

The Zurich 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 compilare e inviare al seguente ufficio:

Ufficio di coordinamento:

fetalsurgery@kispi.uzh.ch
University Children's Hospital Zurich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zurich
Telefono: +41 44 266 32 28
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?):

.....

.....

Anestesia 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):

.....

