Ipfisi | |
| | | Lobo inferiore | | Rocca petrosa con orecchio interno | |
| | | llo | | Moncone del Cordone ombelicale | |
| | Fegato | Lobo destro con colecisti | | Bulbo oculare | di destra |
| | | Lobo sinistro | | Bulbo oculare | di sinistra |
| | Vena ombelicale (segmento intrafetale) | | | SNC | Sezione per i corpi mammillari (anteriore) |
| | Milza | | | SNC | Sezione per i corpi mammillari (anteriore) |
| | Stomaco | | | SNC | |
| | C duodenale e Pancreas | Testa | | Altre sezioni encefalo Peduncoli cerebrali | |
| | Pancreas | Corpo-coda | | Tronco cerebrale | Ponte e cervelletto |
| | Piccolo Intestino | Digiuno | | Tronco cerebrale | Ponte e bulbo |
| | | Tenue | | Midollo spinale sottobulbare | |
| | Appendice vermiforme | | | Midollo spinale | |
| | Grosso intestino | Cieco e ascendente | | Verme cerebellare | |
| | | Trasverso | | | |
| | | Discendente | | | |

CASO N° Campionato il da
 ATTENZIONE CHIAMARE ALL'INCLUSIONE DELLE MONOCASSETTE N°
 Incluso il da
 Tagliato il da Consegnato in lettura il
 A

SCHEDA INFORMAZIONI CLINICHE

(da allegare al modulo di richiesta di esame autoptico e da compilare a cura del richiedente)

Madre: (cognome) (nome)

Padre: (cognome) (nome)

Feto / Neonato: (cognome) (nome)

Feto / Neonato.

Età gestazionale al parto E.P.P: (da amenorrea) (ecografica)

Età postnatale al momento del decesso Sesso M F Ambiguo Razza

Peso alla nascita Peso pediatrico al decesso

Decesso spontaneo riconosciuto in utero, in data/...../..... alle ore tramite

Nato morto Feto deceduto durante il travaglio / parto Eseguite manovre rianimatorie

Aborto legale, per

Aborto selettivo, per

Feto nato vivo Cariotipo

Aspetti ecografici prenatali:

Madre.

Età Para: Gravidanza: Gravidanza spontanea Gravidanza con tecniche di procreazione assistita

Ricoveri in gravidanza (per)

In gravidanza: farmaci

tabagismo alcoolismo droghe

Complicanze della gravidanza

Parto Spontaneo Indotto T.C. Ventosa

Kristeller Durata del travaglio Durata fase espulsiva

Rottura delle membrane (data e ora)

Complicanze del parto Monitoraggio fetale

..... Presentazione

Complicanze alla nascita

Apgar score: 1 min., 5 min., 10 min.

Problemi clinici

Diagnosi

Trattamento

Note

Gravidanza gemellare (corionicità) (N° gemelli) Esito altri gemelli

Trattamenti endouterini