



0: Intervista entro la Dimissione	Gestante
--	-----------------

Età (anni compiuti):	Paese Origine Madre	<i>Italia</i>	<i>Estero</i>
-----------------------------	----------------------------	---------------	---------------

Scolarità Madre:	<i>elementare</i>	<i>media inf.</i>	<i>media sup.</i>	<i>laurea</i>	<i>n.c.</i>
-------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------	-------------

Lavoro prima della gravidanza :	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
--	-----------	-----------	-------------

fino al trimestre :	<i>n.c.</i>	<i>prima della gravidanza</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
----------------------------	-------------	-------------------------------	----------	----------	----------

Intende riprendere il lavoro :	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
---------------------------------------	-----------	-----------	-------------

A che mese intende riprendere il lavoro:	<i>nc</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>>8</i>
---	-----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------

Ha frequentato corsi di accompagnamento alla nascita ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
---	-----------	-----------	-------------

Ha assunto acido folico prima di iniziare la gravidanza ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
--	-----------	-----------	-------------

Fumava prima della gravidanza ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
--	-----------	-----------	-------------

(Se fumatrice) ... in gravidanza ?	<i>n.c.</i>	<i>ha smesso</i>	<i>ha ridotto</i>	<i>non ha variato</i>
---	-------------	------------------	-------------------	-----------------------

Ha altri figli (esclusi quelli nati in questo parto) ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c.</i>
---	-----------	-----------	-------------

(Se pluripara) ha avuto una precedente esperienza di allattamento ...	<i>n.c.</i>	<i>POS</i>	<i>NEG</i>
--	-------------	------------	------------

Note:

1: Dati del Ricovero	Gestante
-----------------------------	-----------------

Modalità del parto	<i>n.c.</i>	<i>vaginale eutocico</i>	<i>vaginale operativo</i>
	<i>parto-analgesia farmacologica</i>	<i>TC programmato</i>	<i>TC urgente</i>

Età gestazionale:	<i>n.c.</i>	36	37	38	39	40	41
--------------------------	-------------	----	----	----	----	----	----

Peso neonatale:	<i>n.c.</i>	< 2500	2500-3999	> 4000
------------------------	-------------	--------	-----------	--------

Durante la degenza al bambino è stata somm.ta formula ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

(Se formula) n^ di somministrazioni:	<i>nc</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	>8
---	-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Durante la degenza al bambino sono stati somm. glucosata o liquidi nutritivi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

(Se glucosata) n^ di somministrazioni:	<i>nc</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	>8
---	-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Durante la degenza al bambino sono stati somm.ti liquidi non nutritivi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

(Se altri liquidi) n^ di somministrazioni:	<i>nc</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	>8
---	-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dalla 2^ giornata di vita si osservano poppate a >6 ore di distanza ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

si osserva difficoltà ad attaccarsi al seno (> 3 pasti) ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Modalità di degenza:	<i>n.c.</i>	<i>rooming-in 24h/24</i>	<i>rooming-in diurno</i>	<i>nido (no rooming-in)</i>
-----------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

Il bambino viene dimesso in regime di allattamento al seno esclusivo ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

tipo di alimentazione:	<i>n.c.</i>	<i>supplementazione con formula</i>	<i>alimentazione con sola formula</i>
-------------------------------	-------------	-------------------------------------	---------------------------------------

se in regime diverso da allattamento, motivo:	<i>calo ponderale >8-10%</i>	<i>insufficiente o ritardata montata latte</i>	
	<i>problemi di salute materni</i>	<i>problemi di salute del neonato</i>	
	<i>problemi del seno (es. ragadi ...)</i>	<i>altro</i>	<i>n.c.</i>

consigliato/usato il MASTOSUTTORE ?	si	no	n.c
consigliato/usato il PARACAPEZZOLO ?	si	no	n.c
alla dimissione si osserva una MADRE STANCA ?	si	no	n.c
alla dimissione si osserva una MADRE SCARSAMENTE AUTONOMA ?	si	no	n.c
E' stato programmato un controllo entro 2-4 giorni dalla dimissione ?	si	no	n.c

Controllo programmato presso:

<i>punto nascita</i>	<i>pediatra di libera scelta</i>
<i>consultorio ostetrico territoriale</i>	<i>ambulatorio dedicato</i>
<i>altro</i>	<i>n.c.</i>

2: Rilevazione a 5-9 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

In questi primi giorni di vita ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Il bambino è già stato valutato, dopo la dimissione, almeno una volta ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

(valutato) da chi ?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra Ospedale</i>	<i>Ostetrica</i>	<i>ASV Infermiera</i>	<i>n.c.</i>
----------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------	-----------------------	-------------

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

Motivo principale di somministrazione latte artificiale	<i>Avevo poco latte</i>	<i>Il mio latte non era piu' nutriente</i>	<i>Il bambino cresceva poco o era calato</i>
	<i>Il b. non si attaccava bene</i>	<i>Problemi materni (ragadi, mastite, dolore)</i>	<i>Malattie della madre</i>
	<i>Problemi di salute del bambino</i>	<i>Assunzione di farmaci</i>	<i>Ripresa del lavoro</i>
	<i>Stanchezza materna</i>	<i>Il b. piange molto</i>	<i>Il b. si attacca troppo spesso (soprattutto di notte)</i>

L'introduzione del latte artificiale è stata consigliata da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>	<i>Infermiera ospedale</i>
	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>
	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>	<i>Decisione autonoma della madre</i>	<i>n.c.</i>	

Incremento ponderale (in gr.) nell'ultima settimana	<i>nc</i>	<i>0-50</i>	<i>50-100</i>	<i>100-150</i>	<i>> 150</i>
--	-----------	-------------	---------------	----------------	-----------------

3: Rilevazione a 30-40 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

Ha ripreso a lavorare?	<i>si, full time</i>	<i>si, part time</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
-------------------------------	----------------------	----------------------	-----------	------------

Ha partecipato a incontri post-parto?	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

In questo periodo ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

Motivo principale di somministrazione latte artificiale	<i>Avevo poco latte</i>	<i>Il mio latte non era piu' nutriente</i>	<i>Il bambino cresceva poco o era calato</i>
	<i>Il b. non si attaccava bene</i>	<i>Problemi materni (ragadi, mastite, dolore)</i>	<i>Malattie della madre</i>
	<i>Problemi di salute del bambino</i>	<i>Assunzione di farmaci</i>	<i>Ripresa del lavoro</i>
	<i>Stanchezza materna</i>	<i>Il b. piange molto</i>	<i>Il b. si attacca troppo spesso (soprattutto di notte)</i>

L'introduzione del latte artificiale è stata consigliata da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>	<i>Infermiera ospedale</i>
	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>
	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>	<i>Decisione autonoma della madre</i>	<i>n.c.</i>	

Incremento ponderale (in gr.) nell'ultima settimana	<i>nc</i>	<i>0-50</i>	<i>50-100</i>	<i>100-150</i>	<i>> 150</i>
--	-----------	-------------	---------------	----------------	-----------------

4: Rilevazione a 60-70 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

Ha ripreso a lavorare?	<i>si, full time</i>	<i>si, part time</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
-------------------------------	----------------------	----------------------	-----------	------------

Ha partecipato a incontri post-parto?	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

In questo periodo ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha mangiato frutta, pappe o cibi solidi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

L'inizio dello svezzamento è stato consigliato da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>
	<i>Decisione autonoma della madre</i>			

5: Rilevazione a 90-100 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

Ha ripreso a lavorare?	<i>si, full time</i>	<i>si, part time</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
-------------------------------	----------------------	----------------------	-----------	------------

Ha partecipato a incontri post-parto?	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

In questo periodo ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha mangiato frutta, pappe o cibi solidi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

L'inizio dello svezzamento è stato consigliato da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>
	<i>Decisione autonoma della madre</i>			

6: Rilevazione a 120-130 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

Ha ripreso a lavorare?	<i>si, full time</i>	<i>si, part time</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
-------------------------------	----------------------	----------------------	-----------	------------

Ha partecipato a incontri post-parto?	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

In questo periodo ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha mangiato frutta, pappe o cibi solidi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

L'inizio dello svezzamento è stato consigliato da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>
	<i>Decisione autonoma della madre</i>			

7: Rilevazione a 150-160 gg di vita	Gestante
Data rilevamento (aaaa-mm-gg):	

Ha ripreso a lavorare?	<i>si, full time</i>	<i>si, part time</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
-------------------------------	----------------------	----------------------	-----------	------------

Ha partecipato a incontri post-parto?	<i>Si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
--	-----------	-----------	------------

In questo periodo ha riscontrato problemi relativi all'allattamento?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
---	-----------	-----------	------------

Quale problema in particolare ?	<i>Capezzolo dolente</i>	<i>Ragadi</i>	<i>Ingorgo</i>	<i>Mastite</i>
	<i>Candidiasi</i>	<i>Malattia materna</i>	<i>Problemi del neonato</i>	<i>n.c.</i>

Chi ha consultato?	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>n.c.</i>

Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a e' stato allattato al seno ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha bevuto latte artificiale ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>
Ha mangiato frutta, pappe o cibi solidi ?	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>n.c</i>

L'inizio dello svezzamento è stato consigliato da:	<i>Pediatra di libera scelta</i>	<i>Pediatra dell'ospedale</i>	<i>Pediatra privato</i>	<i>Pediatra di Comunità</i>
	<i>Infermiera ospedale</i>	<i>Infermiera consultorio</i>	<i>Ostetrica ospedale</i>	<i>Ostetrica consultorio</i>
	<i>Ginecologo ospedaliero</i>	<i>Ginecologo privato</i>	<i>Ginecologo consultorio</i>	<i>Familiari ed amici</i>
	<i>Decisione autonoma della madre</i>			

Compilazione facoltativa al 12^a mese di vita:

Sta allattando ancora al seno (*anche solo una volta al giorno*)

si

no

Se NO, a che mese ha smesso ?

6

7

8

9

10

11