



REGIONE PIEMONTE
A.O.U. "Maggiore della Carità"
Corso Mazzini 18 – 28100 Novara
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
Direttore: *Dott.ssa Federica Ferrero*
Tel. 0321-3733463 Fax 0321-3733947
SERVIZIO TRASPORTO NEONATALE: Tel 0321-3733100



Scheda STEN – Ospedale richiedente

Ospedale di: _____; richiesta STEN ____/____/____ ore _____

Indicazioni al trasporto: _____

Dati anagrafici del neonato:

Cognome e nome del paziente _____

Data di nascita: ____/____/____ ora: _____ Età gestazionale: _____;

Peso: gr _____; Lunghezza: cm _____; Circ. cranica: cm _____; Sesso: M - F

Dati del neonato alla chiamata:

Ph _____; PaO₂ _____; Sat.O₂ _____;

Dati anagrafici della madre e decorso della gravidanza

Cognome e nome della madre: _____

Indirizzo: _____ tel. _____

PARA _____; Emogruppo madre: _____

Patologie in gravidanza: _____

Farmaci in gravidanza: _____

Minaccia parto prematuro: No - SI (w _____)

Profilassi con betametasona: No - SI (n° dosi _____; ultima dose ____/____/____ ore _____)

Esami in gravidanza: HBsAg (_____) _____; HCV (_____) _____; HIV (_____) _____; Toxo (_____) _____;

Rubeo (_____) _____; Lue (_____) _____; CMV (_____) _____; HSV (_____) _____; altro _____

Tampone (vag. / ret.) per SGB: pos - neg - non eseguito;

PROM > 18 ore: NO – SI (_____ h); Febbre materna: NO – SI;

Profilassi antibiotica: NO - SI (_____ ; n° dosi _____; ultima dose ____/____/____ ore _____)

Altro/note _____

Parto

Data ricovero madre ____/____/____ ora _____; motivo ricovero _____

Tipo di parto: eutocico ventosa TC elezione TC emergenza

Indicazioni a ventosa/TC: _____

Rottura membrane: ____/____/____ ora _____; liquido: chiaro – tinto (_____) – meconio - sangue

Gravidanza gemellare: NO - SI

note: _____

Condizioni alla nascita e assistenza in sala parto

Rianimazione in sala parto: NO - SI **APGAR:** ____ 1°; ____ 5°; ____ 10° minuto

O2 terapia: NO - SI (flusso libero l/min ____; FiO2 ____)

Vent. Maschera: NO - SI (neopuff – vaevieni – ambu; l/min ____; FiO2 ____); **MCE:** NO - SI;

intubazione: NO - SI (OT / NT - diametro TET ____ _ reperi cm. _____)

Accesso vascolare: NO - SI: COV(Fr ____; cm ____); COA (Fr ____; cm ____); CVP;

Note: _____

Farmaci: _____

Infusioni _____

EGA (da funicolo) _____; **inizio respiro valido**(minuti): _____;

Stabilizzazione e quadro clinico prima dell'arrivo dello STEN

Esame obiettivo – racconto clinico: _____

Temperatura:(R/Asc./Aur.) ____ **FC:** ____ **FR:** ____ **Sat O2 :** ____ **PA:** ____/____(____)

Intubazione: NO - SI (OT / NT; diametro TET ____; reperi cm. _____)

Assistenza respiratoria: O2 (flusso libero/naso cannule; l/min ____; FiO2 ____); CPAP; Vent. Manuale; VM;

Parametri ventilatori: FiO2: ____; PIP ____; PEEP ____; FR mecc. ____; Ti ____;

SNG / SOG: NO – SI (diametro ____ reperi cm. _____)

Altro: _____

EGA: pH ____ pCO2 ____ pO2 ____ HCO3: ____ sBE: ____; glicemia(mg/dl) _____

Accesso vascolare: NO - SI: COV (Fr ____; cm ____); COA (Fr ____; cm ____); CVP ____; altro _____

Farmaci: _____

Infusioni: _____

Altre procedure: _____

Accertamenti eseguiti: _____

Note (evoluzione quadro clinico, EGA, ecc.) _____

Profilassi oculare: SI - NO; **Vitamina K:** SI (i.m. / os) - NO; **Emissione meconio:** SI – NO; **diuresi** SI – NO

Consenso informato: SI - NO; **Emogrupo neonato** ____; **Coombs diretto** ____;

Allegati: relazione clinica; referti esami laboratorio; RX ____; ecografie ____;

campioni sangue materno / funicolo; altro _____;

Firma medico: _____