**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

 Placentazione anomala invasiva

 Rottura d'utero

 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

 Miomectomia per via laparotomica

 Miomectomia per via laparoscopica

 Resettoscopia

 Metroplastica

 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:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 e più

**37 [r1010q3]Numero di RCU**

Scegli solo una delle seguenti:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 e più

**38 [AB2]Numero di IVG**

Scegli solo una delle seguenti:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 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

 Ricovero per iperemesi

 Ricovero per disidratazione

 Polidramnios

 Episodio trombotico

 Sindrome da iperstimolazione ovarica

 Infezione grave (es. pielonefrite)

 Ipertensione essenziale

 Ipertensione indotta dalla gravidanza

 Preeclampsia (ipertensione e proteinuria)

 Emorragia ante partum significativa (che ha comportato un ricovero)

 Diabete pre-gestazionale

 Diabete gestazionale

 Distacco di placenta

 Problemi cardiaci

 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:

 Dolore addominale

 Contrazioni uterine alterate

 Ematuria

 Sanguinamento vaginale

 Anomalie del BCF

 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 operativo

 Taglio cesareo d'emergenza/urgenza

 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

 Taglio cesareo

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

Scegli solo una delle seguenti:

 Spontaneo

 Operativo

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

Scegli solo una delle seguenti:

 Programmato

 Emergenza/urgenza

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

Scegli solo una delle seguenti:

 Parto vaginale

 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:

 **Massaggio uterino**

 **Trattamento attivo della terza fase**

 **Ossitocina**

 **Metilergometrina**

 **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:

 **Conservativo (lasciando la placenta in utero)**

 **Metotrexate**

 **Ossitocina**

 **Prostaglandine**

 **Suture uterine emostatiche (Es. B-Lynch)**

 **Tamponamento**

 **Radiologia interventista**

 **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:

 **Rottura uterina asintomatica/reperto incidentale**

 **Dolore addominale**

 **Contrazioni uterine alterate**

 **Ematuria**

 **Sanguinamento vaginale**

 **Anomalie del BCF**

 **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:

 **Rottura diagnosticata/sospettata prima della laparotomia**

 **Rottura di precedente cicatrice**

 **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:

 **Parti fetali fuori dall'utero**

 **Parti di placenta fuori dall'utero**

 **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* ]

Dato 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* ]

Dato 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* ]

Dato 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:

** Atonia**

** Fibromi**

** Lacerazioni**

** Placenta previa**

** 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)

Fibromi

Ematoma paravaginale

Ritenzione di tessuto placentare

Lacerazione

Altro

**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:

 Cervicale

 Vaginale

 Perineale

 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

 Patologia benigna dell'utero (Es: fibromatosi)

 Patologia neoplastica

 Sepsi

 Altro

**163 [IS4]Tipo di isterectomia**

Scegli solo una delle seguenti:

 Totale

 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

 Fattore VII

 Acido tranexamico

 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

 Isterectomia totale

 Isterectomia subtotale

 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

 Fattore VII

 Acido tranexamico

 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:

 Massaggio uterino

 Compressione bimanuale

 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

 Arresto cardiaco

 Incidente cerebrovascolare

 Sindrome da distress respiratorio dell'adulto

 CID

 Edema polmonare

 Sindrome di Mendelson

 Insufficienza renale

 Evento trombotico

 Setticemia

 Ventilazione assistita

 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* ]