

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 _____

Anagrafici della mamma

STATO CIVILE	nubile__	coniugata__	separata__
ETA'	anni__		
NAZIONALITA'	_____		
CETO SOCIALE	alto__	medio__	basso__
LAVORO	si__ (_____)	no__	

Anamnesi della mamma

PRIMIPARA	si__	no__ (n°__)
ABORTI	si__ (n°__)	no__
ALTRI DECESSI IN FAMIGLIA (o - 2 ANNI)	si__ (n°__) (parentela_____) (causa _____)	no__
PATOLOGIE EREDITARIE	si__(_____)	no__
INFEZIONI IN GRAVIDANZA	si__(_____)	no__
FUMO	si__(quante/di _____)	no__
ALTRI FUMANO IN CASA	si__	no__

note _____