
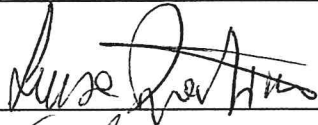

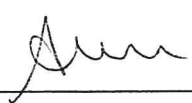


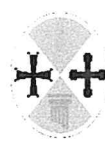
CARTELLA STRUTTURATA DELLO STEN

- Allegato A: Foglio Notizie Trasferimento Neonatale
- Allegato B: Foglio Notizie Trasporto
- Allegato C: Consenso Informato al Trasporto Neonatale
- Allegato D: Scheda per il riferimento all'ipotermia terapeutica

Rev.	00	
Data	Novembre 2017	
Redazione	Responsabile STEN Dott. Vincenzo Toscano	
	Direttore U.O.C. Neonatologia e TIN Dott.ssa Luisa Pieragostini	
Verifica	Direttore Sanitario di Presidio Dott. Paolo Vazzana	
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dott. Demetrio Marino	
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Italia Rosa Albanese	



Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
Tel 0965 397381 - Fax 0965 397383



Centro trasferente

FOGLIO NOTIZIE TRASFERIMENTO NEONATALE (compilazione in duplice copia a cura del centro trasferente)

1/2

DATI ANAGRAFICI Neonato/a: cognome / nome _____ sesso _____ data di nascita _____

giorno	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nato/a (comune): _____ Ospedale / Casa di cura: _____

Padre (nome): _____ Madre (cognome e nome): _____ nata il: _____

Residenza (indirizzo completo): _____ Nazionalità: _____

Recapito (indirizzo completo): _____ Tel: _____

ASL di residenza: _____ Note: _____

ANAMNESI OSTETRICA

Gravidanze precedenti n°:

n°	anno	aborto prov.	aborto spont.	nato morto	nato vivo	E.G.	sesso	peso alla nascita	patologia neonatale ed esito - profilassi anti D
1									
2									
3									
4									
5									

GRAVIDANZA ATTUALE fisiologica assistita (specificare) data ultima mestruazione: E.G. (sett.)

Fattori di rischio: fumo (N° sigarette die): alcool (3 bicch. vino e/o 1 bicch.no di superalcolico /die) sostanze d'abuso.....

minaccia di aborto, sett. minaccia di parto pretermine, sett. diabete tipo: obesità gestosi

altre patologie:

	Gruppo	Coombs Ind.	Salmonella	HBsAg	HCV	HIV	Toxoplasmosi	CMV	Rosolia	Herpes	Strepto B
data											
esito											

altro:

esami strumentali:

glucocorticoidi (tipo) dosaggio: data ultima dose: n° dosi:

altri farmaci:

note sulla gravidanza attuale:

TRAVAGLIO

inizio spontaneo: si no durata: <12 ore 12-24 ore >24 ore febbre: no si durata: <12 ore 12-24 ore >24 ore

monitoraggio BCF: nella norma tachicardia bradicardia decelerazioni variabili precoci tardive scarsa variabilità

rottura delle membrane spontanea: si no < 12 ore 12-18 ore >18 ore

liquido amniotico: limpido tinto di meconio tinto di sangue fetido oligoidramnios polidramnios altro: _____

PARTO

tipo di parto _____ spontaneo forcipe vacuum cesareo di elezione di emergenza motivo: _____

singolo multiplo gemello n° su tot feti n°

monocoriali bicoriali monoamniotici biamniotici

situazione _____ longitudinale traversa obliqua

presentazione _____ vertice bregma fronte faccia podice spalla posizione: _____

farmaci in travaglio _____

anestesia no si generale epidurale altro: _____

funicolo _____ n° vasi: prolasso brevità giri nodi

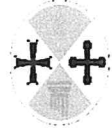
placenta _____ peso g: aspetto: normale infartuata altro: _____

note _____

Grande Ospedale Metropolitano B.M.M. Reggio Calabria - Circonferenza Strutturata dello STEN allegato A pag. 2/2
Data elaborazione: settembre 2017 - Data approvazione: _____ Prot. n° 412/Neo del 16/11/2017 - Rev. 00



Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
Tel 0965 397381 - Fax 0965 397383



FOGLIO NOTIZIE TRASFERIMENTO NEONATALE (compilazione in duplice copia a cura del centro trasferente) 2/2

Neonato/a: cognome/nome	sesso	data di nascita				
		giorno	mese	anno	ora	min.

NEONATO

inizio respiro regolare (min): rianimazione primaria no si

	NO	SI	FiO ₂	durata (min)	Note
somministrazione di O ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ventilazione a PPI con maschera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ventilazione a PPI con tubo ET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aspirazione endotracheale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	liquido aspirato: limpido <input type="checkbox"/> tinto <input type="checkbox"/>	
massaggio cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

farmaci ed infusioni:	dosaggio:	via di somministrazione:
Surfattante (tipo:.....)	endotracheale
.....
.....
.....

Indice di Apgar	0	1	2	1'	5'	10'	20'
frequenza cardiaca	assente	<100	>100				
movimenti respiratori	assenti	incostanti	pianto valido				
tono muscolare	flaccido	flessione	movimenti attivi				
riflesso naso-faringeo	assente	smorfia	tosse				
colorito	cianosi diffusa	cianosi periferica	roseo				
TOTALE							

peso g:	centile:	emissione di meconio	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	emissione di urine	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
lunghezza cm:	centile:	profilassi oculare	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	tipo:	
c. cranica cm:	centile:	vitamina K	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	mg:	i.m. <input type="checkbox"/> os <input type="checkbox"/>

temperatura rettale misurata entro la 1° ora di vita screening metabolici no si data

DECORSO SUCCESSIVO

problemi/esami di laboratorio e strumentali/terapie (se necessario allegare fotocopia della cartella clinica e/o altra documentazione)

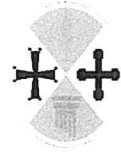
Assegnazione MINT score								
Peso Nascita (g)	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	pH neonato	< 6,90	6,91-7,10	> 7,10
	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		10 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Età (ore)	< 1 ora		> 1 ora		PaO ₂ mmHg o SatO ₂ %	<23 o <50%		>23 o >50%
	4 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>			2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Apgar a 1'	0	1	2-3	> 3	Anomalie congenite	Si		No
	8 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Intubato	si	no			TOTALE	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>		
	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>						

Io sottoscritto dott. dichiaro che i genitori del neonato/a sono stati informati della necessità del trasferimento del loro figlio/a e hanno dato il loro consenso. Inoltre dichiaro che è stata erogata la prescritta informativa e acquisito il consenso in ottemperanza al D. Lgs. 30 giugno 2003, n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche vigenti.

Data: Firma leggibile e timbro (del medico dell'ospedale trasferente)



Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
Tel 0965 397381 - Fax 0965 397383



FOGLIO NOTIZIE TRASPORTO (compilazione in duplice copia a cura delle Unità Operative dello STEN) 1/1

Neonato/a: cognome / nome	SESSO	data di nascita				
		giorno	mese	anno	ora	min.

C. Trasferente (CT)	istituto:	reparto:	medico:
---------------------	-----------	----------	---------

C. Ricevente (CR)	istituto:	reparto:	medico:
-------------------	-----------	----------	---------

tipo di trasporto: trasferimento back andata/ritorno: andata ritorno tipo indagine: _____ n° trasporto: _____

chiamata dal centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mese	anno	ora	min.
---------------------------------	--------	------	------	-----	------	---------------------------	--------	------	------	-----	------

servizio: disponibile <input type="checkbox"/> impegnato <input type="checkbox"/> unità operativa:	mezzo:	incubatrice:
--	--------	--------------

medico:	infermiere:	autista:	barelliere:
---------	-------------	----------	-------------

partenza per il centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.
------------------------------------	--------	------	------	-----	------	------------------------------	--------	------	------	-----	------

sanitario presente al centro trasferente: pediatra altro condizioni del neonato: discrete mediocri gravi critiche deceduto

problemi rilevati											
all'arrivo al CT											
dopo stabilizzazione											
all'arrivo al CR											

orientamento diagnostico dello STEN:

procedure / terapie	FiO ₂	ventilazione manuale	nCPAP	intubazione O.T./N.T.	ventilazione meccanica	bronco-aspirazione	catereterismo v.o.	acc. vasc. v. periferica	infusione S.G <input type="checkbox"/> S.F <input type="checkbox"/>	drenaggio PNX
dal CT										
dallo STEN al CT										
durante il trasporto										
terapie effettuate dallo STEN	surfattante	NaHCO ₃	bolo sol. glucosata	PGE1	fenobarbitale	adrenalina				
orario di somministrazione										
dosaggio										
parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettale	glicemia	P.A.	pH	PO ₂	PCO ₂	EB	HCO ₃ ⁻
all'arrivo al CT	-	-	-							
dopo stabilizzazione	-	-	-							
all'arrivo al CR										
parametri rilevati	FC	FR spontanea	SaO ₂	TI/Te	PIP	CPAP/PEEP	Flusso	Frequenza respiratore	Indagini strumentali	
all'arrivo al CT										
dopo stabilizzazione										
all'arrivo al CR										

partenza per il centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.
----------------------------------	--------	------	------	-----	------	----------------------------	--------	------	------	-----	------

condizioni del neonato: migliorate <input type="checkbox"/> invariate <input type="checkbox"/> peggiorate <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/>	nuova disponibilità STEN	giorno	mese	anno	ora	min.
--	--------------------------	--------	------	------	-----	------

Assegnazione TRIPS score

Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Totale centro trasferente	Totale centro ricevente
Temperatura (°C)				PAs mmHg					
< 36.1 o > 37.6	8			PAs < 20	26				
36.1 - 36.5 oppure 37.2 - 37.6	1			PAs 20 - 40	16				
36.6 - 37.1	0			PAs > 40	0				
Stato respiratorio				Risposta agli stimoli dolorosi					
Severo (apnea, gasping, intubato)	14			Nessuna, convulsioni	17				
Moderato (Fr > 60 e/o SaO ₂ < 85%)	5			Risposta letargica, pianto assente	6				
Normale (Fr < 60 e/o SaO ₂ > 85%)	0			Risposta vigorosa, pianto	0				

Epicrisi e note:

STEN



SERVIZIO TRASPORTO EMERGENZA NEONATALE
Reggio Calabria

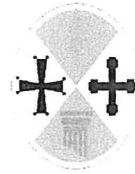


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
Tel 0965 397381 - Fax 0965 397383



CONSENSO INFORMATO AL TRASPORTO NEONATALE

Grande Ospedale Metropolitano B.M.M. Reggio Calabria - Circolata Strutturata dello STEN allegato C pag 1/1
Data elaborazione: settembre 2017 - Data approvazione: ____/____/____ • Prot. n° 412/Neo del 16/11/2017 • Rev. 00

Il sottoscritto dr.....

dichiara di avere fornito ai signori

..... (padre del bambino/a)

..... (madre del bambino/a)

.....nato/a

Il / / ricoverato presso l'Ospedale di

le seguenti informazioni:

Il trasferimento comporta rischi connessi

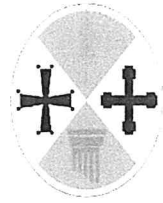
- alla mobilitazione del paziente critico,
- alla mancanza di attrezzature diagnostico-terapeutiche non trasportabili,
- alla viabilità.

Il rischio prevedibile legato al trasporto è inferiore al rischio legato alla permanenza del piccolo presso il centro nascita dello stesso.

Firma della madre/tutore

Firma del padre/tutore

Firma del medico

STENSERVIZIO TRASPORTO EMERGENZA NEONATALE
Reggio CalabriaSERVIZIO
SANITARIO
REGIONALEDipartimento Tutela della Salute
e Politiche SanitarieGrande Ospedale Metropolitano
"Bianchi Melacrino Morelli"
Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
Tel 0965 397381 - Fax 0965 397383**Scheda per il riferimento all'ipotermia terapeutica**

Nome: _____ Cognome: _____

Nato il: ____ / ____ / ____ EG: sett. ____ + gg ____

Consenso informato del centro trasferente Grande Ospedale Metropolitano B.M.M., Reggio Calabria - Cartella Strutturata dello STEN allegato D pag. 1/1
Data approvazione: settembre 2017 - Data approvazione: ____/____/____ • Prot. n° 412/Neo del 16/11/2017 • Rev. 00EG > 35 sett Peso neonatale ≥ 1800 g **Ipossia perinatale:**Indice di Apgar a 10' < 5 Rianimazione con TET o maschera a 10'

Acidosi fetale da qualsiasi EGA entro 60':

ph ≤ 7.0 oppure BE ≥ 12 mmol/l EII moderata EII severa da valutazione
neurologica (allegato) effettuata aminEtà < 6 ore Ipotermia passiva al centro trasferente

Inizio _____ durata _____

Stabilizzazione:

Metabolica.....

.....

.....

.....

Cardiocircolatoria.....

.....

.....

.....

Respiratoria.....

.....

.....

.....

.....

Temperatura rettale alla partenza.....°C Terapia sedativa/antiepilettica Sedoanalgesia Ipotermia passiva : Sacchetti di ghiaccio istantaneo o di gel raffreddati:

Data/ora	0 min	15 min	30 min	45 min	60 min	75 min	90 min	105 min	120 min
T. rettale									
SaO2									
FC bpm									

NOTE:.....
.....
.....
.....
.....
.....