**Near miss ostetrici in Italia**

**Box 1 - Scelta del percorso di inserimento dati (IS,PA,RU,EM)**

**Scelta del percorso di inserimento dati**

**1 [Percorso]Scegliere il percorso appropriato ricordando che i 4 percorsi sono mutualmente esclusivi**

Scegli **solo una** delle seguenti:

Isterectomia peripartum non correlata a rottura d'utero o placentazione anomala invasiva o emorragia grave del post partum Isterectomia peripartum non correlata a rottura d'utero o placentazione anomala invasiva o emorragia grave del post partum

Placentazione anomala invasiva Placentazione anomala invasiva

Rottura d'utero Rottura d'utero

Emorragia grave del post partum Emorragia grave del post partum

## Box 1a - Condizioni percorso (IS,PA,RU,EM)

**Criteri di inclusione della paziente nell'indagine**

**2 [CP1] \***

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | **Si** | **No** |
| --- | --- | --- |
| **La donna è stata sottoposta a isterectomia entro 7 giorni dal parto?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La donna ha avuto una rottura d'utero?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La donna ha avuto una placentazione anomale invasiva?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La donna ha avuto una emorragia grave del post partum (e sono state somministrate 4 o più unità di sangue o emazie concentrate)?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**3 [CP2] \***

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | **Si** | **No** |
| --- | --- | --- |
| **La paziente ha partorito spontaneamente con rimozione manuale della placenta difficile/incompleta e trasfusione di sangue entro 48 ore?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La paziente ha avuto un TC con difficile rimozione della placenta che viene valutata clinicamente come accreta o percreta?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**4 [CP3] \***

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | Si | No |
| --- | --- | --- |
| Rottura uterina completa (incluso miometrio, peritoneo e membrane fetali) | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| Rottura uterina incompleta (incluso miometrio e peritoneo ma con membrane fetali integre) | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| Rottura uterina incompleta (incluso miometrio ma con peritoneo e membrane fetali integre) | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**5 [CP4] \***

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | **Si** | **No** |
| --- | --- | --- |
| **La paziente ha ricevuto 4 o più unità di sangue intero o emazie concentrate entro 7 giorni dal parto?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La paziente ha avuto una rottura d'utero o una placentazione anomala invasiva?** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**Box 2 - Caratteristiche della donna (IS,PA,RU,EM)**

**Caratteristiche della donna**

**6 [Dtnas]Data di nascita della donna (ggmmaa) \***

Inserire una data: [ / / ]

**7 [Dtparto]Data del parto \***

Inserire una data: [ / / ]

**8 [h]Altezza della donna (cm)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**9 [Kg]Peso della donna (Kg)**

Scrivere la propria risposta qui:

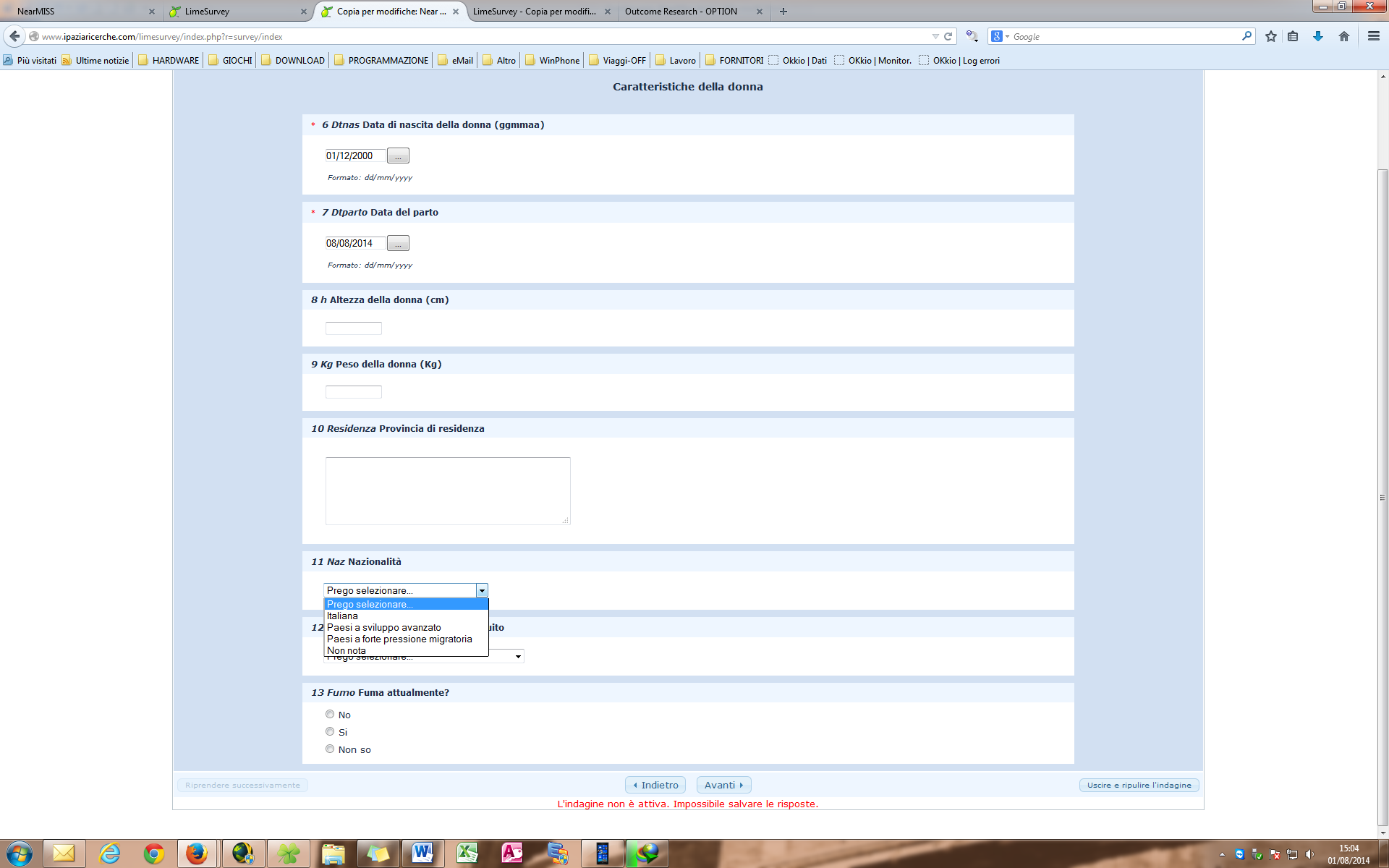
[ *CAMPO NUMERICO* ]

**10 [Residenza]Provincia di residenza**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**11 [Naz]Nazionalità**

****Scegli solo una delle seguenti:

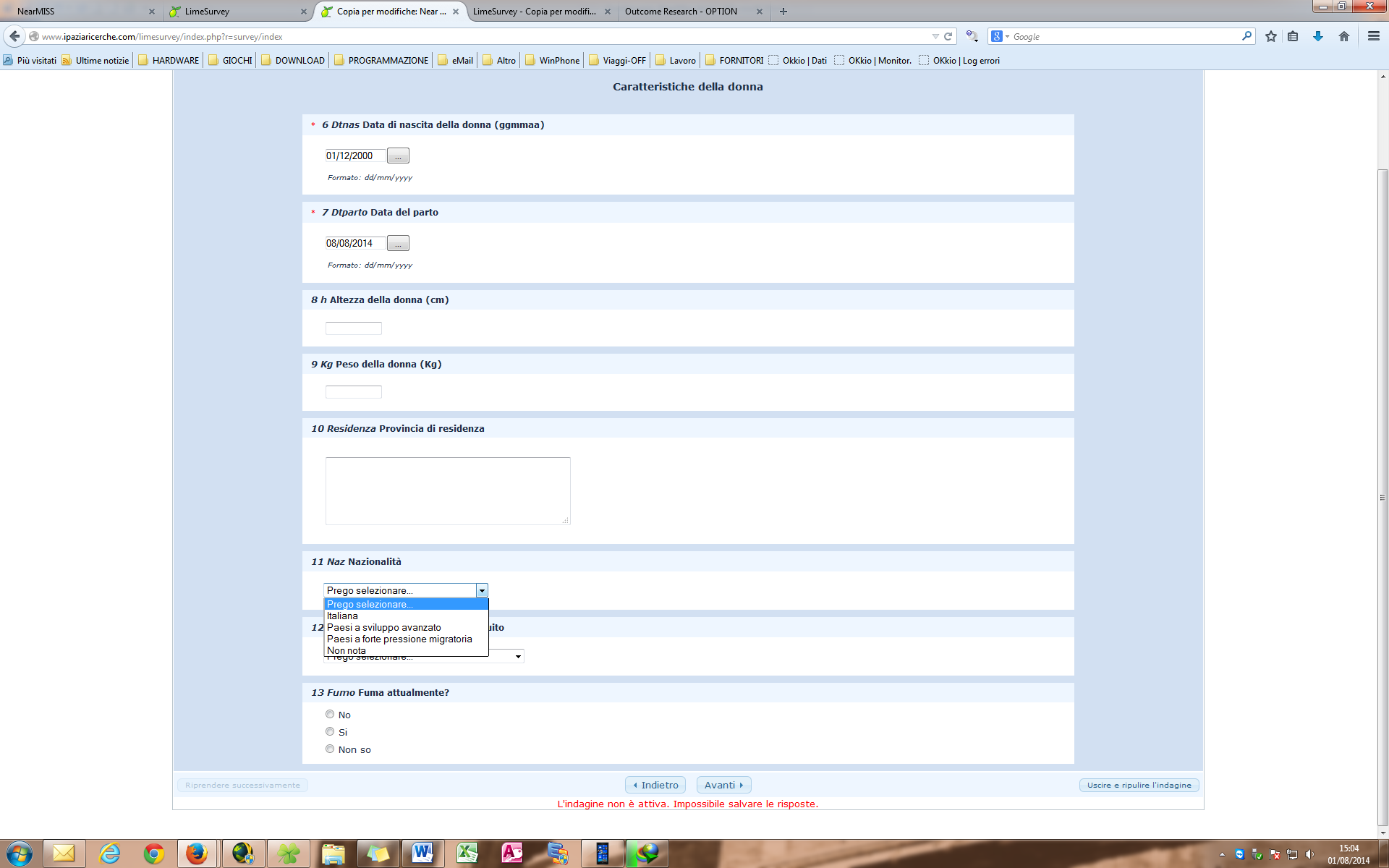
Italiana

Paesi a sviluppo avanzato

Paesi a forte pressione migratoria

Non nota

**12 [Istruzione]Titolo di studio conseguito**

****Scegli solo una delle seguenti:

nessun titolo, elementare o media inferiore

media superiore

laurea

**13 [Fumo]Fuma attualmente?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**14 [Nsiga]Numero di sigarette al giorno**

Scrivere la propria risposta qui: [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 3 - Precedenti parti (IS,PA,RU,EM)**

**Precedenti parti**

**15 [Nparti]Numero precedenti parti dopo 22 sett+0 gg.**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**16 [TCpre]Precedenti tagli cesarei?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**17 [TCprenum]Numero di precedenti tagli cesarei**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 3a - Dati precedenti tagli cesarei (IS,PA,RU,EM)**

**Precedenti TC: informazioni sul PRIMO TC**

**18 [TC1]Anno primo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**19 [TC2]Epoca gestazionale (sett+gg) primo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**20 [TC3]TC in travaglio?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**21 [TC4]Complicazioni primo TC**

Scegli solo una delle seguenti:

* Nessuna
* Chirurgiche
* Infettive
* Non so

**22 [TC5]Specificare le complicazioni**

Scrivere la propria risposta qui: [ *CAMPO TESTO* ]

**Box 3b - Dati precedenti tagli cesarei (IS,PA,RU,EM)**

**Precedenti TC: informazioni sul SECONDO TC**

**23 [TC6]Anno secondo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**24 [TC7]Epoca gestazionale  (sett+gg) secondo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**25 [TC8]TC in travaglio?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**26 [TC9]Complicazioni secondo TC**

Scegli solo una delle seguenti:

* Nessuna
* Chirurgiche
* Infettive
* Non so

**27 [TC10]Specificare le complicazioni**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 3c - Dati precedenti tagli cesarei (IS,PA,RU,EM)**

**Precedenti TC: informazioni sul TERZO TC**

**28 [TC11]Anno terzo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**29 [TC12]Epoca gestazionale  (sett+gg) terzo TC**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**30 [TC13]TC in travaglio?**

Scegli **solo una** delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**31 [TC14]Complicazioni terzo TC**

Scegli solo una delle seguenti:

* Nessuna
* Chirurgiche
* Infettive
* Non so

**32 [TC15]Specificare complicanze**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 3bis - precedenti interventi sull'utero (IS,PA,RU,EM)**

**Precedenti interventi sull'utero**

**33 [INTpre1]Precedenti interventi sull'utero?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**34 [INTpre2]Quali dei seguenti interventi sull'utero sono stati effettuati?**

Scegliere tutte le corrispondenti:

Revisione/raschiamento Revisione/raschiamento

Revisione/raschiamento Miomectomia per via laparotomica

Revisione/raschiamento Miomectomia per via laparoscopica

Revisione/raschiamento Resettoscopia

Revisione/raschiamento Metroplastica

Revisione/raschiamento Altro

**35 [INTpre2altro]Specificare "Altro" intervento sull'utero:**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 4 - Aborti (IS, PA, RU)**

**Aborti**

**36 [AB1]Numero di aborti spontanei**

Scegli solo una delle seguenti:

00

11

22

33

44

55

66

77

88

99

10 e più10 e più

**37 [r1010q3]Numero di RCU**

Scegli solo una delle seguenti:

00

11

22

33

44

55

66

77

88

99

10 e più10 e più

**38 [AB2]Numero di IVG**

Scegli solo una delle seguenti:

00

11

22

33

44

55

66

77

88

99

10 e più10 e più

**Box4a - Complicazioni precedenti aborti (IS, PA, RU)**

**Complicazioni precedenti aborti**

**39 [AB3]Complicazioni chirurgiche**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**40 [AB4]Specificare le complicazioni chirurgiche degli aborti**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**41 [AB5]Complicazioni infettive**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**42 [AB6]Specificare le complicazioni infettive degli aborti**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**43 [AB7]Altra chirurgia uterina**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No
* Non so

**44 [AB8]Specificare altra chirurgia uterina**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 5 - Fattori di rischio precedenti gravidanze (EM)**

**Fattori di rischio precedenti gravidanze**

**45 [FR1]Precedente emorragia del post partum > 1000 ml**

Scegli **solo una** delle seguenti:

* Si
* No

**46 [FR2]Precedente trasfusione di oltre 2 unità di sangue intero o emazie concentrate**

Scegli **solo una** delle seguenti:

* Si
* No

**47 [FR3]Specificare la motivazione della precedente trasfusione**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 6 - Precedente emorragia del post partum (PA)**

**Precedente emorragia del post partum (>1000 ml)**

**48 [EMpre1]Precedente emorragia del post partum (>1000 ml)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**49 [EMpre2]Specificare**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 7 - Gravidanza attuale (IS, PA, RU, EM)**

**Gravidanza attuale**

**50 [GR1]Gravidanza multipla**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**51 [Oraparto]Ora del parto**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**52 [sett]Epoca gestazionale del parto (sett+gg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**53 [peso]Peso alla nascita (gr)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**54 [peso2]Peso alla nascita (gr)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Neonato 1 [ CAMPO NUMERICO ]

Neonato 2 [ CAMPO NUMERICO ]

Neonato 3 [ CAMPO NUMERICO ]

Neonato 4 [ CAMPO NUMERICO ]

**55 [GR2]Complicazioni gravi della gravidanza**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**Box 7a - Complicazioni gravi della gravidanza (IS,PA,RU,EM)**

**Complicazioni gravi della gravidanza attuale**

**56 [GR3]Quali delle seguenti condizioni si sono verificate?**

Scegliere **tutte** le corrispondenti:

Interventi chirurgici in gravidanza Interventi chirurgici in gravidanza

Ricovero per iperemesi Ricovero per iperemesi

Ricovero per disidratazione Ricovero per disidratazione

Polidramnios Polidramnios

Episodio trombotico Episodio trombotico

Sindrome da iperstimolazione ovarica Sindrome da iperstimolazione ovarica

Infezione grave (es. pielonefrite) Infezione grave (es. pielonefrite)

Ipertensione essenziale Ipertensione essenziale

Ipertensione indotta dalla gravidanza Ipertensione indotta dalla gravidanza

Preeclampsia (ipertensione e proteinuria) Preeclampsia (ipertensione e proteinuria)

Emorragia ante partum significativa (che ha comportato un ricovero) Emorragia ante partum significativa (che ha comportato un ricovero)

Diabete pre-gestazionale Diabete pre-gestazionale

Diabete gestazionale Diabete gestazionale

Distacco di placenta Distacco di placenta

Problemi cardiaci Problemi cardiaci

Altro Altro

**57 [GR14altro]Specificare le altre complicazioni gravi della gravidanza**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 8 - Placenta previa (PA)**

**Placenta previa**

**58 [LP1]Placenta previa**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**59 [LP2]Placenta previa diagnosticata prima del parto**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**60 [LP3]Epoca gestazionale alla prima diagnosi di placenta previa (sett+gg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 8a - Localizzazione della placenta alla visita più recente (PA)**

**61 [LP4]Localizzazione della placenta alla visita più recente**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | **Si** | **No** |
| --- | --- | --- |
| **Previa totale** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **Marginale (<= 2 cm)** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **Impianto basso (> 2 cm dall'os interno)** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La placenta copre principalmente la parete anteriore** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La placenta copre principalmente la parete posteriore** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **La placenta copre principalmente una precedente cicatrice di TC** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**Box 9 - Invasione anomala della placenta (PA)**

**Invasione anomala della placenta**

**62 [IP1]Dignosticata prima del parto**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**63 [IP2]Epoca gestazionale alla prima diagnosi (sett+gg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**64 [IP3]Diagnosticata con:**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

|  | **Si** | **No** |
| --- | --- | --- |
| **Ecografia** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |
| **RM** | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png | http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_radio.png |

**65 [IP4]Specificare il grado di invasione e la localizzazione al controllo più recente**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 9a - Sintomi prima della diagnosi di invasione anomala della placenta (PA)**

**Sintomi prima della diagnosi di invasione anomala della placenta**

**66 [IP5]**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Interventi chirurgici in gravidanza Dolore addominale

Ricovero per iperemesi Contrazioni uterine alterate

Ricovero per disidratazione Ematuria

Polidramnios Sanguinamento vaginale

Episodio trombotico Anomalie del BCF

Sindrome da iperstimolazione ovarica Altri sintomi

**67 [IP6]Specificare il dolore addominale**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**68 [r1010q2]Specificare le contrazioni uterine alterate**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**69 [IP7]Specificare l'ematuria**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**70 [IP8]Specificare il sanguinamento vaginale**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**71 [IP9]Specificare le anomalie nella frequenza del BCF**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**72 [IP10]Specificare altri sintomi**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 10 - Parto: modalità (IS,PA,RU)**

**Modalità del parto**

**73 [PR1]Modalità di parto \***

Scegli solo una delle seguenti:

Parto vaginale spontaneo Parto vaginale spontaneo

Parto vaginale operativo Parto vaginale operativo

Taglio cesareo d'emergenza/urgenza Taglio cesareo d'emergenza/urgenza

Taglio cesareo programmato Taglio cesareo programmato

**74 [PR1bis]Distocia della spalla**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**75 [PR1ter]Descrivere le manovre effettuate**

Scrivere la propria risposta qui:

**Box 10a - Parto: induzione (IS, PA, RU)**

**Induzione del travaglio**

**76 [IN1]Induzione del travaglio**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**77 [IN2]Metodo di induzione del travaglio**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

* Prostaglandine
* Ossitocina
* Amnioressi
* Balloon catheter
* Altri metodi

**78 [IN13]Specificare gli altri metodi di induzione del travaglio**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 10b - Parto: induzione (IS, PA, RU)**

**Induzione del travaglio**

**79 [IN14]In caso di più di un metodo, specificare la sequenza dei metodi utilizzati**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

1° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

2° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

3° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

4° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

5° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

**Box 10c - Parto: induzione con prostaglandine/ossitocina (IS, PA, RU)**

**Induzione del travaglio**

**80 [IN15]Specificare il tipo e il dosaggio delle prostaglandine**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

**81 [IN16]Numero totale di applicazioni di prostaglandine**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**82 [IN17]Dose complessiva di prostaglandine somministrate (mg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**83 [r1010q6]Specificare tipo, dosaggio e via di somministrazione di ossitocina**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

Via di somministrazione [ *CAMPO TESTO* ]

**Box 10d - Parto: travaglio (IS, PA)**

**Travaglio**

**84 [PR6]Tempo in ore di travaglio attivo (3 cm - parto)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**85 [PR7]Durata in ore dell'infusione di ossitocina**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**86 [PR8]Massima dilatazione cervicale (cm)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**87 [PR9]Segni clinici di iperstimolazione (ipertono tra le contrazioni o più di 5 contrazioni/10 minuti)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**88 [PR10]Specificare i segni di iperstimolazione**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 11 - Parto: modalità (EM)**

**Modalità del parto**

**89 [PRem1]Modalità di parto \***

Scegli solo una delle seguenti:

Parto vaginale spontaneo Parto vaginale

Parto vaginale operativo Taglio cesareo

**90 [PRem2]Tipo di parto vaginale**

Scegli solo una delle seguenti:

Parto vaginale spontaneo Spontaneo

Parto vaginale operativo Operativo

**91 [PRem3]Modalità di taglio cesareo**

Scegli solo una delle seguenti:

Taglio cesareo d'emergenza/urgenza Programmato

Taglio cesareo programmato Emergenza/urgenza

**92 [PRem4]Modalità pianificata del parto**

Scegli solo una delle seguenti:

Parto vaginale spontaneo Parto vaginale

Parto vaginale operativo Taglio cesareo

**Box 11a - Parto: induzione (EM)**

**Induzione del travaglio**

**93 [r1010q5]Induzione al travaglio**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**94 [INem1]Metodo di induzione del travaglio**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

* Prostaglandine
* Ossitocina
* Amnioressi
* Balloon catheter
* Altri metodi

**95 [INem2]Specificare gli altri metodi di induzione del travaglio**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**96 [INem3]In caso di più di un metodo, specificare la sequenza dei metodi utilizzati**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

1° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

2° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

3° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

4° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

5° metodo [ *CAMPO TESTO* ]

**Box11b - Parto: induzione con prostaglandine/ossitocina (EM)**

**Induzione del travaglio**

**97 [PRemb1]Specificare il tipo e il dosaggio delle prostaglandine**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

**98 [PRemb2]Numero totale di applicazioni di prostaglandine**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**99 [PRemb3]Dose complessiva di prostaglandine somministrate (mg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**100 [Premb4]Specificare tipo, dosaggio e via di somministrazione di ossitocina**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

Via di somministrazione [ *CAMPO TESTO* ]

**Box 11c - Parto: travaglio (EM)**

**Travaglio**

**101 [PRem5]Analgesia epidurale**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**102 [PRem6]Infusione ossitocina durante il travaglio**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**103 [PRem7]Data del travaglio**

Inserire una data: [ / / ]

**104 [PRem8]Ora inizio del travaglio (hh:mm)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**105 [PRem10]Ora inizio delle spinte attive (hh:mm)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**106 [PRem9]Durata del travaglio attivo (hh:mm)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**107 [PRem11]Ora del secondamento (hh:mm)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**108 [PRem12]Specificare l'indicazione ventosa/forcipe**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 11d - Parto vaginale: profilassi dell'emorragia del post partum (EM)**

**Parto vaginale: profilassi dell'emorragia del post partum**

**109 [PV1]Profilassi dell'emorragia del post partum**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi **Massaggio uterino**

Ricovero per disidratazione **Trattamento attivo della terza fase**

Polidramnios **Ossitocina**

Episodio trombotico **Metilergometrina**

Sindrome da iperstimolazione ovarica **Altro**

**110 [PV2]Specificare**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 12 - Modalità del trattamento (PA)**

**Modalità del trattamento della placenta accreta**

**111 [MTpa1]Trattamenti effettuati**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi **Conservativo (lasciando la placenta in utero)**

Ricovero per disidratazione **Metotrexate**

Polidramnios **Ossitocina**

Episodio trombotico **Prostaglandine**

Sindrome da iperstimolazione ovarica **Suture uterine emostatiche (Es. B-Lynch)**

Ricovero per disidratazione **Tamponamento**

Polidramnios **Radiologia interventista**

Sindrome da iperstimolazione ovarica **Altro**

**112 [MTpa2]Specificare il tamponamento**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**113 [r1010q4]Specificare la radiologia interventista**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**114 [MTpa3]Specificare le altre modalità di trattamento**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box12a - Specifica prostaglandine (PA)**

**Trattamento con prostaglandine**

**115 [XXX1]Specificare il tipo e il dosaggio delle prostaglandine**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

**116 [XXX2]Numero totale di applicazioni di prostaglandine**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**117 [XXX3]Dose complessiva di prostaglandine somministrate (mg)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 13 - Rottura d'utero (RU)**

**Rottura d'utero**

**118 [RU1]Monitoraggio della pressione intrauterina**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**119 [RU2]Infusione di ossitocina al momento della rottura**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**120 [RU3]Analgesia epidurale**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**121 [RU4]Sorveglianza fetale STAN/CTG al momento del sospetto/diagnosi di rottura d'utero**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**122 [RU5]Prelievi di sangue fetale (numero)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 13a - Rottura d'utero (RU)**

**Rottura d'utero**

**123 [RU6]Durata del travaglio attivo (3 cm-parto) in ore**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**124 [RU7]Dilatazione <1 cm per 2 ore in qualunque momento durante il travaglio attivo (3 cm - parto)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**125 [RU8]Dilatazione completa per oltre 2 ore**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**126 [RU9]Durata in ore dell'infusione di ossitocina**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**127 [RU10]Massima dilatazione cervicale (cm)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**128 [RU11]Segni clinici di iperstimolazione (ipertono tra le contrazioni o più di 5 contrazioni/10 minuti)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**129 [RU12]Specificare i segni dell'iperstimolazione**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 13b - Sintomi comparsi prima della diagnosi di rottura d'utero (RU)**

**Sintomi comparsi prima della diagnosi di rottura d'utero**

**130 [RU13]**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi **Rottura uterina asintomatica/reperto incidentale**

Ricovero per disidratazione **Dolore addominale**

Polidramnios **Contrazioni uterine alterate**

Episodio trombotico **Ematuria**

Sindrome da iperstimolazione ovarica **Sanguinamento vaginale**

Ricovero per disidratazione **Anomalie del BCF**

Polidramnios **Altri sintomi**

**131 [RU14]Specificare il dolore addominale**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**132 [RU15]Specificare le contrazioni uterine alterate**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**133 [RU16]Specificare l'ematuria**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**134 [RU17]Specificare il sanguinamento vaginale**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**135 [RU18]Specificare le anomalie del BCF**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**136 [r1010q0]Specificare altri sintomi**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 13c - Rottura d'utero (RU)**

**Descrizione della rottura uterina**

**137 [RU19]**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi **Rottura diagnosticata/sospettata prima della laparotomia**

Ricovero per disidratazione **Rottura di precedente cicatrice**

Polidramnios **Altra localizzazione della rottura**

**138 [RU20]Specificare altra localizzazione della rottura**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**139 [RU21]**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi **Parti fetali fuori dall'utero**

Ricovero per disidratazione **Parti di placenta fuori dall'utero**

Polidramnios **Lesioni d'organo al momento della rottura o della riparazione**

**140 [r1010q1]Specificare la lesione d'organo al momento della rottura o della riparazione**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 14 - Emorragia (EM)**

**Emorragia - valutazione iniziale**

**141 [ER1]Perdita ematica stimata in ml**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**142 [ER1bis]Primo valore Hb (g/dL) (dal laboratorio o dall'EGA)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Valore Hb [ *CAMPO NUMERICO* ]

Ricovero per iperemesiDato non disponibile *se dato non disponibile cancella e disabilita [valore hb]*

**143 [ERtris]Primo valore lattati (mg/dL) (dal laboratorio o dall'EGA)**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Valore lattati [ *CAMPO NUMERICO* ]

Ricovero per iperemesiDato non disponibile *se dato non disponibile cancella e disabilita [valore hb]*

**144 [ER1quater]Primo valore PA sistolica**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Valore PA sistolica [ *CAMPO NUMERICO* ]

Ricovero per iperemesiDato non disponibile *se dato non disponibile cancella e disabilita [valore hb]*

**145 [ER2]Il sanguinamento proseguiva all'inizio della trasfusione?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**146 [ER3]Valore minimo di emoglobina tra quelli rilevati (g/dL)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 14a - Sanguinamento durante il TC (EM)**

**Causa del sanguinamento durante il taglio cesareo**

**147 [ER4]Cause del sanguinamento durante il taglio cesareo**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

**Ricovero per iperemesi Atonia**

**Ricovero per disidratazione Fibromi**

**Polidramnios Lacerazioni**

**Ricovero per iperemesi Placenta previa**

**Ricovero per disidratazione Placenta accreta**

* **Altro**

**148 [ER5]Specificare le altre cause di sanguinamento**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 14b - Sanguinamento durante il TC (EM)**

**Sanguinamento durante il taglio cesareo**

**149 [ER6]Sanguinamento dopo l'intervento chirurgico in ml**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**150 [ER7]Nuovo intervento chirurgico**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**151 [ER8b]Tipologia di nuovo intervento chirurgico**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**152 [ER8]Data del nuovo intervento chirurgico**

Inserire una data: [ / / ]

**153 [ER9]Ora del nuovo intervento chirurgico**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**154 [ER9bis]Specificare quanto rilevato al nuovo intervento chirurgico**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 14c - Causa primaria dell'emorragia (EM)**

**Causa primaria dell'emorragia**

**155 [ER10]Causa primaria dell'emorragia**

Scegli solo una delle seguenti:

Atonia (escluse le cause elencate a seguire)Atonia (escluse le cause elencate a seguire)

FibromiFibromi

Ematoma paravaginaleEmatoma paravaginale

Ritenzione di tessuto placentareRitenzione di tessuto placentare

LacerazioneLacerazione

AltroAltro

**156 [ER11]Specificare la causa principale**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**157 [ER12]Specificare la tipologia di lacerazione**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Ricovero per iperemesi Cervicale

Ricovero per disidratazione Vaginale

Polidramnios Perineale

Ricovero per iperemesi Altro

**158 [ER13]Specificare altra tipologia di lacerazione**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 15 - Isterectomia peripartum (IS, PA)**

**Isterectomia peripartum**

**159 [IS0]La paziente è stata sottoposta ad isterectomia del post partum?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**160 [IS1]Data dell'isterectomia**

Inserire una data: [ / / ]

**161 [IS2]Ora dell'isterectomia**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**162 [IS3]Specificare le indicazioni all'isterectomia**

Scegliere tutte le corrispondenti:

Emorragia Emorragia

Patologia benigna dell'utero (Es: fibromatosi) Patologia benigna dell'utero (Es: fibromatosi)

Patologia neoplastica Patologia neoplastica

Sepsi Sepsi

http://www.ipaziaricerche.com/limesurvey/templates/default/print_img_checkbox.png Altro

**163 [IS4]Tipo di isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

Totale Totale

Subtotale Subtotale

**Box 15b - Isterectomia peripartum (IS,PA)**

**Isterectomia peripartum**

**164 [IS5]Lacerazione uterina prima dell'isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**165 [IS8]Specificare la lacerazione uterina prima dell'isterectomia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**166 [IS6]Sepsi peripartum prima dell'isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**167 [IS9]Specificare la sepsi peripartum prima dell'isterectomia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**168 [IS7]Lesioni d'organo durante l'isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**169 [IS10]Specificare le lesioni d'organo durante l'isterectomia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**170 [IS11]Altre procedure chirurgiche oltre all'isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**171 [IS12]Specificare le altre procedure chirurgiche**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 16 - Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia (IS)**

**Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia**

**172 [EM1]E' stato eseguito un trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**Box 16a - Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia (IS)**

**Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia**

**173 [EM2]Ossitocici**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**174 [EM2a]Specificare tipo, dosaggio e via di somministrazione degli ossitocici**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

Via di somministrazione [ *CAMPO TESTO* ]

**175 [EM3]Prostaglandine**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**176 [EM8]Specificare tipo, dosaggio e via di somministrazione delle prostaglandine**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

Via di somministrazione [ *CAMPO TESTO* ]

**177 [EM4]Suture uterine emostatiche (Es: B-Lynch)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**178 [EM9]Specificare il tipo di sutura uterina emostatica effettuata**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 16b - Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia (IS)**

**Trattamento dell'emorragia del post partum prima dell'isterectomia**

**179 [EM5]Suture locali**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**180 [EM10]Specificare indicazioni, modalità ed eventuali problemi delle suture locali effettuate**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Indicazione [ *CAMPO TESTO* ]

Modalità [ *CAMPO TESTO*]

Problemi [ *CAMPO TESTO* ]

**181 [EM6]Tamponamento (compreso balloon intrauterino, es: Bakri balloon)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**182 [EM11]Specificare indicazione, modalità ed eventuali problemi del tamponamento effettuato**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Indicazione [ *CAMPO TESTO* ]

Modalità [ *CAMPO TESTO* ]

Problemi [ *CAMPO TESTO* ]

**183 [EM7]Altri trattamenti**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**184 [EM12]Specificare indicazioni, modalità ed eventuali problemi degli altri trattamenti effettuati**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Indicazione [ *CAMPO TESTO* ]

Modalità [ *CAMPO TESTO* ]

Problemi [ *CAMPO TESTO* ]

**Box 17 - Prodotti del sangue ricevuti (IS,PA,RU)**

**Prodotti del sangue ricevuti**

**185 [EM13]Stima della perdita ematica complessiva (ml)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**186 [EM14]Sangue intero o emazie concentrate (unità)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**187 [EM15]Plasma (unità)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**188 [EM16]Piastrine (unità)**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**189 [EM17]Altri prodotti ematici ricevuti:**

Scegliere tutte le corrispondenti:

Fibrinogeno Fibrinogeno

Fattore VII Fattore VII

Acido tranexamico Acido tranexamico

Altri farmaci emostatici Altri farmaci emostatici

**190 [EM18]Specificare gli altri farmaci emostatici**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Farmaco 1 [ *CAMPO TESTO* ]

Farmaco 2 [ *CAMPO TESTO* ]

Farmaco 3 [ *CAMPO TESTO* ]

Farmaco 4 [ *CAMPO TESTO* ]

Farmaco 5 [ *CAMPO TESTO* ]

**Box17b - Trattamento chirurgico della rottura d'utero (RU)**

**Trattamento chirurgico della rottura d'utero**

**191 [RU17b1]Dopo la rottura d'utero è stato effettuato un intervento chirurgico riparativo?**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**192 [RU17b2]Interventi chirurgici riparativi effettuati:**

Scegliere tutte le corrispondenti:

Laparotomia Laparotomia

Isterectomia totale Isterectomia totale

Isterectomia subtotale Isterectomia subtotale

Altro Altro

**193 [RU17b3]Specificare altro intervento chirurgico**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 18 - Trasfusioni (EM)**

**Trasfusioni**

**194 [TR1]Durata  in ore tra parto e trasfusioni**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**195 [TR2]Unità di sangue intero o emazie concentrate**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**196 [TR3]Unità di plasma**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**197 [TR4]Unità di piastrine**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO NUMERICO* ]

**198 [TR5]Somministrazione di fluidi di replacement EV**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**199 [TR6]Specificare somministrazione di colloidi**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**200 [TR7]Specificare somministrazione di cristalloidi**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 19 - Farmaci emostatici somministrati (EM)**

**Farmaci emostatici somministrati**

**201 [FE1]Farmaci emostatici somministrati**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Fibrinogeno Fibrinogeno

Fattore VII Fattore VII

Acido tranexamico Acido tranexamico

Altri farmaci emostatici Altri farmaci emostatici

**202 [FE2]Specifica altri farmaci emostatici somministrati**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 20 - Management in sala parto (EM)**

**Management in sala parto**

**203 [MP1]Management in sala parto:**

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Fibrinogeno Massaggio uterino

Fattore VII Compressione bimanuale

Acido tranexamico Compressione dell'aorta

**Box 21 - Modalità del trattamento (EM)**

**Modalità del trattamento**

**204 [MTem1]Prostaglandine**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**205 [MTem11]Specificare la tipologia di prostaglandine e la dose**

Scrivere la propria risposta qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

**206 [MTem12]Per le prostaglandine, specificare:**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Numero totale di applicazioni [ *CAMPO TESTO* ]

Dose totale [ *CAMPO NUMERICO* ]

**207 [MTem2]Ossitocici**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**208 [MTem2a]Specificare la tipologia di ossitocici e la dose**

Scrivere la propria risposta qui:

Tipologia [ *CAMPO TESTO* ]

Dosaggio [ *CAMPO NUMERICO* ]

**209 [MTem2b]Per ossitocici, specificare:**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Numero totale di applicazioni [ *CAMPO TESTO* ]

Dose totale [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 21a - Modalità di trattamento (EM)**

**Modalità di trattamento dell'emorragia**

**210 [MTem3]Balloon intrauterino (es: Bakri Balloon)**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**211 [MTem31]Data - Balloon intrauterino**

Inserire una data: [ / / ]

**212 [MTem32]Ora - Balloon intrauterino**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**213 [MTem4]Tamponamento**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**214 [MTem41]Data - Tamponamento**

Inserire una data: [ / / ]

**215 [MTem42]Ora - Tamponamento**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 21b - Modalità del trattamento (EM)**

**Modalità del trattamento**

**216 [MTem5]Suture uterine emostatiche (Es: B-Lynch)**

* Si
* No

**217 [MTem51]Data - Suture uterine emostatiche**

Inserire una data: [ / / ]

**218 [MTem52]Ora - Suture uterine emostatiche**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**219 [MTem6]Altro trattamento**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**220 [MTem61]Altro trattamento: tipologia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**221 [MTem62]Data - Altri trattamenti**

Inserire una data: [ / / ]

**222 [MTem63]Ora - Altri trattamenti**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 22 - Rimozione della placenta (EM)**

**Rimozione della placenta**

**223 [RP1]Rimozione manuale della placenta**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**224 [RP2]Specificare la data della rimozione manuale della placenta**

Inserire una data: [ / / ]

**225 [RP3]Specificare l'orario della rimozione manuale della placenta**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 22a - Rimozione della placenta (EM)**

**Rimozione della placenta**

**226 [RP4]Esplorazione manuale intrauterina**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**227 [RP5]Esame ecografico prima dell'esplorazione**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**228 [RP6]Specificare la data della esplorazione manuale intrauterina**

Inserire una data: [ / / ]

**229 [RP7]Specificare l'orario della esplorazione manuale intrauterina**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box 22b - Rimozione della placenta (EM)**

**Rimozione della placenta**

**230 [RP8]Laparotomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**231 [RP9]Specificare la data della laparotomia**

Inserire una data: [ / / ]

**232 [RP10]Specificare l'orario della laparotomia**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**Box22c -Rimozione della placenta (EM)**

**Rimozione della placenta**

**233 [RP11]Isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**234 [RP12]Specificare la data della isterectomia**

Inserire una data: [ / / ]

**235 [RP13]Specificare l'orario della isterectomia**

Scrivere la/le proprie risposta/e qui:

Ore [ *CAMPO NUMERICO* ]

Minuti [ *CAMPO NUMERICO* ]

**236 [RP14]Specificare il tipo di isterectomia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box22d - Rimozione della placenta (EM)**

**Rimozione della placenta**

**237 [RP15]Altre procedure chirurgiche oltre all'isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**238 [RP16]Specificare le altre procedure chirurgiche oltre all'isterectomia**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 23 - Morbosità materna (IS,PA,RU,EM)**

**Morbosità materna**

**239 [MM1]Ricovero in terapia intensiva**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**240 [MM2]Specificare la data di ammissione in terapia intensiva**

Inserire una data: [ / / ]

**241 [MM3]Specificare la data di dimissione dalla terapia intensiva**

Inserire una data: [ / / ]

**Box 23a - Morbosità materna (IS,PA,RU,EM)**

**Morbosità materna grave**

**242 [MM4]Grave morbosità materna**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**243 [MM5]Specificare la morbosità materna grave (segnare le risposte appropriate)**

Scegliere tutte le corrispondenti:

Stato vegetativo persistente Stato vegetativo persistente

Arresto cardiaco Arresto cardiaco

Incidente cerebrovascolare Incidente cerebrovascolare

Sindrome da stress respiratorio dell'adulto Sindrome da distress respiratorio dell'adulto

CID CID

Edema polmonare Edema polmonare

Sindrome di Mendelson Sindrome di Mendelson

Insufficienza renale Insufficienza renale

Evento trombotico Evento trombotico

Setticemia Setticemia

Ventilazione assistita Ventilazione assistita

Altra grave morbosità Altra grave morbosità

**244 [MM6]Specificare altra grave morbosità materna**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 23b - Morbosità materna (IS,PA,RU,EM)**

**Morbosità materna**

**245 [MM7]Morte materna**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**246 [MM8]Specificare la causa della morte materna**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 23c - Richiesta esame istologico (PA)**

**Morbosità materna**

**247 [MM9]Richiesta esame istologico**

Scegli solo una delle seguenti:

* Si
* No

**248 [MM9spec]Trascrivere il referto se disponibile**

Scrivere la propria risposta qui:

**Box 24 - Altre informazioni (IS,PA,RU,EM)**

**Altre informazioni**

**249 [info]Altre informazioni importanti**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]

**Box 25 - Nome della persona che ha inserito i dati (IS,PA,RU,EM)**

**250 [AvvisoIS]**

**ERRORE:**

**il caso non soddisfa i criteri di inclusione stabiliti per "Isterectomia peripartum":**

* **paziente sottoposta a isterectomia peripartum entro 7 giorni dal parto e che non ha avuto rottura d'utero o placentazione anomala invasiva o emorragia grave del post partum.**

**251 [AvvisoPA]**

**ERRORE:**

**il caso non soddisfa i criteri di inclusione stabiliti per "Placentazione anomala invasiva":**

* **paziente che, a seguito di parto vaginale, ha subito una rimozione manuale della placenta difficile/incompleta ed è stata sottoposta a trasfusione di sangue entro 48 ore oppure paziente sottoposta a taglio cesareo con rimozione della placenta valutata clinicamente come accreta o percreta.**

**252 [AvvisoRU]**

**ERRORE:**

**il caso non soddisfa i criteri di inclusione stabiliti per "Rottura d'utero":**

* **paziente con emorragia da rottura d'utero completa (incluso miometro, peritoneo e membrane fetali) oppure incompleta (incluso miometro e pritoneo ma con membrane fetali integre oppure incluso miometro ma con peritoneo e membrane fetali integre).**

**253 [AvvisoEM]**

**ERRORE:**

**il caso non soddisfa i criteri di inclusione stabiliti per "Emorragia grave del post partum":**

* **paziente con emorragia insorta entro 7 giorni dal parto che ha ricevuto 4 o più unità di sangue intero o emazie concentrate e che non ha avuto rottura d'utero o placentazione anomala invasiva.**

**254 [nome]Nome della persona che ha inserito i dati**

Scrivere la propria risposta qui:

[ *CAMPO TESTO* ]