

CHECK-LIST PER IDONEITÀ PARTO ANALGESIA

Io sottoscritta (cognome e nome)
 nata il/...../..... a con data presunta del parto nel giorno
 sono consapevole che **IN CASO DI PRESENZA DI UNO O PIU' DEI SEGUENTI
 FATTORI DI RISCHIO, SARÀ NECESSARIA UNA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA PRIMA DELL'INGRESSO
 IN SALA PARTO.**

FATTORE DI RISCHIO	Sì	No	Note	Conferma ostetrica
Interventi/problemi neurologici (tranne Sclerosi Multipla o Epilessia)				
Precedente chirurgia della colonna vertebrale				
Trattamento in corso con Eparina sottocute (es. Clexane o Inhixa)				
Episodi di sanguinamento importante (in trattamento ospedaliero)				
Disturbi della coagulazione (che abbiano richiesto valutazione ematologica)				
Gravidanza gemellare				
Allergia agli Anestetici locali				
Complicanze in corso di anestesie locali / generali				
Altro				

All'apertura della cartella clinica l' ostetrica confermerà la corretta compilazione della scheda e se presente un solo check attiverà il percorso per la valutazione anestesiologica. Verranno inoltre effettuati SEMPRE gli esami della coagulazione per chi voglia procedere nel percorso della Parto Analgesia.

Data/...../..... Firma del paziente

Firma Ostetrica