

<b>Etichetta del paziente</b>	<b>CHECK LIST SALA PARTO</b>	
	Cognome _____ Nome _____	
	Data di nascita _____ Procedura eseguita _____	
<b>CONTROLLI PRE PARTO</b> Data ingresso __/__/____ Ore ____	<b>CONTROLLI INTRAPARTO</b> Ore __:__	<b>CONTROLLI POST PARTO</b> Ore __:__
<b>Accoglienza paziente:</b> <input type="checkbox"/> Verifica identità <input type="checkbox"/> Controllo consensi (parto analgesia, donazione CB) <input type="checkbox"/> Compilazione modulistica <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali <b>Posizionamento CVP</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <b>Posizionamento tracciato CTG</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile	<input type="checkbox"/> Verificato la presenza dei presidi necessari all'assistenza al parto <input type="checkbox"/> Verificato la presenza dei presidi necessari all'assistenza del neonato <b>Presenti eventuali criticità:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si allertato ginecologo <input type="checkbox"/> Si allertato anestesista <input type="checkbox"/> Si allertato neonatologo <b>PARTO VAGINALE ore __:__</b>	<b>Dopo 30 minuti Ore __:__</b> <input type="checkbox"/> <b>Raccomandazioni alla madre</b> avvertire un operatore se: sanguinamento massivo, severo dolore, mal di testa, disturbi visivi, difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/> <b>Valutazione parametri vitali</b>
<b>Partogramma</b> <input type="checkbox"/> No inizierà quando $\geq 4\text{cm}$ <input type="checkbox"/> Sì Sono state identificate allergie <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <b>EMOGAS</b> <b>SECONDAMENTO</b> Perdite ematiche anomale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si richiesto assistenza da parte del ginecologo	<b>Dopo 2 ore Madre Ore __:__</b> <b>Verificato:</b> <input type="checkbox"/> Perdite ematiche <input type="checkbox"/> Tono uterino <b>Diuresi:</b> <input type="checkbox"/> Minzione spontanea <input type="checkbox"/> Catetere estemporaneo <b>Episiotomia:</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <b>Lacerazioni :</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>E' necessario iniziare:</b> Antibiotici? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì data __/__/____ ore __:__ Solfato di magnesio e trattamento antipertensivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, solfato di magnesio somministrato <input type="checkbox"/> Sì, farmaci antipertensivi somministrati	<b>Somministrare terapia antibiotica?</b> <input type="checkbox"/> No non necessaria <input type="checkbox"/> Sì ore __:__ <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	<b>Dopo 2 ore Neonato Ore __:__</b> <b>Verificato:</b> <input type="checkbox"/> Parametri vitali <input type="checkbox"/> Osservazione <input type="checkbox"/> <b>Contrassegni identità Madre /neonato papà</b> <b>Consegna attestato di nascita</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <b>Accesso venoso</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <b>Catetere peridurale</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Richiesto parto analgesia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Pregresse atonie uterine <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> non applicabile	<b>Verificato</b> <input type="checkbox"/> Il <b>conteggio finale</b> di garze, aghi e altro strumentario chirurgico <input type="checkbox"/> Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici <b>L'esame istologico:</b> <input type="checkbox"/> Non eseguito <input type="checkbox"/> Eseguito con relativo contenitore e richiesta correttamente etichettato	<b>Chiamato UO di degenza Ore __:__</b>
Compilata da _____	Compilata da _____	Compilata da _____