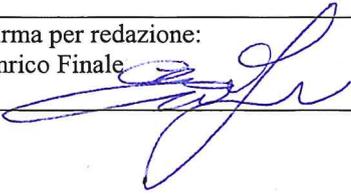
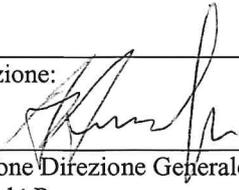
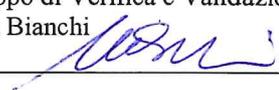
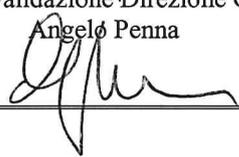




Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura Prematura Pretermine delle Membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 1 di 12	
Firma per redazione: Enrico Finale 	Firma per approvazione: Alberto Arnulfo 	Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Margherita Bianchi 	
Firma per validazione Direzione Generale Angelo Penna 			

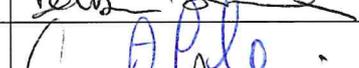
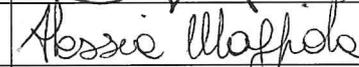
Rottura Prematura Pretermine delle Membrane (p-PROM)

INDICE

GRUPPO DI LAVORO	1
LEGENDA	2
SCOPO	3
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
RESPONSABILITÀ	3
MODALITÀ OPERATIVE	4
Valutazione presso ambulatorio di accettazione in reparto	5
Criteri di ricovero e di trasferimento	6
Esami strumentali e di laboratorio	7
p-PROM con EG ≤ 34+6 SETTIMANE	7
p-PROM con EG ≥ 35 SETTIMANE	7
Terapia	8
p-PROM con EG ≤ 34+6 SETTIMANE	8
p-PROM con EG ≥ 35 SETTIMANE	9
Sorveglianza clinica ed interventi assistenziali	10
INDICATORI	10
ALLEGATI	11
BIBLIOGRAFIA	11

GRUPPO DI LAVORO

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)		Emesso il: 06/10/2014	
		Pagina 2 di 12	

NOME COGNOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Sara Notarantonio	Ostetrica SOC Ostetricia Ginecologia	
Andrea Capuano	Dirigente Medico SOC Ostetricia Ginecologia	
Alberto Arnulfo	Direttore SOC Ostetricia Ginecologia	
Nino Cappuccia	Direttore SOC Laboratorio Analisi	
Franca Laudando	Coordinatrice SOC Ostetricia e Ginecologia	
Enrico Finale	Ostetrico SOC Ostetricia e Ginecologia	
Elena Mirulla	Ostetrica SOC Ostetricia Ginecologia	
Enrica Marchetti	Coordinatrice SOC Ostetricia e Ginecologia	
Simona Dalbuoni	Infermiera SOC Ostetricia e Ginecologia	
Andrea Guala	Direttore Dipartimento materno-Infantile	
Laura Irico	Coordinatrice SOC Medicina e Chirurgia di urgenza	
Vincenzo Mondino	Direttore SOS Malattie Infettive e Tropicali	
Paolo Gramatica	Direttore SOC Medicina e Chirurgia di urgenza	
Alessia Maggiola	Coordinatrice SOC Medicina e Chirurgia di urgenza	
Francesca Vadi	Coordinatrice Punto Nascita e Country Domodossola	

LEGENDA

ACU	Attività contrattile uterina
AFI	Indice di liquido amniotico
BCF	Battito cardiaco fetale
BMI	Indice di massa corporea
CTG	Cardiotocografia
EG	Epoca gestazionale
FC	Frequenza cardiaca
FR	Frequenza respiratoria
LA	Liquido amniotico

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 3 di 12	

FR	Frequenza respiratoria
LA	Liquido amniotico
MPP	Minaccia di parto pretermine
PA	Pressione arteriosa
PCR	Proteina C reattiva
PPROM	Rottura prematura pretermine delle membrane
PPT	Parto pretermine
PROM	Rottura prematura delle membrane
RDS	Sindrome da distress respiratorio
SBEB	Streptococco Beta Emolitico Gruppo B
SpO2	Saturazione O2 %
T	Temperatura
TA	Trans-addominale
TBV	Tampone batteriologico vaginale
TBR	Tampone batteriologico rettale
TG	Tocografia
TIN	Terapia intensiva neonatale
TV	Trans-vaginale

SCOPO

Lo scopo di questa procedura è offrire a tutti gli operatori dell'equipe ostetrico-ginecologica un documento operativo per la diagnosi e gestione sistematica delle pazienti con rottura prematura pretermine delle membrane amniocoriali (P-PROM).

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alle gravide di epoca gestazionale inferiore alle 37⁺⁰ settimane nelle seguenti fasi del percorso nascita:

- a. Accettazione con Triage presso la SOC MCU di Verbania e Domodossola
- b. Accettazione con Accesso Diretto di pazienti gravide diretta presso la SOC Ostetricia e Ginecologia
- c. Assistenza nel reparto di ostetricia e in sala parto

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 4 di 12	

RESPONSABILITÀ

La responsabilità di applicazione della Procedura è dell'Ostetrica e dei Medici Specialisti per quanto di loro competenza.

La responsabilità di verifica e di applicazione della procedura è dei Direttori e delle Coordinatrici delle SOC Ostetricia Ginecologia, SOC MCU e del Dipartimento Materno Infantile

Matrice delle responsabilità:

LEGENDA: R RESPONSABILE, C COINVOLTO, I INFORMATO, NC NON COINVOLTO

AZIONE	MEDICO OST	OSTETRICA/O	INFERMIERA MCU	INFERMIERA OST	OSS
Accettazione in MCU	NC	I	R	I	NC
Accettazione utente inviata da MCU	C	R	NC	C	NC
Accettazione utente con accesso diretto	C	R	NC	C	NC
Rilevazione BCF	R	C	NC	I	NC
Valutazione parametri biofisici del feto attraverso ecografia TA e cervicometria	R	C	NC	C	NC
Trasferimento II livello	R	C	NC	C	C
Trasferimento a Verbania	R	C	NC	NC	NC
Valutazione presenza/assenza di scolo di LA	R	C	NC	C	NC
Valutazione clinica ACU	C	R	NC	I	NC
Rilevazione parametri vitali	C	R	NC	C	C
Valutazione benessere fetale mediante CTG	C	R	NC	NC	NC
Esecuzione esami di laboratorio	C	R	NC	R	C
Prescrizione terapia antibiotica	R	C	NC	I	NC
Somministrazione terapia antibiotica	C	R	NC	C	NC
Richiesta consulenza infettivologica	R	I	NC	I	NC
Induzione del travaglio previo consenso	R	C	NC	I	NC
Sorveglianza clinica	C	R	NC	C	C
Esecuzione CTG	C	R	NC	I	NC

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 5 di 12	

MODALITÀ OPERATIVE

Definizione di rottura prematura delle membrane e di p-PROM

La rottura prematura delle membrane (PROM) consiste nella rottura delle membrane fetali prima dell'inizio del travaglio o in assenza di regolari contrazioni. Quando la rottura delle membrane avviene **prima delle 37 settimane di gestazione**, si parla di **rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)**.

Valutazione presso ambulatorio di accettazione in reparto

1. 1a. Accettazione utente inviata da DEA

Azione: accogliere e accompagnare l'utente in sala accettazione

Responsabile: Ostetrica di Accettazione

1b. Accettazione utente con accesso diretto

Azione: accogliere e accompagnare l'utente in sala accettazione. Registrare anagrafica dell'utente su programma PS.

Responsabile: Ostetrica di Accettazione o Medico di Accettazione o Guardia

2. Rilevazione BCF con ultrasuoni (doptone o sonda ecografica)

Responsabile: Ostetrica di Accettazione o Medico di Accettazione o Guardia

3. Valutazione presenza/assenza scolo di LA

Modalità di valutazione: ispezione e valutazione dello scolo e delle caratteristiche di LA. In caso di dubbio effettuare PROM test¹.

N.B. il PROM test deve essere eseguito prima dell'esplorazione vaginale e in assenza di perdite ematiche.

Il risultato del test è falsato (falso positivo) se effettuato successivamente alla visita vaginale o in presenza di perdite ematiche.

Responsabile: Ostetrica di Accettazione o Medico di Accettazione o Guardia

4. Valutazione clinica ACU

Criterio di valutazione: si intende come attività contrattile regolare a rischio di MPP la presenza di più di 2 contrazioni in 10 minuti rilevabili clinicamente.

Responsabile: Ostetrica di Accettazione o Medico di Accettazione o Guardia

¹ Si raccoglie in modo sterile la secrezione vaginale su un tampone in poliestere presente nel kit Amniosure® già in uso presso questa Struttura, lasciandolo in vagina per 1 minuto. Successivamente si estrae il tampone, che viene inserito nella provetta dedicata con il reagente e fatto ruotare al suo interno per 1 minuto. Estrarre dalla soluzione il tampone, inserire la striscia reattiva e attendere per almeno 5 minuti. Se compaiono 2 linee il Prom test risulta positivo, se una sola negativo. Istruzioni presenti nel kit.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 6 di 12	

5. Rilevazione FC, PA, T, FR, SpO2 materne

Responsabile: Ostetrica di Accettazione

6. Valutazione cervice

Responsabile: Medico di Accettazione o Guardia

Modalità di valutazione:

- se EG \geq 35 sett: visita ostetrica, eventuale esame speculare o cervicometria
- se EG < 34+6 sett: cervicometria

NB: in caso di p-PROM utilizzare guanti sterili sia per ecografia TV che per visita vaginale senza gel

7. Valutazione parametri biofisici del feto attraverso ecografia TA

- BCF
- Misurazione LA residuo
- Valutazione presentazione
- Se p-PROM biometria fetale (circonferenza cefalica, circonferenza addominale e lunghezza femorale per stimare il peso).
- Responsabile: Medico di Accettazione o Guardia.

CTG a partire da 27⁺⁰ settimane di gestazione o prima se possibile.

Per epoca compresa tra 23+0 e 26+6 almeno esecuzione della tocografia.

NB: per il presidio di Domodossola, nel caso in cui il medico ginecologo sia previsto solo in reperibilità, dovrà essere chiamato tramite centralino dall'Ostetrica del reparto e in caso di condizioni valutate di emergenza dall'Ostetrica, dovrà essere chiamato il Medico Anestesista presente di guardia in rianimazione

Criteri di ricovero e di trasferimento

La rottura delle membrane comporta il ricovero, in qualunque epoca gestazionale si verifichi:

- Scolo di LA obiettivabile all'esame ispettivo

Oppure, nei casi dubbi:

- PROM test positivo

A partire da EG vitale per il feto:

Per il reparto di Ostetricia e Ginecologia di Verbania:

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 7 di 12	

Se EG < 34 dovrà essere valutato il trasferimento in utero (STAM) presso l'Hub di riferimento AOU Maggiore di Novara o, se negata la disponibilità, altra struttura di II livello, secondo procedura operativa n. PO 17-OGI 01 "STAM".

Per il Punto nascita di Domodossola:

Se EG compresa tra 34 e 36 dovrà essere valutato il trasferimento in utero STAM presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia di Verbania, secondo procedura operativa n. PO 17-OGI 01 "STAM".

Se EG < 34 dovrà essere valutato il trasferimento in utero (STAM) presso l'Hub di riferimento AOU Maggiore di Novara o, se negata la disponibilità, altra struttura di II livello.

Esami strumentali e di laboratorio

L'iter diagnostico-terapeutico è diverso a seconda dell'epoca gestazionale.

p-PROM con EG ≤ 34+6 SETTIMANE

- Tra le 8.00 e le 15.30 dei giorni feriali e il sabato → PROFILO GRAVIDANZA PATOLOGICA (esclusa proteinuria):**
(Emocromo, PCR, GOT, GPT, GGT, bilirubina, LDH, creatinina, acido urico, glicemia, PT, PTT, AT III, fibrinogeno, esame urine e urinocoltura, tampone vaginale completo + ricerca streptococco β emolitico, tampone cervicale per ureaplasma, micoplasma e trichomonas, tampone rettale ricerca streptococco β emolitico, gruppo sanguigno, Test di Coombs Indiretto, sierologia).
- Tra le ore 15.30 e le 8.00 e nei giorni festivi → PROFILO GRAVIDANZA PATOLOGICA IN URGENZA:**
(Emocromo, PCR, GOT, GPT, GGT, bilirubina, LDH, creatinina, acido urico, glicemia, PT, PTT, AT III, fibrinogeno, es urine, emogruppo, test di Coombs indiretto, sierologia) + Tampone Batteriologico Vaginale Completo e Urinocoltura da eseguire e conservare in Reparto per essere inviati il primo giorno utile.

In caso di urgenza o particolari condizioni cliniche il medico di Reparto contatterà direttamente il medico reperibile del Laboratorio Analisi per eventualmente effettuare prelievi e processazione colturali immediati.

3. DURANTE IL RICOVERO

- Emocromo e PCR tutti i giorni se presenti anomalie degli indici di flogosi e sino alla normalizzazione degli stessi
- Emocromo e PCR a giorni alterni se indici di flogosi negativi
- Ulteriori esami in base al quadro clinico ed al sospetto diagnostico
- Ecografia due/tre volte la settimana per valutazione LA residuo
-

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 8 di 12	

p-PROM con EG ≥ 35 SETTIMANE

1. Prelievo per PROFILO GRAVIDANZA PATOLOGICA (esclusa proteinuria)
2. DURANTE IL RICOVERO
 - Emocromo e PCR tutti i giorni sino al parto.
 - Ulteriori esami in base al quadro clinico ed al sospetto diagnostico.

Terapia

p-PROM con EG ≤ 34+6 SETTIMANE

1. Induzione maturazione polmonare fetale

EG tra 24⁺⁰ settimane e 34⁺⁶ settimane

Betametasone 12 mg i.m.: 2 dosi a distanza di 24 ore

Ripetibile solo se il primo ciclo è stato eseguito ad EG < a 26+0 settimane.

2. Terapia antibiotica

pPROM < 35 settimane di gestazione		
PIPERACILLINA – TAZOBACTAM 4,5 g	3 volte die	Endovena
AZITROMICINA 500 mg	1 volta die	Os
DA ESEGUIRE PER 7 GIORNI		

Nei soggetti allergici alle penicilline: PER I PRIMI 5 GIORNI DI TERAPIA		
GENTAMICINA 3 mg/kg	1 volta die	Endovena
CLINDAMICINA 600 mg	4 volte die	Endovena
AZITROMICINA 500 mg	1 volta die	Os
PER I SUCCESSIVI 2 GIORNI		
CLINDAMICINA 600 mg	4 volte die	Endovena
AZITROMICINA 500 mg	1 volta die	Os

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)		Emesso il: 06/10/2014 Pagina 9 di 12	

3. Tocolisi

Da effettuare per 48 ore nei casi in cui viene indotta la maturazione polmonare del feto (Per schema terapeutico vedi protocollo Minaccia Parto Pre-termine). In tutti gli altri casi **NON E' RACCOMANDATA** in quanto non migliora in modo significativo l'esito neonatale.

4. Bed-rest e idratazione

Non esistono evidenze scientifiche che tali interventi migliorino la prognosi.

Se predisposto bed rest valutare eventuale profilassi antitrombotica in base ai fattori di rischio (Linee Guida *Royal College*)

5. Espletamento del parto

Induzione del travaglio dopo le 34⁺⁰ settimane di gestazione.

Induzione del travaglio o immediato espletamento del parto se:

- Segni, sintomi e dati di laboratorio deponenti per corioamniosite
- Condizioni materno - fetali che controindicano la prosecuzione della gravidanza

Indici maggiori:	Indici minori:
1. Temperatura materna $\geq 38.5^{\circ} C$ 2. Globuli bianchi materni > 16.000 o in ascesa oppure > 14.000 con neutrofilia relativa 3. PCR elevata (> 5 mg/dL)	1. Fibrinogeno > 800 2. Piastrinosi > 400 o in marcata ascesa 3. Assenza di altri foci di infezione o di altre patologie che potrebbero giustificare il quadro laboratoristico

Presenza dei tre indici maggiori → **infezione presente**

Presenza di due indici maggiori e di due indici minori → **infezione probabile**

Anamnesi positiva per rischio infettivo ma assenza dei tre indici maggiori → **infezione poco probabile**

Assenza di indici e anamnesi negativa per rischio infettivo → **possibile escludere infezione**

p-PROM con EG ≥ 35 SETTIMANE

1. Terapia antibiotica

Poiché durante il travaglio attivo tra le categorie di pazienti che devono sottoporsi a profilassi antibiotica per la prevenzione della sepsi neonatale da SBEB sono indicate anche le PROM con epoca gestazionale < 37 settimane, indipendentemente dall'esito del TBV/TVR somministrare la terapia antibiotica come di seguito:

pPROM > 35 settimane di gestazione		
CEFAZOLINA 2 gr + AZITROMICINA 500 mg	Ogni 8 ore sino al parto 2 cp monodose	Endovena Os
Se pazienti allergiche alle penicilline CLINDAMICINA 600 mg* + AZITROMICINA 500 mg	Ogni 6 ore sino al parto 2 cp monodose	Endovena Os

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 10 di 12	

*In caso di pazienti allergiche alle penicilline con streptococco agalactiae resistente alla clindamicina, richiedere consulenza infettivologica ed avviare il seguente schema antibiotico
- Vancomicina 1 gr in 250 cc fisiologica ev a 250 ml/h come dose start, poi
- 1 gr ogni 12 h sino al parto

2. Induzione del travaglio

1. Se TBV/TVR negativi e parametri clinici e laboratoristici non indicativi per corionamniosite, attendere 24 ore dalla PROM poi proporre, acquisire consenso ed effettuare induzione secondo la procedura PO 17-OG 17.

In caso di parametri clinici o laboratoristici indicativi di corionamniosite, valutare per induzione immediata, se clinicamente possibile

2. Se:

- **TBV/TVR positivi per SBEB o non noti,**
- **precedente neonato con sepsi da SBEB (anche se tampone preparto è negativo)**
- **un singolo riscontro di SBEB nell'urinocoltura in gravidanza**
- **tampone positivo per SBEB in qualsiasi momento della gravidanza (anche se il tampone preparto è negativo)**
- **e parametri clinici e laboratoristici non indicativi per corionamniosite,**

attendere 6 ore dalla PROM poi proporre, acquisire consenso informato ed effettuare induzione secondo la procedura PO 17-OG 17.

In caso di parametri clinici o laboratoristici indicativi di corionamniosite, valutare per induzione immediata, se clinicamente possibile

Sorveglianza clinica ed interventi assistenziali

(Vedi scheda clinica allegato 1)

- **Temperatura** ogni 8 ore se < a 38°C.
Temperatura ogni 4 ore se ≥ a 38°C.
- **FC materna** 2 volte/die
- **Sat O2** 2 volte/die
- **FR** 2 volte/die
- **PA** 2 volta/die
- Valutazione clinica **ACU**, **perdite vaginali** atipiche e valutazione **BCF** e **MAF** ogni 8 ore
- **Cardiotocografia**
2 volte/die, da ripetersi in presenza di ACU, perdite vaginali atipiche, BCF anomalo all'ascoltazione o scarsa percezione MAF da parte della madre.
In corso di induzione eseguire sorveglianza come previsto dalla procedura PO 17-OG 17

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 11 di 12	

INDICATORI

1. numero di gravide **EG < 34** che sono trasferite presso l'Hub di riferimento secondo procedura aziendale STAM / Numero di gravide a cui viene diagnosticata una pPROM **con EG < 34**
 - Standard 100%

ALLEGATI

- ALL 01 di PO 17-OGI 11 Rilevazione parametri pPROM

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG. Premature rupture of membranes. *Practice Bulletin* No. 80. 2007
2. RCOG. Preterm prelabour rupture of membranes. Green-top Guideline No. 44. 2010.
3. RCOG. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality. Green-top Guideline No. 7. 2010.
4. Kenyon S e coll. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003.
5. Mercer B. et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 181:1216-1221).
6. Sosa C. et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004.
7. Stan C. et al. Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002.
8. Goldenberg R.L. The management of preterm labor. *ACOG*. 2002; 100: 1020-1037.
9. ACOG Practice Bulletin No. 120. Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol*. 2011; 1472.
10. SOCG. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *JOGC*. 2009.
11. Grivell R.M. et al. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane*. 2010.
12. RCOG query bank "Oligohydramnios and PPRM" 2013
13. Women & Newborn Health Service - Western Australia "Prelabour Rupture of the Membranes at Term" 2011
14. Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N, Boucher M, Castillo E, Cormier B, Gruslin A, Money DM, Murphy K, Ogilvie G, Paquet C, Steenbeek A, Wong T, Gagnon R, Hudon L, Basso M, Bos H, Delisle MF, Farine D, Grabowska K, Menticoglou S, Mundle WR, Murphy-Kaulbeck LC, Ouellet A, Pressey T, Roggensack A, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009 Sep;31(9):863-7
15. RCOG Guideline No. 36 November 2003 "Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease"
16. Gülmezoglu AM. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term: RHL commentary (last revised: 8 June 2009). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

Struttura: SOC Ostetricia e Ginecologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 17-OGI 11	
Redatta da: Ostetrico	Approvata da: Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	Revisione: 01	22/10/2019
Titolo documento: Rottura prematura pretermine delle membrane (p-PROM)	Emesso il: 06/10/2014	Pagina 12 di 12	

17. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal Group B Streptococcus in Pregnancy: screening and management. College Statement C-Obs 19 1st Endorsed: July 2003 Current: November 2012 Review: July 2015
18. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. No. 298, October 2013
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2012 Jul. 13 p. (Green-top guideline; no. 36).
20. Preterm labour and birth. NICE guideline [NG25] Published: 20 November 2015
21. RCOG. Prevention of early-onset neonatal Group B streptococcal disease. BJOG 2017; No. 36; 124: e280-e305.
22. Linee Guida SIGO, AOGOI, AGUI. Induzione al travaglio di parto. 2016

RILEVAZIONE ALL01 di PO 17-OGI 11
PARAMETRI pPROM

Etichetta identificativa

DATA	ORA																	
PA																		
TA																		
FC																		
SpO2																		
FR																		
LA																		
BCF																		
CTG																		
DATA	ORA																	
PA																		
TA																		
FC																		
SpO2																		
FR																		
LA																		
BCF																		
CTG																		

Nomenclatura liquido amniotico (LA): C= chiaro E=ematico T=tinto // Nomenclatura CTG: T1= Tipo 1 T2= Tipo 2 T3= Tipo 3

Nomenclatura BCF: B= bradicardico T=tachicardico R= regolare A=anomalo (rilevazione di decelerazione)

Temperatura - ogni 8 ore se temperatura <38°C, se superiore ogni 4 ore - Pressione Arteriosa - due volte die - Frequenza cardiaca materna al ricovero e prima dell'inizio del CTG - Ispezione clinica perdite vaginali 3 volte die - Rilevazione BCF 3 volte die - esecuzione CTG in gravida non indotta 2 volte/die - SpO2 2 volte die - Frequenza respiratoria 2 volte die

