



**MODULO CHECK-LIST PER  
IDONEITA' PARTO ANALGESIA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Data presunta del parto \_\_\_\_\_

Data della conferenza (1° Giovedì del mese) \_\_\_\_\_

IN CASO DI PRESENZA DI UNO O PIU' DEI SEGUENTI FATTORI DI RISCHIO, E' **NECESSARIA** UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PRIMA DELL'INGRESSO IN SALA PARTO.

FATTORE DI RISCHIO	SI	NO	NOTE	Conferma ostetrica
Spina bifida o altro problema neurochirurgico				
Epilessia				
Sclerosi multipla				
Precedente chirurgia della colonna vertebrale				
Sindrome ansiosa e/o attacchi di panico in terapia				
Asma bronchiale o altra malattia polmonare				
Ipertensione arteriosa in terapia				
Aritmie o altri problemi cardiaci (specificare)				
Comparsa di petecchie (puntini rossi) e/o ematomi (lividi) senza motivo apparente				
trattamento con eparina sottocute (es clexane)				
Episodi di sanguinamento importanti che abbiano richiesto trattamento ospedaliero				
Disturbi della coagulazione che hanno richiesto una valutazione ematologica				
Obesità (valutazione a carico dell'ostetrica se BMI pregravidico $\geq 35$ )				
Gravidanza gemellare				
Allergie a farmaci o al lattice				
Allergia ad anestetici locali				
Complicanze in corso di anestesi locali/generali				

All'apertura della cartella clinica la ostetrica confermerà la corretta compilazione della scheda e se presente un solo check attiverà il percorso per la visita anestesiologica.

Verranno inoltre effettuati **SEMPRE** gli esami della coagulazione per chi voglia procedere nel percorso della Parto Analgesia.

Firma paziente ..... Ostetrica ..... data .....