

**SCHEDE MORTE IMPROVVISA FETALE
PER LA RACCOLTA DEI DATI ANAMNESTICI**
da inviare al Centro di Ricerca Lino Rossi, Università degli Studi di Milano

ANAMNESI FETO MORTO ALL'IMPROVVISO

CognomeNome

Data in cui è nato/a morto/a (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Modalità del parto.....

Età (settimana di gestazione)

Sesso: Maschile Femminile

Data in cui è stata riscontrata la morte (gg/mm/aaaa)/...../.....

Modalità di riscontro della morte.....

Data ultimo controllo (gg/mm/aaaa)/...../.....

Come è stata riscontrata la morte?.....

Dove è stata riscontrata la morte?.....

Quando è stata riscontrata la morte?.....

Come si è accorta la madre? Quando ha sentito il feto muoversi l'ultima volta?.....

Quando è stato notato vivo/muoversi l'ultima volta?

Data ultima visita ostetrica/ginecologica.....

Data ultima ecografia.....

Liquido amniotico normale patologico, specificare.....

RX scheletro No Sì, specificare.....

Il riscontro diagnostico è stato effettuato?

Sì No

↓

presso quale sede?.....

I prelievi sono stati eseguiti secondo il protocollo nazionale?

Sì No

Data del riscontro diagnostico (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Medico che ha effettuato il riscontro diagnostico

ANAMNESI MADRE

Cognome Nome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Luogo di nascita.....

Indirizzo di residenza: Via.....N°.....CAP.....

ComuneProvincia Cell.....

Codice fiscale:.....

- Etnia:

Caucasica Ispanica Medio Orientale Indiana (subcontinentale) Asiatica Nera

Meticcia Magrebina Altra, specificare.....

- Professione.....

Riconosciuti rischi nell'ambiente di lavoro.....

- Titolo di studio.....

- Stato civile: Nubile Convivente Separata Divorziata Vedova

Madre single Coniugata, Data matrimonio (gg/mm/aaaa)...../...../.....

- Altezza.....cm Peso (in gravidanza).....Kg

Peso prima dell'ultima gravidanza.....Kg

- INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

Data ultima mestruazione (gg/mm/aaaa)/...../.....

Data presunta del parto anamnestico (gg/mm/aaaa)/...../.....

Data presunta del parto ecografico (gg/mm/aaaa)/...../.....

N° visite di controllo in gravidanza

Nome e indirizzo del/la ginecologo/a curante.....

Nome e indirizzo del/la ostetrico/a di riferimento.....

Come è avvenuto il concepimento?.....

La Fecondazione è stata medicalmente assistita? Sì No



Eseguita in data..... Presso quale Struttura?

<input type="checkbox"/> IUI	<input type="checkbox"/> FIVET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> GIFT <input type="checkbox"/> Altre, specificare.....	<input type="checkbox"/> Ovulazione indotta
<input type="checkbox"/> Omologa	Eterologa <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile	<input type="checkbox"/> Embriodonazione
<input type="checkbox"/> A fresco	<input type="checkbox"/> Crioconservazione	<input type="checkbox"/> Test preimpianto

N° tentativi eseguiti di fecondazione assistitaDate.....

Descrivere.....

FUMO	ATTIVO			PASSIVO			
	NO	SI	Sigarette n/die	A CASA		AL LAVORO	
				NO	SI	NO	SI
prima del concepimento		dall'età di anni ____			dall'età di anni ____		dall'età di anni ____
durante la gravidanza		fino alla sett.gest. ____			fino alla sett. gest ____		fino alla sett.gest. ____
dopo il parto		fino all'età del bambino di giorni ____			fino all'età del bambino di giorni ____		fino all'età del bambino di giorni ____

- Usa, o ha usato in passato, la sigaretta elettronica?

- No Sì → Descrivere.....
- Consuma, o ha consumato in passato, bevande alcoliche?
- No Sì → Descrivere quali bevande e quantità.....
- Utilizza, o ha utilizzato in passato, sostanze stupefacenti?
- No Sì → Descrivere.....
- Fa uso abituale, o ha fatto uso in passato, di sedativi e/o altri farmaci?
- No Sì → Descrivere.....
- Quali farmaci assume, o ha assunto in passato?

• **PATOLOGIE IN GRAVIDANZA**

Malattia ipertensiva No Sì (gestazionale /pregestazionale) →Descrivere.....

Diabete No Sì (gestazionale /pregestazionale) → Descrivere.....

Allergie No Sì → Descrivere.....

Alterazioni dell'emoglobina No Sì → Descrivere.....

Alterazioni della coagulazione No Sì → Descrivere.....

Malattie autoimmuni No Sì → Descrivere.....

• **ALTRE PATOLOGIE**

Disturbi tiroide

Cardiopatia

Patologie renali

Colestasi gravidica

Parodontopatie

Altro

• **INFEZIONI MATERNE**

PRECONCEZIONALE

PERI-POSTCONCEZIONALE

HIV

HBV

HCV

LUE

TOXO

CMV

RUBEO

Altro.....

• **TEST DI SCREENING PRENATALE PER CROMOSOPATIE**

Screening

Sì

No

NT

patologico

non patologico

NT+BI TEST

patologico

non patologico

Triplo test

non patologico

patologico → S. Down

DTN

- DNA fetale nel sangue materno Sì No



Se sì, eseguito in data.....con risultato:

- Altri test di screening.....

• **INDAGINI PRENATALI INVASIVE**

Biopsia villosoriale

normale

non effettuata

patologico; specificare.....

Amniocentesi normale

non effettuata

patologico; specificare.....

Funicolocentesi

normale

non effettuata

dato mancante

patologico; specificare.....

Fetoscopia

normale

non effettuata

dato mancante

patologico; specificare.....

• **ECOGRAFIE**

normale patologiche



Malformazioni, specificare.....

- cardiache
- parete addominale
- arteria ombelicale unica
- sistema nervoso centrale
- tratto gastroenterico
- apparato muscolo scheletrico

• PLACENTA

- distacco intempestivo
- vasi previ
- accreta-percreta
- previa
- infarto

• UTERO

Malformazioni, specificare.....

- RICOVERO DURANTE LA GRAVIDANZA Sì No



Data.....Ospedale.....

Diagnosi di dimissione:

- PRECEDENTI CONCEPIMENTI Sì No

Numero parti precedenti.....N° nati vivi.....

Data parti precedenti: (gg/mm/aaaa)/...../.....(gg/mm/aaaa)/...../.....

Età altri figli.....Date di nascita.....

N° feti morti (>22^a settimana)...Età gestazionale.....Data/e.....

N° aborti spontanei.....Settimane per aborto.....Data/e.....

Descrivere.....

Specificare Causa.....

N° di IVG (interruzione volontaria di gravidanza).....Data.....

Descrivere.....

- ANAMNESI FAMILIARE (della madre)

Madre (nonna materna del lattante deceduto) di anni..... Vivente Sì No

Patologie della madre.....Causa di morte.....

Padre (nonno materno del lattante deceduto) di anni..... Vivente Sì No

Patologie del padre.....Causa di morte.....

Fratelli/Sorelle: Età e stato di salute.....

Altre patologie nella famiglia.....

Ci sono stati altri casi di morte improvvisa in famiglia? Sì No



Se sì, specificare.....

ANAMNESI FRATELLI/SORELLE (del feto morto)

- N° 1: Data di nascita.....Età..... Tipo di parto..... Età gestazionale.....

Decorso della gravidanzaPatologie materne in gravidanza.....

Stato di salute.....

- N° 2: Data di nascita.....Età..... Tipo di parto..... Età gestazionale.....

Decorso della gravidanzaPatologie materne in gravidanza.....

Stato di salute.....

ANAMNESI PADRE

Cognome Nome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Luogo di nascita.....

Indirizzo di residenza: Via.....N°.....CAP.....

ComuneProvincia Cell.....

Codice fiscale:.....

- Etnia:

Caucasica Ispanica Medio Orientale Indiana (subcontinentale) Asiatica Nera

Meticcia Magrebina Altra, specificare.....

- Professione.....

Riconosciuti rischi nell'ambiente di lavoro.....

- Titolo di studio.....

• Stato civile: Nubile Separato Divorziato

Vedovo Coniugato Convivente

• Altezza.....cm Peso.....Kg

- Fuma o fumava?

No Sì → Specificare n° sigarette/die.....

- Usa, o ha usato in passato, la sigaretta elettronica?

No Sì → Descrivere.....

- Consuma, o ha consumato in passato, bevande alcoliche?

No Sì → Descrivere quali bevande e quantità.....

- Utilizza, o ha utilizzato in passato, sostanze stupefacenti?

No Sì → Descrivere.....

- Fa uso abituale, o ha fatto uso in passato, di sedativi e/o altri farmaci?

No Sì → Descrivere.....

- Quali farmaci assume, o ha assunto in passato?.....

.....

.....

- PATOLOGIE

Malattia ipertensiva No Sì → Descrivere.....

Diabete No Sì → Descrivere.....

Allergie No Sì → Descrivere.....

Malattie autoimmuni No Sì → Descrivere.....

Disturbi tiroidei No Sì → Descrivere.....

Cardiopatía No Sì → Descrivere.....

Patologie epatiche No Sì → Descrivere.....

Patologie renali No Sì → Descrivere.....

Alterazioni dell'emoglobina No Sì → Descrivere.....

Alterazioni della coagulazione No Sì → Descrivere.....

Parodontopatie No Sì → Descrivere.....

Altro

- INFEZIONI

HIV HBV HCV LUE

TOXO CMV Altro

- ANAMNESI FAMILIARE (del padre)

Madre (nonna paterna del lattante deceduto) di anni..... Vivente Sì No

Patologie della madre.....Causa di morte.....

Padre (nonno paterno del lattante deceduto) di anni..... Vivente Sì No

Patologie del padre.....Causa di morte.....

Fratelli/Sorelle: Età e stato di salute.....

.....

Altre patologie nella famiglia.....

Ci sono stati altri casi di morte improvvisa in famiglia? Sì No



Se sì, specificare.....

- Persona che ha effettuato la raccolta dei dati anamnestici

Nome.....Cognome.....

Qualifica.....

Sede lavorativa.....

Email.....Tel./Cell.:

Luogo e Data.....

Firma

.....

CONSENSO INFORMATO AL RISCONTRO DIAGNOSTICO

Io sottoscritta (Madre).....

nata a.....(Prov.....) il.....

residente a.....(Prov...) CAP.....

in Via.....n°Tel:.....

e

Io sottoscritto (Padre).....

nato a.....(Prov.....) il.....

residente a.....(Prov...) CAP.....

in Via.....n°Tel:.....

esprimiamo il consenso all'effettuazione del riscontro diagnostico, a condizione che i risultati vengano trattati in forma anonima.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....

CONSENSO INFORMATO ALLA RICERCA SCIENTIFICA

Gli studi scientifici sul materiale biologico prelevato saranno condotti al fine di individuare difetti di sviluppo di strutture fondamentali per la vita che potrebbero spiegare il meccanismo che ha causato il decesso. Tutti i risultati ottenuti da tali analisi saranno strettamente riservati e sottoposti al vincolo del segreto professionale. Ogni tipo di materiale biologico prelevato sarà conservato in modo anonimo ai sensi della legge sulla privacy (d.leg. 30/6/03 n.196) e la possibilità di risalire ai dati identificativi sarà riservata al solo personale autorizzato.

Io sottoscritta (Madre).....
nata a.....(Prov.....) il.....
residente a.....(Prov...) CAP.....
in Via.....n°.....Tel:.....
e

Io sottoscritto (Padre).....
nato a.....(Prov.....) il.....
residente a.....(Prov...) CAP.....
in Via.....n°.....Tel:.....

esprimiamo il consenso al prelievo di materiale biologico per ricerche scientifiche, in forma anonima, con garanzia della massima riservatezza.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....