

SCHEDE PER LA RACCOLTA DEI DATI ANAMNESTICI

SCHEDE “SINDROME DELLA MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE” (SIDS)

ANAGRAFICA MADRE

CognomeNome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Indirizzo: via.....N°CAP.....

ComuneProvincia

• Etnia:

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Caucasica | <input type="checkbox"/> Ispanica | <input type="checkbox"/> Medio Orientale |
| <input type="checkbox"/> Indiana (subcontinentale) | <input type="checkbox"/> Asiatica | <input type="checkbox"/> Nera |
| <input type="checkbox"/> Meticcia | <input type="checkbox"/> Magrebina | <input type="checkbox"/> Altra <input type="checkbox"/> Dato mancante |

• Professione.....

• Precedenti concepimenti Si No Dato mancante

Numero parti precedenti.....

N° nati vivi.....

N° feti morti (>25^a settimana- Legge n°31/2006).....

N° aborti spontanei.....Settimane per aborto.....

N° di IVG (interruzione volontaria di gravidanza).....

Data ultimo parto precedente: (gg/mm/aaaa)/...../.....

FUMO	ATTIVO			PASSIVO			
	NO	SI	Sigarette n/die	A CASA		AL LAVORO	
				NO	SI	NO	SI
prima del concepimento		dall'età di anni _____			dall'età di anni _____		dall'età di anni _____
durante la gravidanza		fino alla sett.gest. ____			fino alla sett. gest ____		fino alla sett.gest. ____
dopo il parto		fino all'età del bambino di giorni ____			fino all'età del bambino di giorni ____		fino all'età del bambino di giorni ____

- La madre usa la sigaretta elettronica?
 - Sì; se sì, specificare la concentrazione di nicotina: senza nicotina bassa (4.5-6 mg/ml)
 - media (9-12 mg/ml) alta (16-18 mg/ml) molto alta (24 mg/ml) altissima (36 mg/ml)
 - No
 - Dato mancante
- La madre consuma bevande alcoliche?
 - Sì (specificare quali bevande e quantità.....)
 - No
 - Dato mancante
- La madre utilizza, o ha utilizzato in passato, sostanze stupefacenti?
 - Sì (specificare quali e quando)
 - No
 - Dato mancante
- La madre fa uso abituale di sedativi e/o altri farmaci?
 - Sì (specificare.....)
 - No
 - Dato mancante
- La madre è risultata positiva al virus dell'HIV? Sì No Dato mancante

PATOLOGIE GESTANTE

- Malattia ipertensiva Sì (gestazionale /pregestazionale) No Dato mancante
- Diabete Sì (gestazionale /pregestazionale) No Dato mancante
- Alterazioni dell'emoglobina Sì No Dato mancante
- ↓
- Talassemia Metemoglobinemia Altro
- Alterazioni della coagulazione Sì No Dato mancante
- Malattie autoimmuni Sì No Dato mancante

INFEZIONI MATERNE PRECONCEZIONALE PERI-POSTCONCEZIONALE

- HIV
- HCV
- TOXO
- RUBEO
- HBV
- LUE
- CMV
- altro

ALTRE PATOLOGIE

- disturbi tiroide
- patologie renali
- parodontopatie
- cardiopatia
- colestasi gravidica
- altro

FRATELLI (del lattante morto)

	VIVO NATO IL	MORTO ALL'ETA' DI		CAUSA*
		MESI	ANNI	
1				
2				
3				

*specificare se morto per SIDS

ANAGRAFICA PADRE

CognomeNome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Indirizzo: via.....N°CAP.....

ComuneProvincia

• Etnia:

- Caucasica
- Indiana (subcontinentale)
- Meticcia
- Ispanica
- Asiatica
- Magrebina
- Medio Orientale
- Nera
- Altra
- Dato mancante

• Professione.....

- Il padre fuma? No Si (specificare n.sigarette/die.....)
 Dato mancante

- Il padre consuma bevande alcoliche?
 Si (specificare quali bevande e quantità.....)
 No
 Dato mancante

- Il padre utilizza, o ha utilizzato in passato, sostanze stupefacenti?
 Si (specificare quali e quando) No
 Dato mancante

- Il padre fa uso abituale di sedativi e/o altri farmaci?
 Si (specificare.....)
 No
 Dato mancante

- Il padre è risultato positivo al virus dell'HIV? Si No Dato mancante

SCHEDA SIDS

Cognome Nome

Indirizzo: via.....N°.....CAP.....

Comune..... (Provincia).....

Sesso: Maschio
 Femmina

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Età postconcezionale..... (età gestazionale + età postnatale.....)

Data di morte (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Ora del decesso, se conosciuta (hh:mm).....

Ora del rilievo del decesso (hh:mm).....

Ora dell'ultimo controllo parentale (hh:mm).....

Tipo di allattamento:

- materno, fino all'età di.....
- formula, dall'età di
- misto, dall'età di
- svezzato, dall'età di
- dato mancante

Come dormiva di solito?

- supino
- prono
- sul fianco
- dato mancante

Con il succhiotto?

- Sì
- No
- dato mancante

Data ultimo controllo pediatra (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Patologie in atto:

No

Si (specificare):

- Raffreddore
- Tosse
- Febbre
- Diarrea
- Vomito/rigurgito
- Esantema/eczema
- Altro

Ha manifestato disturbi respiratori?

No

Si (specificare):

- Apnee notturne
- Altro

Ha eseguito vaccinazioni nell'ultimo mese?

- No
- Si (specificare.....)
- Dato mancante

Il riscontro diagnostico è stato effettuato?

- Si
- No
- Dato mancante



presso quale sede?.....

I prelievi sono stati eseguiti secondo il protocollo nazionale?

- Si
- No
- Dato mancante

Data del riscontro diagnostico (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Medico che ha effettuato il riscontro diagnostico

SCENA DEL RITROVAMENTO

nome del bambino

trovato morto il..... ora.....

Luogo di morte

IN OSPEDALE

Nome.....

IN CASA

in culla/lettino

in camera coi genitori in camera separata

in altro luogo dell'abitazione (specificare)

a letto con i genitori

a letto con altre persone (specificare)

nel seggiolone

in braccio

nel passeggino

nell'infant-seat

temperatura nella stanza del ritrovamento°C circa

temperatura del bambino °C

FUORI CASA

nel passeggino nel seggiolino in automobile in braccio

abitazione altrui altro, specificare

SE SDRAIATO, la posizione era: supina prona sul fianco

in altra posizione, specificare

tipo di abbigliamento indossato

Cuscino No Si

succhiotto in bocca No Si

catenine o nastri al collo No Si

consistenza del materasso

oggetti/giocattoli nel lettino No Si

materiale organico

in bocca No Si, specificare.....

nel naso No Si, specificare.....

nel pannolino No Si, specificare

tentativi di rianimazione No Si

Aspetto del bambino quando è stato ritrovato morto

decolorazione attorno al volto/bocca

sudato

secrezioni (schiuma, bava)

flaccido

decolorazione cutanea (livor mortis)

caldo

freddo

segni da pressione (aree pallide, decolorazioni)

rash o petecchie (piccole macchie rosse su cute, membrane o occhi)

rigido

impronte sul corpo (graffi o lividi)

non valutato

altro

In quale giorno e a quale ora è stato somministrato l'ultimo pasto?

Giorno/...../..... Ora:.....

Persona che ha somministrato l'ultimo pasto

.....

Quali cibi e liquidi sono stati somministrati al bambino nelle ultime 24 ore (incluso l'ultimo pasto) e in quale quantità?

- latte materno ml
- latte in polvere gr
- latte di mucca ml
- acqua ml
- altri liquidi (thè, succo) ml
- cibi omogeneizzati o solidi gr
- altro gr /ml

C'è stato un nuovo alimento somministrato al bambino nelle ultime 24 ore?

- No
- Sì, specificare (es. passaggio a latte artificiale, svezzamento).....
.....

chi ha rilevato la morte?

- medico madre padre altri, specificare.....
-

Persona che ha effettuato la raccolta dei dati anamnestici

Nome e Cognome

Qualifica.....

Data.....

CONSENSO INFORMATO AL RISCONTRO DIAGNOSTICO

Io sottoscritta (madre).

nata a (Prov.) il
residente a (Prov.) CAP
in via n° Tel
e

Io sottoscritto (padre).....

nato a (Prov.) il
residente a (Prov.) CAP
in via n° Tel

esprimiamo il consenso all'effettuazione del riscontro diagnostico, a condizione che i risultati
vengano trattati in forma anonima.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE

Le analisi genetiche su materiale biologico umano sono condotte al fine di individuare alterazioni del patrimonio genetico che possono causare o predisporre allo sviluppo di patologie. Tutti i risultati ottenuti da tali analisi sono strettamente riservati e sottoposti al vincolo del segreto professionale. Ogni tipo di materiale biologico prelevato è conservato in modo anonimo ai sensi della legge sulla privacy (d.leg. 30/6/03 n.196) e la possibilità di risalire ai dati identificativi è riservata solo al personale autorizzato.

Io sottoscritta (Madre)

nata a (Prov.) il

residente a(Prov.) CAP

in via n° Tel

e

Io sottoscritto (Padre)

nato a (Prov.) il

residente a(Prov.) CAP

in via n° Tel

esprimiamo il consenso al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di analisi genetiche a condizione che il DNA o altro materiale estratto venga usato, in forma anonima, con garanzia della massima riservatezza, per ricerche scientifiche.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI TOSSICOLOGICHE

Le analisi tossicologiche su materiale biologico umano sono condotte al fine di individuare la presenza di sostanze esogene che possono causare o predisporre allo sviluppo di patologie. Tutti i risultati ottenuti da tali analisi sono strettamente riservati e sottoposti al vincolo del segreto professionale. Ogni tipo di materiale biologico prelevato è conservato in modo anonimo ai sensi della legge sulla privacy (d.leg. 30/6/03 n.196) e la possibilità di risalire ai dati identificativi è riservata solo al personale autorizzato.

Io sottoscritta (Madre)
nata a (Prov.) il
residente a(Prov.) CAP
in via n° Tel

e

Io sottoscritto (Padre)
nato a (Prov.) il
residente a(Prov.) CAP
in via n° Tel

esprimiamo il consenso al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione di analisi tossicologiche e che tale materiale venga usato, in forma anonima, con garanzia della massima riservatezza, per ricerche scientifiche.

Data

Firma Madre.....

Firma Padre.....