

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

ANAMNESI NEONATO/A LATTANTE MORTO/A ALL'IMPROVVISO

Cognome Nome

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

Luogo di nascita.....

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

Comune Provincia Cell.....

Codice fiscale:.....

Sesso: Maschile Femminile

Nato/a presso quale Ospedale?.....

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Peso alla nascita.....Apgar.....(1').....(5').....

Lunghezza alla nascita.....

Età postconcezionale..... (età gestazionale + età postnatale.....)

- Data di morte (gg/mm/aaaa)...../...../.....*
- E' stato praticato alla nascita il contatto pelle-pelle (skin-to-skin) tra mamma e neonato?

Sì No

- Tipo di allattamento: materno, fino all'età di.....

formula, dall'età di misto, dall'età di

svezzato, dall'età di

- Come dormiva di solito? supino prono sul fianco
- Con il succhiotto? Sì No
- Data ultimo controllo pediatra (gg/mm/aaaa)...../...../.....

- Patologie in atto: No Sì (specificare):

Raffreddore Tosse Febbre Diarrea Vomito/rigurgito

Esantema/eczema Altro

Descrivere.....

- Ha manifestato disturbi respiratori? No Sì (specificare):

Apnee notturne Altro

- Ultima data e tipo di vaccinazione ricevuta.....

Aveva avuto disturbi in seguito alle vaccinazioni?.....

- Il riscontro diagnostico è stato effettuato? No Sì (specificare dove):

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

Presso quale struttura?.....

***SCENA DEL RITROVAMENTO**

- Come è stato trovato morto.....

Ora del decesso, se conosciuta (hh:mm).....

Ora del rilievo del decesso (hh:mm).....

Ora dell'ultimo controllo parentale (hh:mm).....

Trovato/a morto/a il..... ora.....

- Luogo di morte e posizione del ritrovamento
- IN OSPEDALE Nome.....
- IN CASA in culla/lettino in camera coi genitori in camera separata
 - in altro luogo dell'abitazione (specificare
 - a letto con i genitori a letto con altre persone (specificare
 - nel seggiolone in braccio nel passeggino nell'infant-seat
- Temperatura nella stanza del ritrovamento°C circa
- Temperatura del bambino °C
- FUORI CASA nel passeggino nel seggiolino in automobile in braccio
 - abitazione altrui altro, specificare
- SE SDRAIATO, la posizione era: supina prona sul fianco
- in altra posizione, specificare
- Tipo di abbigliamento indossato
- Cuscino No Sì
- Succhiotto in bocca No Sì
- Catenine o nastri al collo No Sì
- Consistenza del materasso
- Oggetti/giocattoli nel lettino No Sì
- Materiale organico
 - in bocca No Sì, specificare.....
 - nel naso No Sì, specificare.....
 - nel pannolino No Sì, specificare
- Tentativi di rianimazione No Sì
- Aspetto del neonato/lattante quando è stato ritrovato morto
- decolorazione attorno al volto/bocca sudato
- secrezioni (schiuma, bava) flaccido
- decolorazione cutanea (livor mortis) caldo freddo
- segni da pressione (aree pallide, decolorazioni) rash o petecchie (piccole macchie rosse su cute, membrane o occhi) rigido
- impronte sul corpo (graffi o lividi) non valutato
- altro
- In quale giorno e a quale ora è stato somministrato l'ultimo pasto?
- Giorno/...../..... Ora:.....
- Persona che ha somministrato l'ultimo pasto
-
- Quali cibi e liquidi sono stati somministrati al bambino nelle ultime 24 ore (incluso l'ultimo pasto) e in quale quantità?
- latte materno ml latte in polvere gr
- latte di mucca ml acqua ml
- altri liquidi (thè, succo) ml
- cibi omogeneizzati o solidi gr
- altro gr /ml
- C'è stato un nuovo alimento somministrato al bambino nelle ultime 24 ore?
- No Sì, specificare (es. passaggio a latte artificiale, svezzamento).....
- Chi ha rilevato la morte? medico madre padre altri, specificare.....

ANAMNESI MADRE

Cognome Nome

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

Luogo di nascita.....

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

Comune Provincia 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.....Kg

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

- INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA del neonato/a o lattante morto/a

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.....

• **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 neonato/a o lattante deceduto/a)

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.....

N° 3.....Data di nascita.....Età..... Tipo di parto..... Età gestazionale.....
Decorso della gravidanzaPatologie materne in gravidanza.....
Stato di salute.....

.....
.....
.....

ANAMNESI PADRE

CognomeNome
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 tiroide No Sì → Descrivere.....
Cardiopatìa 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.....