



Center for Fetal Diagnosis and Therapy

**Prof. Nicole Ochsenbein, MD**  
nicole.ochsenbein@usz.ch  
**Prof. 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  
[fetalsurgery@kispi.uzh.ch](mailto:fetalsurgery@kispi.uzh.ch)  
[www.swissfetus.ch](http://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 deformati:

.....

Amniocentesi (cariotipo):

.....

