



Regione Autonoma della Sardegna  
Assessorato dell'Igiene, Sanità e Assistenza sociale  
**CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO**

- (45) Indicare il numero di tutte le ecografie effettuate durante la gravidanza.
- (46) Indicare l'effettuazione o meno di Amniocentesi durante la gravidanza.
- (47) Indicare l'effettuazione o meno di Villocentesi durante la gravidanza.
- (48) Indicare l'effettuazione o meno di Fetoscopia/Funicolocentesi durante la gravidanza.
- (49) Indicare l'effettuazione o meno di ecografie oltre la 22<sup>a</sup> settimana di gravidanza.
- (50) Indicare il servizio utilizzato prevalentemente in gravidanza.
- (51) Indicare l'eventuale partecipazione di corsi di preparazione al parto durante la gravidanza.
- (52) Indicare il decorso della gravidanza come risultante dalle evidenze disponibili.
- (53) Indicare il ricorso ad ospedalizzazione sia per patologie correlate alla gravidanza, sia per patologie non correlate alla gravidanza (o l'assenza di eventi di ricovero durante la stessa gravidanza).
- (54) Indicare l'evidenza o meno di un difetto nell'accrescimento fetale.
- (55) Indicare l'eventuale ricorso a tecniche o metodi di procreazione medicalmente assistita.
- (56) Indicare la tecnica o metodo di fecondazione medicalmente assistita utilizzata<sup>(4)</sup>.
- (57) Indicare l'età gestazionale stimata in settimane compiute di amenorrea.
- (58) Indicare il luogo dove è avvenuto il parto.
- (59) Indicare la modalità con cui è avvenuto il travaglio.
- (60) Indicare le motivazioni che hanno reso necessario il ricorso all'induzione del travaglio<sup>(5)</sup>.
- (61) Indicare la tipologia di induzione<sup>(6)</sup>.
- (62) Indicare l'eventuale metodica antidolore utilizzata<sup>(7)</sup>.
- (63) Indicare il genere del parto.
- (64) Indicare il numero di nati di sesso maschile nel caso di parto plurimo<sup>(8)</sup>.
- (65) Indicare il numero di nati di sesso femminile nel caso di parto plurimo<sup>(8)</sup>.
- (66) Indicare il personale sanitario presente o meno durante il parto.
- (67) Indicare la presenza di altre persone non sanitario al momento del parto.
- (68) Indicare l'effettuazione o meno della profilassi Rh.
- (69) Riportare il n° progressivo che identifica in modo univoco il neonato nell'ambito del medesimo CedAP relativo all'evento nascita in cui si rileva l'ordine di nascita con computo anche degli eventuali nati-morti<sup>(9)</sup>. Occorre stampare e compilare una scheda aggiuntiva per ciascun neonato.
- (70) Indicare il numero della Scheda di Dimissione Ospedaliera del neonato relativa all'evento nascita<sup>(10)</sup>.
- (71) Indicare la modalità del parto relativa al neonato (può essere differente nel caso di gemelli).
- (72) Indicare il tipo di anestesia utilizzata<sup>(11)</sup>.
- (73) Indicare la modalità di presentazione del neonato.
- (74) Indicare il sesso del neonato sulla base dei genitali esterni riscontrabili.
- (75) Indicare la data di nascita del neonato in formato GG/MM/AAAA.
- (76) Indicare l'ora di nascita del neonato in formato HH:MM.
- (77) Indicare il peso del neonato alla nascita in grammi.
- (78) Indicare la lunghezza del neonato alla nascita in centimetri.
- (79) Indicare la circonferenza cranica del neonato alla nascita in centimetri.
- (80) Indicare lo status del neonato alla nascita.
- (81) Indicare il punteggio attribuito al neonato a 5' dalla nascita, secondo il metodo di Apgar<sup>(12)</sup>.
- (82) Indicare l'eventuale ricorso a tecniche di rianimazione<sup>(12)</sup>.
- (83) Indicare il momento della morte<sup>(13)</sup>.
- (84) Indicare l'evenienza del riscontro autoptico<sup>(13)</sup>.
- (85) Indicare la condizione morbosa principale associata al decesso<sup>(13)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (86) Indicare altra condizione morbosa rilevante associata al decesso<sup>(13)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (87) Indicare la condizione morbosa principale della madre interessante il feto associata al decesso<sup>(13)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (88) Indicare altra condizione morbosa della madre interessante il feto associata al decesso<sup>(13)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (89) Indicare l'eventuale altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti risulta rilevante ai fini del decesso<sup>(13)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (90) Indicare l'esecuzione di esami strumentali nel caso di malformazioni riscontrate in un nato morto<sup>(13)</sup>.
- (91) Indicare l'esecuzione di fotografie nel caso di malformazioni riscontrate in un nato morto<sup>(13)</sup>.
- (92) Indicare il riscontro o meno di malformazione avvenuta nei primi 10 giorni di vita del neonato.
- (93) Indicare la malformazione principale riscontrata<sup>(14)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (94) Indicare eventuale altra malformazione riscontrata<sup>(14)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (95) Indicare ulteriore altra malformazione riscontrata<sup>(14)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (96) Indicare per esteso la diagnosi citogenetica, se effettuata precedentemente alla nascita, al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali<sup>(14)</sup>.
- (97) Indicare l'età di gestazione (in settimane compiute) in cui è stata fatta la diagnosi, nel caso di malformazione diagnosticata durante la gravidanza<sup>(14)</sup>.
- (98) Indicare l'età neonatale (in giorni compiuti) in cui è stata fatta la diagnosi, nel caso di malformazione diagnosticata nei primi 10 giorni di vita del neonato<sup>(14)</sup>.
- (99) Indicare la presenza o meno di malformazioni in fratelli e/o sorelle del neonato<sup>(14)</sup>.
- (100) Indicare la presenza o meno di malformazioni nella famiglia della madre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (101) Indicare la presenza o meno di malformazioni nella famiglia del padre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (102) Indicare la presenza o meno di malformazioni nella famiglia dei genitori della madre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (103) Indicare la presenza o meno di malformazioni nella famiglia dei genitori del padre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (104) Indicare la presenza o meno di malformazioni in altri parenti del padre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (105) Indicare la presenza o meno di malformazioni in altri parenti della madre del neonato<sup>(14)</sup>.
- (106) Indicare l'eventuale malattia rilevante insorta durante la gravidanza<sup>(14)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (107) Indicare l'eventuale altra malattia rilevante insorta durante la gravidanza<sup>(14)</sup>. Codice di diagnosi ICD9-CM vs. italiana 2007 senza punti tra terza e quarta cifra ed iniziando la compilazione da sx.
- (108) Data di compilazione del Certificato in formato GG/MM/AAAA.
- (109) Ostetrico/a o medico che ha assistito il parto o medico responsabile della UO in cui è avvenuta la nascita (vedi anche nota 2).
- (110) Data di aggiornamento del Certificato in formato GG/MM/AAAA nel caso di integrazione successiva di eventuali accertamenti.

(\*) Non si compilano nel caso in cui sia stata richiesta la tutela dell'anonimato (campo "Anonimato" valorizzato "1").  
 (†) Da compilare nel caso di precedenti concepimenti (campo "Precedenti concepimenti" valorizzato "1").  
 (‡) Da compilare nel caso di precedenti parti (campo "Numero parti precedenti > 0).  
 (§) Da compilare nel caso di effettuazione di almeno una visita di controllo (campo "Numero visite di controllo in gravidanza > 0).  
 (¶) Da compilare nel caso di ricorso a tecniche di fecondazione medicalmente assistita (campo "Procreazione medicalmente assistita" valorizzato "1").  
 (‡) Da compilare nel caso di travaglio indotto (campo "Modalità del travaglio" valorizzato "3").  
 (‡) Da compilare nel caso di travaglio indotto o pilotato (campo "Modalità del travaglio" valorizzato "2 o 3").  
 (‡) Da compilare nel caso di campo "Modalità del travaglio" valorizzato "1, 2 o 3".  
 (¶) Da compilare nel caso di campo "Genere parto" valorizzato "2".  
 (‡) Il campo è strategico nel caso di parti plurimi ma deve essere compilato anche nel caso di parto semplice (in tal caso il valore è 1, indipendentemente dalla vitalità del neonato).  
 (¶) Da compilare esclusivamente in caso di nato vivo e di campo "Luogo del parto" valorizzato "1".  
 (‡) Da compilare esclusivamente nel caso di campo "Modalità del parto" valorizzato "2 o 3".  
 (‡) Da compilare nel caso di campo "Vitalità" valorizzato "1".  
 (‡) Da compilare nel caso di campo "Vitalità" valorizzato "2".  
 (¶) Da compilare nel caso di campo "Presenza malformazione" valorizzato "1".

Io sottoscritto<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ nella qualità di<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

avendo assistito il parto in oggetto, certifico le informazioni di seguito riportate:

ANNO     N° SCHEDA CedAP<sup>(3)</sup>         N° SCHEDA SDO Madre<sup>(4)</sup>

Presidio<sup>(5)</sup>         Azienda Sanitaria<sup>(6)</sup>

Comune di evento<sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

**Informazioni anagrafiche e socio-demografiche della MADRE** Anonimato<sup>(8)</sup>

Cognome madre<sup>(9)</sup> \_\_\_\_\_ Nome madre<sup>(10)</sup> \_\_\_\_\_

Codice fiscale madre<sup>(11)</sup>

Data nascita madre<sup>(12)</sup>   /   /     Comune nascita madre<sup>(13)</sup> \_\_\_\_\_

Cittadinanza madre<sup>(14)</sup> \_\_\_\_\_ Regione di residenza madre<sup>(15)</sup> \_\_\_\_\_

Comune residenza madre<sup>(16)</sup> \_\_\_\_\_ Asl di residenza madre<sup>(17)</sup>

**Livello di istruzione madre<sup>(18)</sup>**

Nessun titolo _____	0	<input type="checkbox"/>
Licenza elementare _____	1	<input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media inferiore _____	2	<input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media superiore _____	3	<input type="checkbox"/>
Diploma universitario o laurea breve _____	4	<input type="checkbox"/>
Laurea _____	5	<input type="checkbox"/>

**Condizione professionale/non professionale madre<sup>(19)</sup>**

Occupata _____	1	<input type="checkbox"/>
Disoccupata _____	2	<input type="checkbox"/>
In cerca di prima occupazione _____	3	<input type="checkbox"/>
Studentessa _____	4	<input type="checkbox"/>
Casalinga _____	5	<input type="checkbox"/>
Altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, etc.) _____	6	<input type="checkbox"/>

**Abitudine al fumo madre<sup>(20)</sup>**

Fumatrice (anche in gravidanza) _____	1	<input type="checkbox"/>
Fumatrice (non in gravidanza) _____	2	<input type="checkbox"/>
Ex fumatrice _____	3	<input type="checkbox"/>
Non fumatrice _____	4	<input type="checkbox"/>
Non dichiarato _____	9	<input type="checkbox"/>

**Se occupata, indicare la posizione nella professione ed il ramo di attività economica**

imprenditrice o libero professionista _____	1	<input type="checkbox"/>
altra lavoratrice autonoma _____	2	<input type="checkbox"/>
lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo _____	3	<input type="checkbox"/>
lavoratrice dipendente: impiegata _____	4	<input type="checkbox"/>
lavoratrice dipendente: operaia _____	5	<input type="checkbox"/>
altra lavoratrice dipendente _____	6	<input type="checkbox"/>
agricoltura, caccia e pesca _____	1	<input type="checkbox"/>
industria _____	2	<input type="checkbox"/>
commercio, pubblici servizi, alberghi _____	3	<input type="checkbox"/>
pubblica amministrazione _____	4	<input type="checkbox"/>
altri servizi privati _____	5	<input type="checkbox"/>

**Stato civile madre<sup>(21)</sup>**

Nubile _____	1	<input type="checkbox"/>
Coniugata _____	2	<input type="checkbox"/>
Separata _____	3	<input type="checkbox"/>
Divorziata _____	4	<input type="checkbox"/>
Vedova _____	5	<input type="checkbox"/>
Non dichiarato _____	9	<input type="checkbox"/>

Data matrimonio<sup>(22)</sup>   /

Nel caso di donne assicurate da istituzioni estere europee, extraeuropee o assistite SASN stranieri rilevare dalla tessera assicurazione malattia (TEAM o equivalente) della madre:	
Codice istituzione competente <sup>(23)</sup>	<input type="text"/>
Stato estero <sup>(24)</sup>	_____
Numero identificazione personale <sup>(25)</sup>	<input type="text"/>
Numero identificazione tessera <sup>(26)</sup>	<input type="text"/>
Data scadenza tessera <sup>(27)</sup>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Data compilazione del certificato<sup>(108)</sup>   /   /

Firma del compilatore<sup>(109)</sup> \_\_\_\_\_

Data aggiornamento del certificato<sup>(110)</sup>   /   /

Firma di chi ha effettuato l'aggiornamento<sup>(109)</sup> \_\_\_\_\_

**Informazioni anagrafiche e socio-demografiche del PADRE**

Data nascita padre<sup>(28)</sup>  /  /

Comune nascita padre<sup>(29)</sup>

Cittadinanza padre<sup>(30)</sup>

Livello di istruzione padre<sup>(31)</sup>

Nessun titolo  0  
 Licenza elementare  1  
 Diploma di scuola media inferiore  2  
 Diploma di scuola media superiore  3  
 Diploma universitario o laurea breve  4  
 Laurea  5

Abitudine al fumo padre<sup>(33)</sup>

Fumatore  1  
 Ex fumatore  2  
 Non fumatore  3  
 Non dichiarato  9

Condizione professionale/non professionale padre<sup>(32)</sup>

Occupato  1  
 Disoccupato  2  
 In cerca di prima occupazione  3  
 Studente  4  
 Casalingo  5  
 Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, etc.)  6

**Se occupato, indicare la posizione nella professione ed il ramo di attività economica**

imprenditore o libero professionista  1  
 altro lavoratore autonomo  2  
 lavoratore dipendente: dirigente o direttivo  3  
 lavoratore dipendente: impiegato  4  
 lavoratore dipendente: operaio  5  
 altro lavoratore dipendente  6

agricoltura, caccia e pesca  1  
 industria  2  
 commercio, pubblici servizi, alberghi  3  
 pubblica amministrazione  4  
 altri servizi privati  5

**Informazioni cliniche sulla gravidanza e sul parto**

Precedenti concepimenti<sup>(34)</sup> Si  1 No  2

Numero parti precedenti<sup>(35)</sup>

Numero nati vivi da parti precedenti<sup>(36)</sup>

Numero nati morti da parti precedenti<sup>(37)</sup>

Numero aborti spontanei precedenti<sup>(38)</sup>

Numero IVG precedenti<sup>(39)</sup>

Numero tagli cesarei in parti precedenti<sup>(40)</sup>

Data ultimo parto<sup>(41)</sup>  /  /

Amniocentesi<sup>(46)</sup> Si  1 No  2

Villi coriali<sup>(47)</sup> Si  1 No  2

Fetoscopia/Funicolocentesi<sup>(48)</sup> Si  1 No  2

Ecografie oltre la 22<sup>a</sup> settimana<sup>(49)</sup> Si  1 No  2

Decorso della gravidanza<sup>(52)</sup>

Fisiologico  1  
 Patologico  2

Ricoveri in gravidanza<sup>(53)</sup>

Si, per patologie correlate alla gravidanza  1  
 Si, per altre patologie non correlate alla gravidanza  2  
 No  3

Difetto accrescimento fetale<sup>(54)</sup> Si  1 No  2

Età gestazionale<sup>(57)</sup>

Consanguineità tra genitori<sup>(42)</sup>

Parenti 4° grado (figli di fratelli o sorelle)  1  
 Parenti 5° grado (coniuge sposato figlio/a di cugino/a 1°)  2  
 Parenti 6° grado (secondi cugini)  3

Numero visite di controllo in gravidanza<sup>(43)</sup>

Settimana di gestazione alla 1<sup>a</sup> visita<sup>(44)</sup>

Numero ecografie in gravidanza<sup>(45)</sup>

Servizio utilizzato<sup>(50)</sup>

Consultorio familiare  1  
 Ambulatorio ospedaliero pubblico  2  
 Ginecologo/a privato/a (compresa attività intramoenia)  3  
 Nessun servizio  4

Corso preparazione al parto<sup>(51)</sup>

Si, presso consultorio familiare pubblico  1  
 Si, presso struttura ospedaliera pubblica  2  
 Si, presso struttura privata  3  
 No  4

Procreazione medicalmente assistita<sup>(55)</sup>

Si  1 No  2

Metodo procreazione medicalmente assistita<sup>(56)</sup>

Trattamento farmacologico per induzione ovulazione  1  
 IUI (Intra Uterin Insemination)  2  
 GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)  3  
 FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)  4  
 ICSI (Intra Citoplasmatic Sperm Injection)  5  
 Altre tecniche o metodiche  6

Luogo del parto<sup>(58)</sup>

Istituto di ricovero e cura pubblico o privato  1  
 Abitazione privata  2  
 Altra struttura di assistenza  3  
 Altrove (in luogo pubblico, strada, mezzi di trasporto)  4

Motivo dell'induzione<sup>(60)</sup>

Gravidanza protratta  1  
 Oligoidrammios  2  
 Rottura prematura delle membrane  3  
 Patologia materna  4  
 Patologia fetale  5

Metodica antidolore<sup>(62)</sup>

Nessuna metodica  1  
 Analgesia epidurale  2  
 Altro tipo di analgesia farmacologica  3  
 Metodica non farmacologica  4

Personale sanitario presente al momento del parto<sup>(66)</sup>

Ostetrico/a Si  1 No  2  
 Ginecologo/a Si  1 No  2  
 Pediatra o neonatologo/a Si  1 No  2  
 Anestesista Si  1 No  2  
 Altro personale sanitario/tecnico Si  1 No  2

Modalità del travaglio<sup>(59)</sup>

Travaglio totalmente spontaneo  1  
 Travaglio ad inizio spontaneo (pilotato)  2  
 Travaglio indotto  3  
 Senza travaglio (ricorso al taglio cesareo)  4

Tipo di induzione<sup>(61)</sup>

Con prostaglandine  1  
 Con ossitocina  2  
 Con altro farmaco  3  
 Amnioressi  4

Genere parto<sup>(63)</sup>

Parto semplice  1  
 Parto plurimo  2

Nati maschi<sup>(64)</sup>

Nati femmine<sup>(65)</sup>

Altre persone presenti al momento del parto<sup>(67)</sup>

Padre del/i nascituro/i  1  
 Altra persona di famiglia della partoriente  2  
 Altra persona di fiducia della partoriente  3  
 Nessuno  4

Profilassi Rh<sup>(68)</sup> Si  1 No  2

**Note per la compilazione (da effettuarsi in stampatello MAIUSCOLO nella descrizione dei campi e barrando con una X le caselle di spunta).**

- Nome e Cognome del compilatore.
- Ostetrico/a o medico che ha assistito il parto o medico responsabile della UO in cui è avvenuta la nascita (vedi anche nota 109).
- Numerazione progressiva e univoca del Certificato di Assistenza al Parto per il presidio nell'anno di riferimento (nel caso di evento avvenuto in luogo differente da struttura di ricovero, indicare il primo progressivo utile all'atto di presentazione del certificato stesso all'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio).
- Numero della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre relativa all'evento di ricovero originato dalla circostanza di parto: solo nel caso in cui questo non sia avvenuto in un Istituto di Ricovero e Cura, può risultare non compilato e, pertanto, lasciato "in bianco".
- Descrizione e codice che individua l'istituto di cura come risultante nei modelli HSP11 o HSP11BIS. I primi tre caratteri identificano la regione, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'eventuale complesso multipresidio. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di ricovero e cura, si riportino il codice costruito nel seguente modo: 200 + 00 + codice a 3 cifre della ASL competente per territorio.
- Descrizione dell'Azienda Sanitaria nella cui struttura è avvenuto il parto o l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio nel caso di parto non in IRC, assieme al corrispondente codice a tre cifre che la individua.
- Descrizione del comune in cui si è verificato l'evento.
- Indicare lo status della partoriente riguardo la richiesta o meno di mantenere l'anonimato. I codici da utilizzare sono: 1 "dati anagrafici indicati"; 2 "dati anagrafici non indicati per tutela dell'anonimato".
- Cognome della madre da nubile<sup>(0)</sup>.
- Nome della madre<sup>(0)</sup>.
- Codice Fiscale della madre<sup>(0)</sup> (da tessera sanitaria o documentazione equivalente). Il campo va compilato nel seguente modo:  
 - codice fiscale per gli iscritti al SSN (rilevare da tessera sanitaria);  
 - codice STP per i cittadini temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza;  
 - codici ENI per i cittadini neocomunitari;  
 - campo vuoto per i soggetti assicurati da istituzioni estere (conseguire l'obbligo di compilare i campi aggiuntivi in base a tessera TEAM o equivalente).
- Data di nascita della madre in formato GG/MM/AAAA<sup>(0)</sup>.
- Descrizione del comune o stato estero di nascita della madre<sup>(0)</sup>.
- Descrizione cittadinanza della madre.
- Descrizione regione di residenza della madre.
- Descrizione comune di residenza della madre.
- Descrizione dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza della madre, assieme al corrispondente codice a tre cifre che la individua.
- Livello di istruzione della madre.
- Condizione professionale/non professionale della madre (nel caso di condizione 1 "Occupata" indicare possibilmente anche la posizione lavorativa ed il settore di attività).
- Abitudine al fumo della madre.
- Stato civile della madre.
- Data matrimonio della madre in formato MM/AAAA.
- Codice istituzione competente madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN<sup>(0)</sup>.
- Stato estero madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN<sup>(0)</sup>.
- Numero identificazione personale madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN<sup>(0)</sup>.
- Numero identificazione tessera madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN<sup>(0)</sup>.
- Data scadenza tessera madre (da rilevare da tessera assicurazione malattia - TEAM o equivalente) nel caso di soggetti assistiti da istituzioni estere europee, extraeuropee o SASN<sup>(0)</sup>.
- Data di nascita del padre in formato GG/MM/AAAA.
- Descrizione del comune o stato estero di nascita del padre.
- Descrizione cittadinanza del padre.
- Livello di istruzione del padre.
- Condizione professionale/non professionale del padre (nel caso di condizione 1 "Occupato" indicare possibilmente anche la posizione lavorativa ed il settore di attività).
- Abitudine al fumo del padre.
- Indicare se, prima del parto in oggetto, la madre ha avuto precedenti concepimenti - indipendentemente dall'esito della gravidanza.
- Indicare il numero di parti avuti in precedenza (compresi parti con soli nati morti)<sup>(1)</sup>.
- Indicare il numero di nati vivi da parti avuti in precedenza<sup>(1)</sup>.
- Indicare il numero di nati morti da parti avuti in precedenza (nato morto è il feto deceduto prima della nascita, con almeno 181 giornate di gestazione)<sup>(1)</sup>.
- Indicare il numero di aborti spontanei avuti in precedenti concepimenti (aborto spontaneo è il feto deceduto con meno di 180 giorni "compiuti" di gestazione)<sup>(1)</sup>.
- Indicare il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate in precedenza<sup>(1)</sup>.
- Indicare quante volte si è ricorso al taglio cesareo in precedenza<sup>(2)</sup>.
- Indicare la data dell'ultimo parto precedente a quello in oggetto<sup>(2)</sup>.
- Indicare la presenza di consanguineità tra genitori in relazione alla condizione rilevata.
- Indicare il numero complessivo di visite di controllo effettuate durante la gravidanza.
- Indicare il numero di settimane di gestazione compiute in cui è stata effettuata la prima visita di controllo<sup>(3)</sup>.