

Allegato 1

MODULO DI TRASFERIMENTO PER LA MADRE

Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ Prov. _____

il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____

Parità _____ UM _____ DPP _____

Parto avvenuto il (se trasferimento postparto) _____

a domicilio in casa di maternità

Motivo del trasferimento:

a) fase prodromica

- mancata insorgenza del travaglio dopo ore dalla PROM
- distocia dinamica
- liquido tinto
- battito fetale non rassicurante
- altro.....

c) fase espulsiva

- arresto progressione parte presentata
- inerzia uterina
- battito fetale non rassicurante
- altro.....

b) travaglio

- distocia dinamica
- distocia meccanica
- liquido tinto
- sofferenza fetale
- altro.....

d) post partum

- distacco parziale di placenta
- ritenzione placenta
- emorragia
- sutura vagino perineale o cervicale
- altro.....

Eventuali farmaci somministrati _____

Data _____

Firma dell'ostetrica/o responsabile del caso

Firma della seconda ostetrica/o