



Center for Fetal Diagnosis and Therapy

Prof. Roland Zimmermann, MD
roland.zimmermann@usz.ch
Prof. med. Ueli Moehrlen, MD
ueli.moehrlen@kispi.uzh.ch
Co-Directors

LISTA DI CONTROLLO PER LA VALUTAZIONE PRELIMINARE PER UN'EVENTUALE CHIRURGIA FETALE A ZURIGO

Si prega di stampare, compilare e inviare al seguente ufficio:

Ufficio di coordinamento:

University Children's Hospital Zurich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zurich
Telefono: +41 44 266 32 28
barbara.casanova@kispi.uzh.ch
montserrat.blazquez@kispi.uzh.ch
www.swissfetus.ch

VALUTAZIONE MATERNA

Cognome:

Nome:

Data di nascita (min. 18 anni):

Nr. telefono casa:

Nr. telefono lavoro:

Nr. cellulare:

Email:

Indirizzo:

.....

Stato civile:

Professione/titolo di studio:

Assicurazione malattia / Azienda Sanitaria:

Persona responsabile (nome):

Dati di contatto (E-mail, telefono):



Numero di precedenti gravidanze:

Data ed esito di ciascuna (nato vivo, morte fetale, aborto, parto vaginale / cesareo):
.....

Età gestazionale oggi (data = x settimane + x giorni):

Gravidanza multipla:

Prematurità (nascite premature / cervice corta <20mm, cerchiaggio cervicale):
.....
.....

Condizioni legate alla gravidanza (diabete gestazionale, ipertensione, per-eclampsia, eclampsia, isoimmunizzazione, Rh nell'attuale o precedente gravidanze, isoimmunizzazione Kell, Duffy etc., trombocitopenia):
.....
.....

Condizioni legati all'utero (mioma, malformazioni, isterotomia in segmento attivo dell'utero):
.....
.....

Posizione della placenta (anteriore / posteriore / previa):
.....

Inserzione cordone ombelicale:

Quantità fluido amniotico (normale / polidramnio / oligoidramnio):
.....

Interventi chirurgici precedenti (problemi?):
.....
.....

Anestesi precedenti (problemi?):
.....
.....

Gravi patologie (HIV, epatite, ipertensione, diabete mellito, cardiopatie, malattie pulmonli, patologie neurologiche, patologie renali):
.....
.....

Peso, altezza, indice di massa corporea (BMI):



Problemi psichiatrici:

.....
.....
.....

Problemi sociali:

.....
.....
.....

Farmaci ricettate dal dottore:

.....
.....

Fumo:

.....

Alcol:

.....

Sostanze stupefacenti:

.....

VALUTAZIONE FETALE

Mielomeningocele / Mieloschisi (livello / estensione):

.....
.....

Gibbo / cifosi / scoliosi / alter malformazioni vertebrali:

.....
.....

Malformazione di Arnold Chiari II:

.....

Altre condizioni / malformazioni cerebrali:

.....

Misura ventricoli:

.....

Movimento degli arti inferiori (anche, ginocchia, caviglie, dita):

.....
.....

Piedi deformi:

.....

Amniocentesi (cariotipo):

.....

