

CHECK LIST per casi da visionare (morti mal definite)

Anagrafici del bambino

COGNOME _____
 NOME _____
 SESSO _____
 DATA NASCITA _/_/_____
 DATA DECESSO _/_/_____
 LUOGO DECESSO casa__ ospedale_____ altro_____

COMUNE _____ASL _____

Anamnesi del bambino

NATO A TERMINE si__ no__ (settimana gestazionale ____)
 PESO hg____
 GIRI DI FUNICOLO si (n°____) no__
 PARTO eutocico__ distocico__ (_____)
 PARTO GEMELLARE si__ no__
 SOFFERENZA FETALE si__ no__
 RIANIMATO ALLA NASCITA si_ (intubato? si no) no__
 PATOLOGIE METABOLICHE si__(_____) no__
 PATOLOGIE CONGENITE si__(_____) no__
 INFEZIONI si__(_____) no__

ALTRE PATOLOGIE si__ (_____) no__
 ECG “Qt lunga “ si__(data esame _/_/____) no__

DIMESSO DOPO LA NASCITA si__ no__
 CONDIZIONI DI SALUTE buone__ discrete__ precarie__

POSIZIONE NEL SONNO supino__ prono__ sul fianco__

ALTRI RICOVERI si__ causa _____
 luogo _____

AUTOPSIA si__ (_____)
 no__ (motivo _____)

note _____

