

PROT. N° 417 DEL 18/5/17

Reggio Cal. 18/05/2017

Dott.ssa Italia Rosa Albanese  
Direttore Sanitario

Dott. Paolo Vazzana  
Direttore sanitario di presidio

Dott. Demetrio Marino  
Responsabile Rischio Clinico

Loro SEDI

Oggetto: Proposta istruzione operativa per assistenza al parto vaginale dopo cesareo

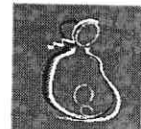
In ottemperanza alle indicazioni ed agli obiettivi indicati per questa UOC (migliorare l'organizzazione della UOC) si propone per eventuale approvazione l'istruzione operativa indicate in oggetto. Tale procedura è già utilizzata in accordo con le più recenti linee guida.

Con preghiera di un riscontro sollecito, per poter rendere al più presto operativo questo strumento organizzativo. Colgo l'occasione per porgere i più cordiali saluti

Francesco A. Battaglia

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
*Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.*

295  
17



## Richiesta del parto di prova dopo TC

1. Lista di distribuzione .....
2. Emissione .....
3. Scopo .....
4. Campo di applicazione .....
5. Riferimenti .....
6. Definizioni .....
7. Responsabilità e azioni .....
8. Parametri di controllo .....
9. Strumenti di registrazione .....

### 1. Lista di distribuzione

La presente procedura è distribuita dal referente di qualità di Unità Operativa a tutti gli operatori sanitari medici e ostetriche della Unità Operativa di Ostetricia Ginecologia che collaborano all'assistenza presso l'Ambulatorio Gravidanza a Termine e presso il Blocco travaglio parto.

### 2. Emissione

Rev.	Descrizione modifiche	Data Redazione	Redazione	Firma Verifica	Firma Approvazione
0	Prima Redazione	06/05/1017	Gruppo di Redazione <sup>(1)</sup>	DR. T. Servello DR. G.Gioffrè	Direttore U.O. DR. F.A.Battaglia

**Gruppo di redazione 0** : Coord. Ost: G.Tamiro, Ost: M.Chirico, G.Cucinotta, E.Franco, P.G. Gangemi, D.Gatto, F.Gioffrè, G.Gira, A.Girasole, V.Miceli, M.Modafferi, D.Monterosso, G.Saraceno, R. Scuderi, M.Sgrò, A.Stilo, G.Strati, A.Suni, F.Tardivo, M.Tomo,

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
 Bianchi - Melacrino - Morelli  
 U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
**DIRETTORE**  
 Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

### 3. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di descrivere:

- le modalità di presa in carico e monitoraggio adottate dall'ambulatorio delle gravidanze a termine nella sorveglianza dell'ultima fase della gravidanza di gestanti che abbiano fatto richiesta di effettuare travaglio per parto dopo TC fino al ricovero in urgenza per il parto
- le modalità assistenziali adottate nell'assistenza al travaglio di parto dopo TC

### 4. Campo di applicazione

Si applica all'Ambulatorio Gravidanza a Termine ed alla Sala travaglio parto

### 5. Riferimenti

#### Esterni

- NHS Guideline N°13 Caesarean section
- RCOG Guideline N° 45 Birth after previous Caesarean birth 2007
- PNLG: Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologici Capitolo 12 Il Controllo del dolore nel travaglio di parto

### 6. Definizioni

Non si applica

### 7. Responsabilità e azioni

1	Accoglienza con segnalazione della richiesta di parto di prova dopo TC	Ostetrica ambulatorio GAT
2	Accettazione con valutazione del caso	Ginecologo Ambulatorio GAT
3	Informazione e definizione programma	Ginecologo Ambulatorio GAT
4	Monitoraggio e raccolta dei referti e loro valutazione per individuare situazioni di rischio	Ginecologo Ambulatorio GAT
5	Valutazione dei referti delle indagini prescritte e richiesta di consulenza anestesiologicala	Ginecologo Ambulatorio GAT
6	Esecuzione dei controlli periodici programmati	Ostetrica Ambulatorio GAT
7	Ricovero e avvio del travaglio : iter assistenziale	Ginecologo Di Guardia
8	Sorveglianza del benessere materno/fetale -Assistenza al parto	Ostetrica Sala Travaglio
9	Sorveglianza post parto	Ostetrica Sala Travaglio
10	Trasferimento in reparto	Ostetrica Sala Travaglio

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
*Dr. Francesco A. Battaglia* n° 4330 R.C.

## 1. Accoglienza con segnalazione della richiesta di preparazione di parto di prova dopo TC

### Strumenti di Registrazione

Cartella Clinica Ambulatorio GAT

### Note

Quando alla 37° set l'ostetrica effettua la normale procedura di accoglienza la gestante già precedentemente sottoposta a TC può formulare richiesta di essere ammessa al parto di prova dopo TC e l'ostetrica lo segnala al ginecologo dell'ambulatorio

## 2. Accettazione con valutazione del caso

### Norme di Riferimento

- NHS Guideline N°13 Caesarean section
- RCOG Guideline N° 45 Birth after previous Caesarean birth 2007
- PNLG: Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologici Capitolo 12 Il Controllo del dolore nel travaglio di parto

### Strumenti di Registrazione

Cartella Clinica Ambulatorio GAT

Agenda programmazione ricovero ( TC e induzione)

### Note

- Il ginecologo dell'ambulatorio effettua l'anamnesi ostetrica con approfondimento dei dati relativi al pregresso TC per evidenziare condizioni favorevoli o critiche per l'effettuazione del parto di prova.
- La possibilità di effettuare un parto di prova può anche essere offerta dal ginecologo al momento dell'anamnesi

Nella valutazione si attiene alle seguenti considerazioni:

Condizioni favorevoli al VBAC	Condizioni che controindicano il VBAC
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aver già partorito</li> <li>2. Aver già travagliato (TC deciso in fase dilatante di pregresso travaglio)</li> <li>3. Intervallo di tempo &gt;2 anni dal TC precedente</li> <li>4. Incisione trasversa su SUI formato</li> <li>5. Non complicanze febbrili in puerperio</li> <li>6. Peso previsto del feto non &gt;3800 gr</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reiterarsi dell'indicazione</li> <li>2. TC deciso in epoca distante della EPP (mancanza di SUI formato)</li> <li>3. Intervallo di tempo &lt;2 anni dal TC prec.</li> <li>4. Incisione anomalia sull'utero</li> <li>5. Anamnesi di puerperio febbrile</li> <li>6. Sospetta macrosomia fetale</li> <li>7. precedente taglio cesareo prima della 37ma settimana</li> </ol>

Il ginecologo inoltre :

- Valuta gli esami emato-chimici, i referti ecografici e tutta la documentazione esibita dalla gestante
- Richiede eventuale ulteriori accertamenti necessari per il caso.

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
*Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.*

### 3. Informazioni preliminari e formulazione di un programma assistenziale

Il ginecologo dell'ambulatorio GAT valuta assieme alla gestante l'opportunità di effettuare il parto di prova in considerazione delle caratteristiche della gravidanza in corso.

Se si decide in tal senso il ginecologo consegna alla gravida un foglio informativo specifico ed il modulo di consenso informato che verrà riconsegnato firmato in occasione del primo controllo cardiocografico

Nel programma si concorda che:

- Vengono comunque effettuati tutti gli accertamenti previsti come per TC programmato compresa visita anestesiologicala
- Successivamente la paziente si sottoporrà ai regolari controlli ( CTG e AFI )
- Si attende l'insorgenza spontanea del travaglio fino a 41 settimane, se ciò non avviene, si può eseguire induzione meccanica del travaglio con CRB e può essere usata l'ossitocina per Augmentation.
- Si invita la paziente a ricoverarsi ai primi sintomi e/o segni dell'avvio del travaglio spontaneo per poter effettuare una accurata sorveglianza del travaglio
- Si informa la gestante che è possibile ricorrere all'analgesia farmacologica in travaglio;
- Viene comunque ipotizzata una data per TC programmato da effettuarsi verso la fine della 41° settimana in caso di mancata insorgenza del travaglio spontaneo

### 4. Monitoraggio e raccolta dei referti e loro valutazione per individuare situazioni di rischio

*Note*

La cartella della paziente contenente i referti degli esami e delle consulenze viene conservata nell'apposito schedario

L'Ostetrica è tenuta a :

- visionare i singoli referti per identificare:
  - > la completezza delle risposte rispetto alla richiesta;
  - > risultati che mettono in evidenza situazioni di allarme;
- comunicare al ginecologo
  - > la richiesta di ulteriori prestazioni a completamento dell'indagine;
  - > eventuali prescrizioni di terapie

### 5. Valutazione dei referti sulle indagini prescritte con eventuale ridefinizione del programma appuntamenti

Il ginecologo, dopo aver verificato i referti delle indagini e consulenze richieste, conferma o modifica il successivo iter assistenziale e richiede la consulenza anestesiologicala preoperatoria da eseguirsi pochi giorni prima del ricovero previsto per intervento

### 6. Esecuzione dei controlli periodici programmati

*Strumenti di Registrazione*

Cartella Clinica Ambulatorio GAT

*Note*

La gestante effettua i controlli CTG ed ecografici programmati sulla base del percorso assistenziale definito con il ginecologo

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

## 7. Ricovero e avvio del travaglio : iter assistenziale

### *Strumenti di Registrazione*

Cartella ostetrica  
ADT

Modulo di Consenso informato per parto di prova dopo TC  
Foglio informativo: Parto spontaneo dopo TC

### *Note*

All'insorgenza delle contrazioni o per rottura delle membrane la gestante accede al travaglio con ricovero in urgenza.

L'ostetrica del travaglio provvede ad eseguire le procedure per ricovero urgente, esegue il monitoraggio cardiocografico, rileva i parametri vitali e segnala al ginecologo di guardia la gestante che viene seguita durante il travaglio su responsabilità del medico di guardia come parto a rischio.

## 8. Assistenza al parto - Sorveglianza del benessere materno/fetale

### *Note*

E' necessaria una accurata sorveglianza del travaglio per consentire una precoce identificazione di una deiscenza della cicatrice o di rottura d'utero con rapido intervento.

Una diagnosi precoce ed una rapido espletamento del parto laparotomico sono fondamentali per ridurre il rischio di mortalità e morbilità materna e fetale

Pertanto il parto può avvenire solo in strutture in grado di garantire un rapido espletamento di parto operativo nell'arco di tutte le 24 ore.

Non ci sono segni clinici patognomonici ma la presenza di uno di questi segni deve far sospettare la possibilità dell'evento:

- Alterazioni della FCF nel tracciato ctg (sembra essere il segno più precoce)
- Cessazione di una attività contrattile uterina in precedenza efficiente
- Importante dolore addominale, specialmente se persiste tra una contrazione e l'altra
- Dolore toracico o all'apice della spalla, improvviso inizio di difficoltà del respiro
- Improvviso sensazione di ammorbidimento della cicatrice
- Sanguinamento vaginale anomalo o ematuria
- Tachicardia materna ipotensione o shock
- Risalita della parte presentata

Sono pertanto norme comportamentali:

- ✚ La valutazione del benessere fetale viene effettuata sempre mediante registrazione CGT continua ;può essere effettuato il travaglio in acqua se è disponibile la registrazione CTG mediante l'apparecchiatura per telemetria
- ✚ Deve essere pronta all'uso la sala operatoria ostetrica. Qualora la sala operatoria ostetrica sia occupata per altro intervento viene effettuata la preparazione della seconda sala per consentire l'esecuzione di TC in emergenza se necessario
- ✚ Il ginecologo di guardia sorveglia il travaglio ed è presente al parto
- ✚ Dopo il secondamento si effettua profilassi dell'emorragia post parto

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
*Dr. Francesco A. Battaglia* n° 4330 R.C.

## 9. Sorveglianza post parto

### Note

Per il controllo post parto devono essere attentamente sorvegliati:

- l'entità della perdita ematica
- i parametri vitali materni

- Qualora le condizioni cliniche lo richiedano, viene compilata la scheda di sorveglianza intensiva e monitorizzati i parametri vitali della paziente (saturimetria, PA, diuresi oraria ecc.,)
- La sorveglianza viene prolungata secondo indicazione medica

## 10. Trasferimento in reparto

### Strumenti di registrazione

Cartella clinica

### Note

Prima di trasferire la puerpera nel reparto di degenza l'ostetrica:

- effettua una valutazione clinica dei fenomeni generali e locali della puerpera;
- raccoglie tutta la documentazione clinica;
- effettua la registrazione in cartella dei dati clinici raccolti e informa il medico ginecologo degli accertamenti eseguiti.

Se il ginecologo autorizza il trasferimento in reparto l'ostetrica :

- chiede conferma della disponibilità del posto letto ,
- provvede a far accompagnare in reparto la puerpera, con la collaborazione di una OSS,
- consegna tutta la documentazione clinica della puerpera all'ostetrica di reparto

## 8. Parametri di controllo

Non si applica

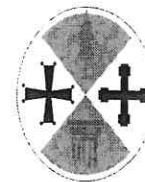
## 9. Strumenti di registrazione

Cartella GAT

Cartella ostetrica

Foglio di consenso informato: CONSENSO INFORMATO PER ACCEDERE AL TRAVAGLIO DI PROVA DOPO TC

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrin - Torelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
Dr. Francesco A. Battaglia - 4330 R.C.



## Informazioni sul parto vaginale dopo un pregresso parto addominale chirurgico ( taglio cesareo)

### Quali sono le sue possibili scelte per il parto dopo un precedente parto chirurgico addominale (taglio cesareo)?

Nel nostro paese è molto frequente sentir dire che dopo un "cesareo" occorre "per forza" fare un altro "cesareo". Questa affermazione non è vera e probabilmente rispecchia il fatto che in Italia vi siano ancora molte piccole maternità non dotate delle necessarie strutture di sicurezza (sala operatoria per urgenze, anestesisti e medici presenti 24 ore), dove il personale medico ed ostetrico non può acquisire la necessaria esperienza per la gestione dei casi complessi rari, ma conosciuti e prevedibili in sale parto con migliaia di parti seguiti ogni anno.

In questi casi di bassa sicurezza ambientale può essere preferibile indirizzare le donne al parto chirurgico.

Per tanto, se ha avuto una taglio cesareo precedente, in questa nuova gravidanza può scegliere serenamente come partorire.

Si può infatti scegliere di avere un parto vaginale o un nuovo taglio cesareo, la scelta è sicura in entrambi i casi, ma con diversi rischi e diversi benefici.

Nel valutare la sua scelta, il ginecologo le chiederà notizie sulla storia ostetrica pregressa ed attuale. Egli vorrà sapere:

- perché ha avuto il precedente parto chirurgico addominale e quello che è successo
  - il tipo di taglio che è stato fatto sul suo utero
  - se vi sono stati problemi o complicazioni nella gravidanza attuale
- Come è la crescita del feto ( Cioè è previsto un peso a termine inferiore a 4500 gr ).
- Dove è inserita la placenta

### Quali sono i vantaggi di un parto vaginale dopo cesareo (PVDC)?

1. non subire un secondo intervento maggiore più a rischio di complicanze chirurgiche
2. una maggiore possibilità di un parto normale senza complicazioni in gravidanze future
3. un recupero fisico ed una degenza più brevi
4. meno dolore addominale dopo il parto
5. minor rischio di complicanze respiratorie per il bambino connesse al taglio cesareo (circa 5%) e di piccoli problemi di adattamento alla nascita

### Quali sono gli svantaggi di un travaglio di parto dopo cesareo?

Gli svantaggi sono riconducibili tutti a:

- parto cesareo urgente in travaglio per alterazioni del battito cardiaco fetale, ma questa è una eventualità condivisa con qualunque travaglio e parto vaginale essendo causato dalla preoccupazione per il benessere del bambino.
- parto cesareo urgente in caso di rallentamento della evoluzione del travaglio per il rischio di indebolimento (deiscenza) o rottura della cicatrice uterina.
- possibilità che la cicatrice sul suo utero si indebolisca (deiscenza) o che addirittura si apra (rottura) anche quando non si eseguono manovre o terapie particolari. In pratica questi eventi, anche nella nostra esperienza, tendono a verificarsi quando si sommano fattori di rischio ( travaglio indotto, uso di ossitocina, etc.).

Se la cicatrice si apre completamente (rottura cicatrice) si potrebbero avere gravi conseguenze per lei e il suo bambino. Secondo le grandi casistiche internazionali il parto vaginale avviene senza queste complicanze in 99,6 casi su 100. È da rilevare come di regola queste possibili complicanze compaiono quando si sommano più fattori di rischio oppure nelle strutture senza una équipe permanente di sala operatoria

### Quando il parto vaginale dopo cesareo ha probabilità di avere successo?

Se ha avuto un parto vaginale, prima o dopo il parto cesareo, la percentuale di successo del parti vaginali dopo cesareo (PVDC) sale al 90%, circa nove donne su dieci.

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.



La maggior parte delle donne con due precedenti tagli cesarei avranno il loro bambino con un successivo taglio cesareo.

### **Fattori di rischio che limitano il successo di un travaglio di parto dopo taglio cesareo**

Minor probabilità di successo si osserva quando sono presenti uno o più degli otto fattori di rischio sotto elencati:

1. età materna superiore ai 40 anni
2. altezza inferiore a 150cm
3. sovrappeso - con un indice di massa corporea (BMI) superiore a 30
4. intervallo dal precedente taglio cesareo inferiore a 18 mesi
5. decorso febbrile del precedente taglio cesareo
6. precedente cesareo eseguito per andamento anomalo del travaglio e del parto
7. sospetto peso del bambino superiore alla norma
8. travaglio non insorto spontaneamente entro 41 settimane e necessità di un parto indotto
9. travaglio prolungato per dilatazione del collo uterino rallentata
10. periodo espulsivo non regolare

### **Quando il parto vaginale dopo cesareo non è consigliabile?**

Ci sono pochissime occasioni in cui non è consigliabile il PVDC e la ripetizione del parto cesareo risulta una scelta più sicura. Queste sono:

1. due o più cesarei precedenti
2. rottura dell'utero nel corso di un precedente parto o gravidanza
3. incisione uterina non eseguita in modo tipico
4. anomala inserzione della placenta (placenta accreta, placenta previa centrale o marginale)
5. complicazioni in gravidanza che richiedono un taglio cesareo.
6. somma di più fattori di rischio tra quelli riportati
7. miomectomie

### **Che cosa è un taglio cesareo elettivo ripetuto?**

Si tratta di un taglio cesareo programmato. La data prevista e di solito in anticipo di non più di sette giorni rispetto alla data presunta del parto.

### **Quali sono i vantaggi di un taglio cesareo elettivo ripetuto?**

I vantaggi includono:

- praticamente nessun rischio di rottura della cicatrice uterina
- conoscenza della data del parto.

Tuttavia, dato che il parto cesareo è previsto sette giorni prima della data di scadenza, c'è la possibilità che lei inizi il travaglio prima della data in cui è stato programmato l'intervento. Una donna su dieci (10%) va in travaglio prima di questa data.

### **Quali sono gli svantaggi di un taglio cesareo elettivo ripetuto?**

Gli svantaggi includono:

- Una operazione più lunga e forse più difficile. Il tessuto cicatriziale può anche rendere l'operazione più difficile e può essere responsabile del danneggiamento dell'intestino o della vescica (evento raro).
- Possibilità che si formino coaguli di sangue (trombosi) a livello polmonare. L'embolia polmonare può essere pericolosa per la vita (evento rarissimo).
- Vi è un più lungo periodo di recupero (evento frequente).
- Problemi respiratori per il suo bambino. Da quattro a cinque bambini ogni 100 (4-5%) nati da parto cesareo programmato hanno problemi di respirazione che di solito non durano a lungo. Aspettare fino a sette giorni prima della data di scadenza riduce al minimo questo problema.
- La necessità di parto cesareo elettivo nelle gravidanze future.
- la possibilità di un impianto anomalo della placenta sulla cicatrice dell'utero nelle gravidanze successive, che potrebbe creare difficoltà nella sua rimozione durante un successivo taglio cesareo con conseguente rischio di emorragia importante e necessita di un intervento di isterectomia.

### **Cosa succede durante il travaglio quando lei desidera partorire per via vaginale?**

In travaglio il battito cardiaco del bambino deve essere monitorato continuamente. Se lo si desidera presso il nostro ospedale è possibile essere sottoposta ad analgesia epidurale. L'equipe medica e ostetrica e perfettamente informata del suo travaglio e così pure l'equipe anestesilogica. Questo consente di organizzare in sicurezza un eventuale taglio cesareo.

### **Cosa succede se il travaglio non inizia spontaneamente quando si sceglie un parto vaginale?**

Se il travaglio non inizia prima di 41 settimane e 3 giorni, due opzioni potranno essere discusse con il suo medico di fiducia o nei nostri ambulatori dedicati. Queste sono:

- induzione del parto
- esecuzione di un taglio cesareo elettivo.

Questa rivalutazione si rende necessaria perché l'induzione del travaglio di parto comporta l'impiego di farmaci per fare rammollare il collo uterino e per fare contrarre l'utero. Questa è una delle condizioni che riducono la percentuale di successo del travaglio e al tempo stesso queste terapie sono considerate un fattore di rischio seppur piccolo di indebolimento o rottura della cicatrice.

### **Cosa succede se ha programmato un cesareo, ma il travaglio inizia spontaneamente prima?**

E' probabile che un cesareo d'urgenza venga effettuato una volta che la diagnosi di travaglio è confermata. Se il travaglio inizia prima di 37 settimane o è in fase molto avanzata la via vaginale è sicuramente la più adatta. Il vostro ginecologo ne discuterà con voi.

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
DIRETTORE  
Dr. Francesco A. Battaglia n° 4330 R.C.

## Consenso Informato sul parto vaginale dopo un pregresso parto addominale chirurgico ( taglio cesareo)

la sottoscritta compiutamente informata sulla mia situazione clinica e ho chiaro che i **vantaggi del parto vaginale** nella mia condizione sono:

1. non subire un secondo intervento maggiore più a rischio di complicanze chirurgiche;
2. una maggiore possibilità di un parto normale senza complicazioni in gravidanze future;
3. un recupero fisico ed una degenza in ospedale più brevi;
4. meno dolore addominale dopo il parto;
5. minor rischio di complicanze respiratorie per il bambino connesse al taglio piccoli problemi di adattamento.

Sono stata inoltre informata che in questa struttura la possibilità di successo del parto vaginale dopo taglio cesareo è circa dell'70%. Delle gestanti che attendono il travaglio di prova.

Ho anche compreso che i **fattori limitanti il successo del parto vaginale** sono:

1. altezza inferiore a 150cm;
2. intervallo dal precedente taglio cesareo inferiore a 18 mesi;
3. decorso febbrile del precedente taglio cesareo;
4. sospetto peso del bambino superiore alla norma;
5. travaglio non insorto spontaneamente entro 41 settimane +1 - 2 gg e necessita di un parto indotto;
6. travaglio prolungato per dilatazione del collo uterino rallentata;
7. periodo espulsivo non regolare.

Infine sono stata informata che i **fattori che controindicano il parto vaginale** in questa struttura sono:

1. due o più cesarei precedenti;
2. rottura dell'utero nel corso di un precedente parto o gravidanza;
3. incisione uterina non eseguita in modo tipico (verticale);
4. anomala inserzione della placenta (placenta accreta, placenta previa centrale e marginale);
5. complicazioni in gravidanza che richiedono un taglio cesareo.
6. precedente taglio cesareo prima della 37ma settimana

Dopo aver esaurientemente discusso sulla mia situazione clinica

Dr.....

**dichiaro che ho scelto di affrontare il travaglio per partorire per via vaginale**

**dichiaro che ho scelto di non affrontare il travaglio**

**dichiaro che nel caso in cui il travaglio non insorgesse spontaneamente entro 41 sett. + 3gg**

◇ **ACCETTO**  che il travaglio venga indotto secondo protocolli in uso in questa Divisione. Olio di ricino, scollamento delle membrane, palloncino di Foley, propess, prepidil, amnioressi;

◇ **NON accetto**  che il travaglio venga indotto con farmaci e chiedo l'espletamento del parto per via chirurgica addominale elettiva;

Reggio Calabria .....

Signora ..... data di nascita .....

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
Bianchi - Melacrino - Morelli  
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia  
**DIRETTORE**  
Dr. Francesco A. Baraglia n° 4330 R.C. 3