



Arnas G. Brotzu
Data: 23/01/2026 11:43:20 PG/2026/0001381



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

MODULO DI INCIDENT REPORTING

Inviare a:

gestionerischio@aob.it

E p.c.:

[dirtsan.businco@aob.it](mailto:dirsan.businco@aob.it) / dirtsan.micro@aob.it /

direzionesanitariapresidio@aob.it

ed eventualmente a: ufficio.legale@aob.it

**S.C. Qualità, Percorsi
Assistenziali e Gestione
del Rischio**

Presidio Ospedaliero: ☐ A. Businco ☐ A. Cao ☐ San Michele ☐ Unità Operativa:

Operatore che segnala l'evento

Nome:

Cognome:

Ruolo: ☐ Medico ☐ Infermiere-a / Ostetrico-a / Tecnico-a ☐ OSS ☐ Altro (specificare):

Dati relativi al Paziente

Nome e Cognome.....

Data di nascita Sesso ☐ F ☐ M

Regime di assistenza

☐ Ricovero Ordinario

☐ Ricovero DH / DS

☐ Ambulatoriale

☐ Altro (specificare):

Descrizione dell'evento

Raccontare come si sono svolti i fatti (indicare che cosa è successo, come e perché è successo, chi si è accorto di cosa stava accadendo/è accaduto):

Data: **ora:** **luogo** (camera, bagno, ambulatorio, etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'evento è stato documentato in cartella? ☐ SI ☐ NO ----- **Il danneggiato e/o i familiari sono stati informati dell'accaduto** ☐ SI ☐ NO

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di un fattore e più risposte)

Fattori legati al paziente e ai familiari	☐ Condizioni generali precarie/ fragilità/infermità ☐ Non cosciente/ scarsamente orientato ☐ Poca/ mancata autonomia ☐ Barriere linguistiche/culturali ☐ Scarsa compliance ☐ Condizioni sociali	Fattori Infrastrutturali - Ambientali	☐ Ambiente inadeguato (microclima) ☐ Assenza di barriere/sistemi/strumenti per la sicurezza con funzione di protezione ☐ Ambiente inadeguato (struttura) ☐ Fattori correlati agli impianti
Fattori legati al personale (fattori umani)	☐ Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure ☐ Inadeguate conoscenze/ competenze/inesperienza ☐ Fatica/ stress /turni ☐ Presa scorciatoia/ regola non seguita ☐ Mancata/ inesatta lettura/compilazione della documentazione / etichetta ☐ Mancata supervisione del personale ☐ Carente lavoro di equipe ☐ Carente formazione/addestramento degli operatori ☐ Mancata verifica di presenza/funzione apparecchiature/dispositivi medici/materiale di consumo	Fattori tecnologici: Apparecchiature e Dispositivi Medici	☐ Fattori correlati all'uso di apparecchi elettromedicali ☐ Fattori correlati all'utilizzo di applicativi informatici ☐ Fattori correlati all'uso di dispositivi medici ☐ Mancanza/ inadeguatezza apparecchiature ☐ Mancanza inadeguatezza dispositivi medici ☐ Assenza/non rispetto del piano di manutenzione preventiva per apparecchiatura ☐ Assenza/non rispetto dei controlli programmati per il dispositivo specificare apparecchiatura..... specificare dispositivo
Fattori legati alla comunicazione	☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari ☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti ☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e familiari/accompagnatori ☐ Inadeguatezze nella documentazione sanitaria ai fini della corretta gestione clinica del paziente (irreperibile, illeggibile, poco chiara, incompleta)	Fattori legati al sistema/organizzativi	☐ Staff inadeguato/ insufficiente ☐ Insufficiente addestramento/ inserimento ☐ Gruppo nuovo/ inesperto ☐ Elevato turn-over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Protocollo/ procedura incompleta/ambigua ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure ☐ Mancato coordinamento ☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature ☐ Mancanza/ inadeguatezza materiale di consumo ☐ Mancanza di procedura/protocollo/percorso diagnostico terapeutico/istruzione operativa ☐ Inadeguatezza organizzazione turni

Altri fattori (specificare):



Arnas G. Brotzu
Data: 23/01/2026 11:43:20 PG/2026/0001381



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

MODULO DI INCIDENT REPORTING

Inviare a:

gestionerischio@aob.it

E p.c.:

dirsan.businco@aob.it / dirsan.micro@aob.it /

direzionesanitariapresidio@aob.it

ed eventualmente a: ufficio.legale@aob.it

**S.C. Qualità, Percorsi
Assistenziali e Gestione
del Rischio**

Suggerimenti per prevenire/evitare il ripetersi dell'evento

.....
.....

EVENTO		Per EVENTO AVVERSO con esito significativo e per ESITI EVENTO SENTINELLA è possibile barrare più di una voce.	
Evento potenziale	NEAR MISS	NESSUN ESITO Evento non accaduto per caso fortuito o perché intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma mai somministrato)	(Livello 1) ☐
	EVENTO SENZA DANNO	NESSUN ESITO Evento accaduto che non ha causato danno (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente, caduta senza danno, cancellazione o posticipazione del trattamento per errata preparazione, etc.)	(Livello 2) ☐
Evento effettivo	EVENTO AVVERSO	ESITO MINORE Necessità di: osservazioni monitoraggio extra e/o di ulteriore visita del medico	(Livello 3) ☐
		ESITO MODERATO Necessità di: indagini diagnostiche minori (es. esame di laboratorio) e/o trattamenti minori (es. bendaggi, farmaci analgesici)	(Livello 4) ☐
		ESITO RILEVANTE Necessità di: indagini radiologiche; trattamenti con altri farmaci;	(Livello 5) ☐
		ESITO SIGNIFICATIVO Presenza di: prolungamento della degenza ☐ intervento chirurgico ☐ condizioni che permangono alla dimissione ☐	(Livello 6) ☐
	EVENTO SENTINELLA	ESITO GRAVE Morte ☐ , Disabilità permanente ☐ , Coma ☐ , Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione ☐ , Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente ☐ , Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva ☐ , Re-intervento chirurgico ☐ , Rianimazione cardio respiratoria ☐ , Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio ☐ , Violenza subita nell'ambito della struttura ☐ , Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 ☐ , Altro ☐ (specificare):	(Livello 7) ☐

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie? ☐ SI ☐ NO

☐ Indagini di laboratorio	☐ Visita medica	☐ Ricovero	☐ Trasferimento presso altro
☐ Indagini radiologiche	☐ Consulenza specialistica	☐ Trattamento con farmaci non altrimenti necessari	Reparto/Presidio Ospedaliero (specificare):
☐ ECG	☐ Medicazioni	☐ Intervento chirurgico	☐ Altro (specificare):
☐ Altre indagini			

Quali accorgimenti son stati intrapresi o si intende intraprendere a seguito dell'evento?

☐ Audit interno	☐ Modifica organizzativa	☐ Utilizzo presidi/attrezzatura
☐ Stesura/revisione protocollo/procedura	☐ Formazione/addestramento	☐ Altro (specificare):

Eventuali ulteriori commenti:

Firma leggibile dell'Operatore che segnala l'evento:

CLASSE	CARATTERISTICHE PAZIENTE	PERSONALE IMPIEGATO DURANTE IL TRASPORTO
CLASSE I e II PAZIENTE NON CRITICO	- Non necessita di monitoraggio dei parametri vitali - Non necessita di una linea venosa - Non richiede la somministrazione continua di O2 - Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva	Di norma è prevista solo la presenza di soccorritori di livello avanzato e in casi selezionati dalla C.O. di riferimento, di Personale Infermieristico
CLASSE III PAZIENTE PARZIALMENTE CRITICO	- Necessita del monitoraggio dei parametri vitali - Necessita di una linea venosa - Non necessita di monitoraggio invasivo - Può presentare lieve compromissione dello stato di coscienza (GCS >9) - Può presentare lieve o modesto distress respiratorio - Richiede la somministrazione continua di O2	È prevista la presenza di un Infermiere e/o, in casi selezionati dalla C.O. di riferimento, di Personale Medico
CLASSE IV PAZIENTE CRITICO	- Necessita di intubazione tracheale - Necessita di supporto ventilatorio - Necessita di due linee venose o CVC - Può presentare distress respiratorio grave - Può essere presente una compromissione dello stato di coscienza con GCS <9 - Può richiedere le somministrazioni di farmaci salvavita - Trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva	Il Paziente deve essere accompagnato sempre da un Medico e da un Infermiere, specificando che, nel caso in cui tale Paziente sia stato preso in cura da un Anestesista Rianimatore, per la continuità terapeutica dovrà essere la stessa figura professionale che si incaricherà del trasferimento
CLASSE V PAZIENTE GRAVE	- Non può essere completamente stabilizzato - Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo - Richiede terapia salvavita durante il trasporto	Il Paziente deve essere accompagnato sempre da un Medico specialista in Anestesia e Rianimazione e da un Infermiere di area critica



VIE AEREE	CARDIACO	NEUROLOGICO
• Ostruzione vie aeree con diagnosi incerta • Inalazione di corpo estraneo associata a stridore, scialorrea, ipossia che non possa essere trattato in sede	Cardiopatia congenita o acquisita associata a: • Distress respiratorio • Ipoperfusione • Aritmia • Alterazione di coscienza	• Stato di male convulsivo • Segni di ipertensione endocranica • Paziente in sedazione profonda con propofol in infusione continua in psicosi grave
RESPIRATORIO	ENDOCRINOLOGICO	GASTROINTESTINALE
Broncospasmo con: • Non risposta alla terapia • Ipercapnia in peggioramento • Bronchiolite • Distress severo • Cardiopatia congenita nota o malattia polmonare cronica e distress respiratorio • Paziente intubato (priorità SORES)	Chetoacidosi con: • Deterioramento neurologico • pH < 6.9 Ustioni: • Ustioni > 15% di superficie corporea • Ustioni in aree critiche (volto, zone genitali, articolazioni)	Sanguinamento: • Gastrointestinale acuto in atto • Associato ad anemizzazione, shock o necessità di trattamento intensivo/chirurgico

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	MODELLO DI COMUNICAZIONE SBAR	AII_004_PSQ_AZ_019
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO

SBAR	SIGNIFICATO	COSA	COME
Situation (Situazione)	Situazione e stato attuale del Paziente	Identificazione dello stato clinico, situazione acuta, ipotesi diagnostica	Elenco delle sintomatologie principali
Background (Contesto)	Anamnesi e storia del Paziente	Diagnosi note, allergie, motivo della chiamata, comorbidità, storia clinica e socio-familiare	Elenco dei quadri clinici più rilevanti
Assessment (Valutazione)	Valutazione e azioni	Parametri vitali, anomalie, trattamenti effettuati, preoccupazioni con dati oggettivi	Utilizzo dello schema di valutazione globale ABCDE
Recommendation (Raccomandazione)	Gestione dei rischi e raccomandazioni	Individuazione dei rischi, raccomandazioni per l'ulteriore monitoraggio, suggerimenti su tempi e modalità	Elenco dei rischi attuali o potenziali e azioni consigliate



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

RICHIESTA TRASFERIMENTI SECONDARI REGIONALI MEDIANTE ELICOTTERO

AII_005_PSQ_AZ_019

S.C. QUALITÀ, PERCORSI
ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL
RISCHIO



AREUS
Azienda Regionale
dell'Emergenza e Urgenza
della Sardegna

MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTI SECONDARI REGIONALI MEDIANTE ELICOTTERO

**All.to B
PO 02
Rev. 8**

DATA _____ / _____ / _____

Al Medico della C.O. 118 AREUS
e-mail C.O. 118 Cagliari: co118cagliari@areus.sardegna.it
e-mail C.O. 118 Sassari: co118sassari@areus.sardegna.it

PARTENZA

Ospedale _____

Reparto _____

Med. Richied. _____

Tel. _____

DESTINAZIONE

Ospedale _____

Reparto _____

Med. Accet. _____

Tel. _____

PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residenza _____ Diagnosi _____

CONDIZIONI CLINICHE

Paziente Infettivo SI NO

Respiro Spontaneo SI NO

O2 Terapia L/min _____

IOT SI NO

NIPPV SI NO

Ventilazione Meccanica SI NO

Linea Vena Periferica n _____ G _____

Linea Vena Centrale SI NO

Allergie SI NO

Terapia _____

PA _____ / _____ FC _____ sPO2 _____ FiO2 _____

TRASPORTO RICHIESTO

Secondario Urgente Tempo-Dipendente ☐

Secondario Urgente Paziente Critico instabile ☐

Secondario Urgente Paziente Stabile con alto rischio evolutivo ☐

Secondario NON URGENTE * ☐

*** Si dichiara che il paziente non è trasportabile con altri mezzi**

FIRMA del Medico dichiarante

TIMBRO e FIRMA del Medico Richiedente

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	RICHIESTA TRASFERIMENTI SECONDARI FUORI REGIONE MEDIANTE ELICOTTERO	AII_006_PSQ_AZ_019
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO

 AREUS Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna	MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTI SECONDARI FUORI REGIONE MEDIANTE ELICOTTERO	All.to C PO 02 Rev. 8
---	---	--------------------------------------

DATA _____ / _____ / _____	Al Medico della C.O. AREUS-118 e-mail C.O. 118 Cagliari: co118cagliari@areus.sardegna.it e-mail C.O. 118 Sassari: co118sassari@areus.sardegna.it
----------------------------	--

PARTENZA	DESTINAZIONE
Ospedale _____	Ospedale _____
Reparto _____	Reparto _____
Med. Richied. _____	Med. Accet. _____
Tel. _____	Tel. _____

PAZIENTE	
Nome _____	Cognome _____
Nato a _____ il _____	C.F. _____
Residenza _____	Diagnosi _____

CONDIZIONI CLINICHE	
Paziente Infettivo SI NO Respiro Spontaneo SI NO O2 Terapia L/min _____ IOT SI NO NIPPV SI NO Ventilazione Meccanica SI NO	Linea Vena Periferica n _____ G _____ Linea Vena Centrale SI NO Allergie SI NO Terapia _____ _____ _____

PA _____ / _____ FC _____ sPO2 _____ FiO2 _____

TRASPORTO RICHIESTO	
Secondario Urgente Tempo-Dipendente ☐	
Secondario Urgente Paziente Critico instabile ☐	
Secondario Urgente Paziente Stabile con alto rischio evolutivo ☐	
Secondario NON URGENTE * ☐	* Si dichiara che il paziente non è trasportabile con mezzi aerei o navali di linea FIRMA del Medico dichiarante

Trasferimento richiesto perché le prestazioni sanitarie, diagnostiche e/o terapeutiche necessarie al paziente non possono essere erogate nelle Strutture Pubbliche o Private Convenzionate della Regione Sardegna.	
TIMBRO e FIRMA del Medico Richiedente	TIMBRO e FIRMA Direzione Medica Presidio



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

**RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO
D'URGENZA A MEZZO AEREO MILITARE**

AII_007_PSQ_AZ_019

**S.C. QUALITÀ, PERCORSI
ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL
RISCHIO**



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

**RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO
D'URGENZA A MEZZO AEREO MILITARE**

SSR SARDEGNA

Al Sig. Prefetto di Cagliari
protocollo.prefca@pec.interno.it
Telefono: 070/60061

OGGETTO: Richiesta Trasporto Sanitario d'Urgenza a mezzo Aereo Militare

Si chiede il trasporto URGENTE a mezzo soccorso aereo del Paziente _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ e residente a _____

Via _____ n. _____

Ricoverato c/o il Reparto di _____ del P.O. _____

Il paziente è affetto da _____ è barellato: ☐ SI ☐ NO

Dimensioni barella: ☐ STANDARD ☐ NO (specificare misure) _____

Il Paziente deve essere trasferito al Reparto di _____

Il Paziente necessita di un trasporto celere:

- Per le gravi condizioni che **comportano l'imminente pericolo di vita** accertato dalla struttura sanitaria pubblica competente
- Verificato che non sia trasportabile con altri mezzi, o in caso di impossibilità, inopportunità o non convenienza dell'impiego di differenti modalità di trasporto (elisoccorso-118)
- Considerato che non sussiste, nel luogo ove si trova, la possibilità di fornire adeguata assistenza

Il Paziente è affetto da malattie infettive contagiose: ☐ SI ☐ NO

Se SI: si dichiara di essere in grado di adottare tutte le precauzioni/misure di contenimento per garantire il trasporto in sicurezza anche relativamente all'equipaggio del mezzo aereo, sia con adeguati dispositivi di protezione individuale che con l'esperienza del personale sanitario

Riferimenti: telefono e mail del richiedente _____

Cagliari, li ____ / ____ / _____

IL DIRETTORE (o Medico di guardia)

Matricola n° _____

della U.O. di _____

Firma _____

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	NULLA OSTA TRASPORTABILITÀ VIA AEREA	AII_008_PSQ_AZ_019
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	NULLA OSTA TRASPORTABILITÀ VIA AEREA	SSR SARDEGNA
--	---	---------------------

Al Sig. Prefetto di Cagliari
protocollo.prefca@pec.interno.it
 Telefono: 070/60061

OGGETTO: Nulla Osta Trasportabilità Via Aerea

Si esonera l'equipaggio dell'aeromobile, nonché la Pubblica Amministrazione, da qualsiasi responsabilità derivante dal trasporto del Paziente accompagnato dal seguente personale:

Medico _____

Infermiere _____

Altri eventuali accompagnatori _____

Dal P.O. _____ al _____

Si certifica che il paziente è in condizioni critiche e non è trasportabile con volo ordinario e che **nulla osta** all'utilizzo di aeromobili per detto trasporto.

La sicurezza anche in caso di malattie contagiose è garantita dai dispositivi di protezione individuale forniti al Paziente e dalle competenze del Personale Sanitario che accompagna.

Si precisa inoltre:

- Che il trasferimento verso l'aeroporto di _____ verrà effettuato tramite ambulanza medicalizzata targata _____ condotta dall'autista _____
- Che all'arrivo, dall'aeroporto di _____, verrà preso in carico dall'ambulanza medicalizzata targata _____ preventivamente allertata da questo P.O. tramite Centrale Operativa

Si allega:

- Check list farmaci e presidi
- Schede tecniche di tutte le apparecchiature sanitarie
- Documenti di identità di paziente, personale e accompagnatori che partono

Si certifica che tutta l'apparecchiatura è auto-alimentata e che l'ossigeno contenuto nelle bombole è allo stato gassoso.

Cagliari, lì ____ / ____ / ____

IL DIRETTORE (o Medico di guardia)

Matricola n° _____

della U.O. di _____

Firma _____

PER RICEVUTA

FIRMA DEL COMANDANTE DELL'AEROMOBILE

N.B.

STAMPARE IN DUPLICE COPIA, UNA DA TENERE IN CARTELLA E UNA DA CONSEGNARE AL COMANDANTE DELL'AEROMOBILE



Pronto Soccorso/U.O. proponente: _____

N. Cartella/Accesso PS _____ Data e ora della visita ____ / ____ / ____ ore ____ / ____

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome Genitore 1) _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Residente in _____

Via/Piazza _____ n. ____ Codice Fiscale _____

Documento di Identità _____ n. _____ rilasciato
da _____ in data ____ / ____ / ____

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome Genitore 2) _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Residente in _____

Via/Piazza _____ n. ____ Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____ rilasciato
da _____ in data ____ / ____ / ____

Nella qualità di:

- ☐ Genitori esercenti la responsabilità genitoriale
☐ Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno / Fiduciario / unico genitore esercente la potestà genitoriale, come da autocertificazione allegata
☐ Altro soggetto legittimato: _____

Recapito telefonico: _____

del Paziente Minore _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Residente in _____

Via/Piazza _____ n. ____ domiciliato temporaneamente
in _____ Via/Piazza _____ n. ____

Essendo stato adeguatamente ed esaurientemente informato dal dott. _____

Medico del Reparto/Servizio _____ della necessità del trasferimento
presso _____ per la prosecuzione/avvio dei trattamenti sanitari
(ovvero riabilitativi) di seguito indicati:

Si attesta che il/La Paziente, per quanto minore, è stato coinvolto nell'attività informativa e risulta:

- ☐ Capace di intendere e di volere
☐ Temporaneamente incapace
☐ Incapace / impossibilitato/a a comprendere l'informazione fornita per i seguenti motivi:



La comunicazione è avvenuta:

- ☐ In lingua
☐ Con supporto di familiare / caregiver
☐ Con la presenza di un interprete
☐ Mediante altri strumenti di comunicazione assistita

DATI CLINICO-ORGANIZZATIVI

Diagnosi-sintesi clinica:

Struttura Sanitaria di destinazione:

Reparto:

Necessità assistenziali / monitoraggio previsto:

Modalità del trasferimento:

☐ Ambulanza base	☐ Ambulanza medicalizzata	☐ Altro _____
---	--	--------------------------------------

Giorno e ora previsti per il trasferimento: ____ / ____ / ____ - ____ / ____

Personale impegnato nel trasferimento:

☐ Medico	☐ Infermiere	☐ OSS
---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Documentazione di accompagnamento:

☐ Lettera Clinica	☐ Esami	☐ Terapia
☐ Imaging	☐ Altro _____	



INFORMATIVA

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il/la Paziente è stato/a sottoposto/a a valutazione clinica presso:

☐ Pronto Soccorso del P.O. ARNAS "G. Brotzu"	☐ Reparto/U.O. _____
---	---

Alle ore ____ / ____ del giorno ____ / ____ / ____ e si è ritenuto che il quadro clinico sia compatibile con il trasferimento assistito presso altra Struttura di ricovero, senza pregiudizio prevedibile per la continuità delle cure, fermo restando il rischio clinico generico connesso ad ogni trasporto sanitario e ad ogni ricovero.

Il trasferimento viene proposto nell'ambito di accordi organizzativi attivati tra le Strutture Sanitarie. La struttura di destinazione è (indicare quale) _____

individuata secondo la disponibilità ricettiva e l'appropriatezza assistenziale del caso.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nella sua qualità di _____ dichiara di avere valutato il quadro clinico del/della Paziente, di avere ritenuto appropriato il trasferimento presso la Struttura sopraindicata, di avere fornito informativa personalizzata e comprensibile al Paziente e al soggetto legittimato, di avere risposto alle richieste di chiarimento e di avere raccolto la manifestazione di volontà come sopra espressa.

In caso di dissenso formalmente espresso, attesta di avere illustrato le conseguenze prevedibili del rifiuto sotto il profilo assistenziale e organizzativo e di avere informato il Giudice Tutelare del Tribunale di _____ della necessità delle cure proposte che possono essere erogate solo presso altra struttura, più sopra indicata.

Il Giudice Tutelare contattato è il Dott. _____, il quale ha disposto che il trasferimento/trasporto:

☐ Avvenga in emergenza/urgenza	☐ Possa essere differito	☐ Non avvenga
---	---	--------------------------------------

DICHIARAZIONE DELL' AVENTE DIRITTO

Il/La/I sottoscritto/a/i _____ dichiara/no di avere ricevuto dal Medico del Reparto/UO. _____ dell'ARNAS "G. Brotzu", Dott. _____, un'informazione chiara, completa e comprensibile in merito alle condizioni cliniche dallo stesso rilevate, all'indicazione al ricovero e alla proposta di trasferimento presso altra Struttura Sanitaria Accreditata/Convenzionata/Altro Ospedale: _____ individuata nell'ambito degli accordi organizzativi vigenti, al fine di assicurare continuità assistenziale e appropriatezza del ricovero.

Mi/Ci è stato spiegato che il trasferimento viene proposto in quanto le condizioni cliniche attuali del Paziente necessitano di ricovero presso la Struttura di destinazione, ritenuta maggiormente idonea per livello assistenziale, dotazione organizzativa e tipologia di reparto necessari per la presa in carico del caso.

Mi/Ci è stato precisato che il trasferimento riguarda esclusivamente la sede di ricovero e non comporta, di per sé, riduzione del livello di cura appropriato rispetto alle necessità cliniche attuali, restando salva la possibilità di rivalutazione clinica.

Mi/Ci sono stati illustrati, in modo comprensibile, i benefici attesi del trasferimento, le modalità del trasporto sanitario, nonché le principali alternative praticabili (indicare quali): _____ nei limiti consentiti dalla situazione organizzativa e clinico-assistenziale del momento.



Ho/Abbiamo avuto la possibilità di porre domande e ho/abbiamo ricevuto risposte ritenute a me/noi comprensibili ed esaurienti.

PERTANTO liberamente e consapevolmente:

- ☐ **SI ACCONSENTE** al trasferimento presso la Struttura sopra indicata, dopo avere ricevuto adeguata informazione e avere compreso finalità, modalità, benefici, possibili disagi e alternative prospettate.
- ☐ **NON SI ACCONSENTE** al trasferimento proposto.

Motivazione dell'eventuale rifiuto:

Luogo _____ Data ____/____/____ ora ____/____

Firma del/gli avente/i diritto

Firma del Medico che ha fornito l'informativa

Si allega:

- ☐ Autocertificazione della responsabilità genitoriale unica (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilevo Nazionale
ed Alta Specializzazione

**AUTOCERTIFICAZIONE RESPONSABILITÀ
GENITORIALE UNICA AI FINI
DELL'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
ALL'ATTO SANITARIO**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All_010_PSQ_AZ_019

**S.C. QUALITÀ, PERCORSI
ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL
RISCHIO**



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilevo Nazionale
ed Alta Specializzazione

**AUTOCERTIFICAZIONE RESPONSABILITÀ
GENITORIALE UNICA AI FINI DELL'ACQUISIZIONE
DEL CONSENSO ALL'ATTO SANITARIO**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

SSR SARDEGNA

Unità Operativa: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Residente in _____

Via/Piazza _____ n. ____ Codice Fiscale _____

in qualità di Genitore del Minore _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- ☐ Di esercitare congiuntamente con l'altro genitore la responsabilità genitoriale sul minore e che:
- ☐ L'altro genitore è temporaneamente assente
 - ☐ Il sottoscritto/a è stato autorizzato/a ad assumere, anche in suo nome e per suo conto, le decisioni necessarie relative alle prestazioni sanitarie erogate al minore, mediante consenso informato
- ☐ Di essere l'unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale sul minore per il seguente motivo:
- ☐ Genitore unico dalla nascita
 - ☐ Decesso dell'altro genitore
 - ☐ Decadenza o limitazione della responsabilità genitoriale dell'altro genitore disposta dall'Autorità Giudiziaria
 - ☐ Affidamento esclusivo disposto dall'Autorità Giudiziaria
 - ☐ Altro (specificare): _____

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, che le informazioni sopra riportate corrispondono al vero.

La presente dichiarazione è resa, anche, ai fini dell'acquisizione del consenso informato alle prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche ritenute necessarie dai Sanitari per il Minore _____, attestando che l'altro Genitore, esercente congiuntamente la responsabilità genitoriale, è stato informato e non ha manifestato alcun dissenso, ovvero che ricorre una delle condizioni che consentono al dichiarante di esercitare, in maniera esclusiva, la responsabilità genitoriale.

Luogo _____ Data ____ / ____ / ____

Firma del genitore dichiarante

Documento di identità _____ n. _____ rilasciato

da _____ in data ____ / ____ / ____

ARNAS G. Brotzu

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione

SCHEDA DI TRASPORTO SECONDARIO PROTETTO

DEL PAZIENTE PEDIATRICO

Cognome

Nome

M

F

DOB / /

PC

Kg

Reparto di ricovero

Classe ASA

☐ URGENTE

Diagnosi principale

Motivo del trasferimento

Ospedale di destinazione

Reparto + n° di telefono

Medico proponente il trasferimento

Medico accettante + n° di telefono

Medico equipe di trasporto

Infermiere equipe di trasporto

Classificazione di Ehrenwerth 1 - 2 - 3 - 4

Mezzo di trasporto programmato: AMBULANZA - ELICOTTERO - AEREO

CHECK LIST

Cartella clinica

☐

Autorizzazioni

☐

Documentazione

☐

Ossigeno autonomia

☐

Defibrillatore

☐

Accesso venoso

☐

Attrezzatura e farmaci

☐

Aspiratore verificato

☐

Monitoraggio

☐

Ventilatore verificato

☐

ANAMNESI

Malattie infettive recenti

☐ SI ☐ NO

Allergie

☐ SI ☐ NO

Interventi chirurgici recenti

☐ SI ☐ NO

Terapia

☐ SI ☐ NO

NOTE

ESAME OBIETTIVO E STRUMENTALI

Condizioni generali

Stato nutrizionale

Sensorio

GCS

Apparato respiratorio

Apparato cardiocircolatorio

FC

SpO₂

%

Altri rilievi, esami e consulenze:

Vie venose

☐ SI ☐ NO

Vie arteriose

☐ SI ☐ NO

SNG

☐ SI ☐ NO

Drenaggi

☐ SI ☐ NO

Catetere vescicale

☐ SI ☐ NO

DVE

☐ SI ☐ NO

Valutazione del rischio durante il trasporto:

☐ Insufficienza respiratoria ☐ Convulsivo ☐ Deterioramento neurologico ☐ Instabilità emodinamica ☐ Via aerea difficile

NOTE

F

A

R

M

A

C

I

ORA

Ora partenza e arrivo

SEDAZIONE

☐ SI ☐ NO

Tipo:

MONITORAGGIO

☐ ECG ☐ SpO₂ ☐ EtCO₂

☐ NiBP ☐ FR ☐ IBP

VIE RESPIRATORIE

☐ RS ☐ VA ☐ ML ☐ URM

☐ MF ☐ IOT ☐ INT n°

VENTILAZIONE

☐ PCV ☐ PSV ☐ VCV ☐ VS

PS cmH₂O TV

FR apm PEEP

PARAMETRI

● FC - X SaO₂ - ○ FR - * EtCO₂

AV NiBP

NOTE

DATA / /

Firma del medico

PREMESSA

Le evidenze scientifiche dimostrano che i neonati pretermine nati in strutture dotate di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) hanno maggior sopravvivenza e outcome favorevole rispetto a quelli nati in strutture sprovviste di TIN e che hanno avuto necessità di un trasferimento.

Ne consegue che la scelta più idonea ai fini dell'appropriatezza e sicurezza delle cure è la centralizzazione delle gravidanze a rischio, che corrisponde al modello del "trasporto in utero" universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata.

Non sempre però questa modalità risulta attuabile in quanto, pur nelle migliori condizioni organizzative e sanitarie, una quota di patologie gravi insorte durante il travaglio non sono prevedibili e i neonati possono necessitare di rianimazione neonatale e cure intensive o subintensive in maniera del tutto inattesa. In tali condizioni si rende indispensabile il trasporto del neonato dal Punto nascita ad una struttura dotata di TIN.

Qualora il trasferimento della donna in gravidanza con attivazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) non sia consigliabile in relazione alla situazione clinica, l'attivazione tempestiva del Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN), permette al neonato di ricevere cure specialistiche nel più breve tempo possibile con il trasferimento nelle primissime ore di vita in strutture appropriate per le cure neonatali intensive.

Purtroppo in Sardegna, unica Regione in Italia, i servizi STEN e STAM non risultano ancora attivi nonostante la Delibera Regionale: Procedura Operativa per l'organizzazione del trasporto materno assistito (STAM) e del Trasporto in emergenze del neonato (STEN) Regione Autonoma della Sardegna - Allegato alla D.G.R. n. 30/13 del 21/08/2024.

Pertanto il Punto Nascita dell'ARNAS G. Brotzu opera attivamente e con le proprie risorse per garantire il trasferimento intra-regionale del neonato critico o con necessità di terapie avanzate nel centro di riferimento di II livello (Patologia Neonatale e TIN del Policlinico Universitario dell'AOU Cagliari).

Il trasferimento viene eseguito previa stabilizzazione del neonato stesso: intervento mirato al raggiungimento e mantenimento nel tempo dei parametri clinici e metabolici negli intervalli di normalità, volto al successivo trasferimento del neonato in condizioni di sicurezza (p.es.: intubazione tracheale, ossigenoterapia ecc.) ponendo particolare attenzione e sensibilità nell'informazione ai genitori e familiari, all'atto dell'acquisizione del consenso al trasferimento del neonato.

Per quanto riguarda il trasporto extraregionale, quest'ultimo avviene a opera del Centro di riferimento II livello.

INDICAZIONI ALL'ATTIVAZIONE DEL TRASPORTO DEL NEONATO DA PARTE DELLA S.S.D. NEONATOLOGIA

Il trasporto si attiva per i neonati di età inferiore o uguale a 28 giorni che presentino almeno uno dei seguenti criteri:

- Età gestazionale inferiore a 34 settimane
- Peso alla nascita inferiore ai 1800 grammi
- Asfissia con necessità di rianimazione avanzata e/o candidati all'ipotermia
- Distress respiratorio che richiede assistenza respiratoria intensiva (ventilazione meccanica, supporto respiratorio non invasivo che eroga pressione positiva continua alle vie aeree *Continuous Positive Airway Pressure - nasal cPAP*)
- Patologia chirurgica con compromissione delle funzioni vitali
- Cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti
- Malformazioni complesse con compromissione delle funzioni vitali
- Compromissione emodinamica (shock settico, cardiogeno o ipovolemico)
- Grave instabilità metabolica (es. ipoglicemia refrattaria, squilibri elettrolitici)
- Convulsioni neonatali

Ma anche: alterazioni metaboliche, anomalie congenite, patologie chirurgiche minori, cardiopatie non dotto dipendenti, trasferimenti a scopo diagnostico, in neonati con parametri vitali stabili.

Alcune di queste indicazioni possono essere derogate per neonati con età gestazionale sopra le 34 settimane e sopra i 1800 g di peso alla nascita, se, tenuto conto delle condizioni del neonato e delle risorse disponibili in loco, viene giudicata possibile la gestione in sicurezza del neonato nel centro di I livello.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	ADDENDUM Trasporto Sanitario Secondario del Neonato	AII_012_PSQ_AZ_019 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
--	--	--

Prima di procedere al trasferimento il Neonatologo deve:

1. Accertare che le condizioni cliniche del neonato non siano compatibili con il livello di cura garantito dalla S.S.D. Neonatologia
2. Attivare la procedura di trasporto del neonato al Centro di Riferimento di II Livello (Patologia Neonatale o TIN)
3. Contattare il Medico Neonatologo reperibile della S.S.D. Neonatologia (presente nei turni di servizio festivi diurni/notturni e feriali notturni) se presente, altrimenti avvisare l'Anestesista (Anestesista Pediatra o Rianimatore dell'adulto) disponibile e avvisare del proprio spostamento dall'Ospedale anche il Medico di Guardia della S.C. Ostetricia
4. Inviare alla Direzione Medica di Presidio il modulo compilato di richiesta autorizzazione all'utilizzo dell'ambulanza per il trasporto per la firma. Nei turni festivi (diurni/notturni), nelle notti feriali e comunque al di fuori dell'orario di servizio ordinario della Direzione Medica di Presidio: contattare telefonicamente il Medico Reperibile per richiedere l'autorizzazione verbale al trasporto. Indicare nella richiesta cartacea il nome del Medico che ha autorizzato, la data e l'ora; il modulo andrà inviato il giorno successivo per la firma formale
5. Contattare i Medici del Centro di Riferimento di II Livello (Patologia Neonatale o TIN) e richiedere l'autorizzazione al trasporto presso la loro Struttura, condividendo le informazioni relative alle condizioni cliniche del neonato e la necessità di trasferimento
6. Contattare il Servizio di Ambulanza in Outsourcing e richiedere l'ambulanza urgente dotata del proprio personale: autista e altro operatore, che dovrà recarsi al Nido per prendere la termoculla da trasporto e recarsi in Sala Parto (Blocco Operatorio o Punto Nascita) per il successivo trasferimento presso il Centro di Riferimento
7. Informare la madre e il padre (se presenti entrambi) o l'esercente la responsabilità genitoriale sulle motivazioni del trasferimento, fornendo informazioni dettagliate ed esaustive della situazione clinica che ne ha determinato la necessità, chiarendone i rischi ma anche i benefici
8. Compilare e far firmare alla madre e al padre (se presenti entrambi) o a chi esercita la responsabilità genitoriale per il bambino, il consenso al trasporto da consegnare poi alla Patologia Neonatale o TIN, fermo restando quanto previsto in caso di "stato di necessità" in assenza di entrambi i genitori per lontananza/impedimento o loro incapacità naturale o dichiarata (**ALLEGATO A - Cartella Clinica Spoke**)
9. Compilare in duplice copia il modulo di trasferimento per il Centro Ricevente (**Cartella Clinica Spoke e relativi allegati necessari**): una copia per il Centro Inviante e una per quello Ricevente. È necessario che vengano documentate tutte le informazioni relative al percorso nascita e alle cure prestate presso il Punto Nascita Inviante
10. Compilare la scheda "*criteri di inclusione all'ipotermia terapeutica*" e relativo consenso (**ALLEGATI C e D - Cartella Clinica Spoke**), in caso di trasferimento di neonato con Encefalopatia Ipossico Ischemica (EII) che deve essere sottoposto a ipotermia terapeutica e far firmare ai genitori/esercenti la responsabilità genitoriale il consenso all'esecuzione di tale terapia
11. Garantire al neonato l'assistenza, la stabilizzazione e gli interventi diagnostici e/o terapeutici considerati indispensabili per evitare il peggioramento delle condizioni cliniche
12. In caso di richiesta da parte della Patologia Neonatale o TIN, prelevare campioni di sangue materno e funicolare opportunamente etichettati
13. Compilare e far firmare ai genitori (o l'esercente la responsabilità genitoriale) l'autorizzazione per eventuali interventi medici urgenti sul neonato (es: trasfusione sangue/emoderivati, **ALLEGATO B - Cartella Clinica Spoke**)
14. In caso di indisponibilità di posti letto nella TIN di riferimento, informare immediatamente la Direzione Medica di Presidio. Inviare tempestivamente una richiesta formale urgente (scritta e firmata dal Neonatologo di turno) al Centro di II Livello e richiedere una risposta ufficiale scritta e firmata che attesti il rifiuto della presa in carico per saturazione dei posti letto

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	ADDENDUM Trasporto Sanitario Secondario del Neonato	AII_012_PSQ_AZ_019 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
--	--	--

Le figure professionali coinvolte nel trasferimento, oltre al personale dell'ambulanza in Outsourcing, sono rappresentate dal **Neonatologo** e dall'**Infermiere della S.S.D. Neonatologia** per i quali sono previsti i rispettivi compiti:

Neonatologo

- a. Monitorare costantemente la stabilità delle condizioni cliniche del neonato; se dovessero rendersi necessarie manovre complesse, eseguirle ad ambulanza ferma in sosta di sicurezza
- b. Registrare gli interventi assistenziali e i dati di trasporto nell' apposita cartella clinica
- c. All'arrivo nel Centro di II livello di riferimento, affidare il neonato in carico al reparto con regolare procedura di consegna

Infermiere

- a. Verificare, in collaborazione con il medico, il modulo di trasporto e la presenza dei presidi contenuti nella borsa da trasporto tramite l'utilizzo dell'apposita "check list"
- b. Controllare il corretto funzionamento delle apparecchiature e l'approvvigionamento del materiale di consumo inerente al trasporto
- c. Assistere e monitorare il neonato, in collaborazione con il medico, dal momento della presa in carico dello stesso da parte del team di trasporto
- d. Trasmettere le informazioni di propria pertinenza al personale infermieristico del reparto accettante
- e. Ripristinare i materiali e i presidi utilizzati all'interno della borsa da trasporto al rientro
- f. Far sanificare il modulo di trasporto dal personale OSS e renderlo tempestivamente operativo
- g. Compilare, per quanto di sua competenza, la scheda di trasporto e cartella clinica

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. D.G.R. n. 30/13 del 21/08/2024. *Procedura operativa per l'organizzazione del trasporto materno assistito (STAM) e del trasporto in emergenza del neonato (STEN) Regione Sardegna*
2. *La Stabilizzazione del Neonato Critico*. Mauro Vivalda, Paolo Gancia
3. *Neonatal Resuscitation: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*
4. *Organizzazione del Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN)*: Carlo Bellini e Maurizio Gente
5. *Organizzazione del Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) Raccomandazioni del Gruppo di Studio di Trasporto Neonatale, Società Italiana Neonatologia* Carlo Bellini e Maurizio Gente



Cartella clinica SPOKE (da compilare a cura del centro trasferente)

(1) DATI ANAGRAFICI DEL NEONATO - INFORMAZIONI SUL TRASFERIMENTO

Cognome e nome ☐ Madre che non vuol essere nominata

Data di nascita: ____ / ____ / ____ : ____
gg mm anno hh min

Peso alla nascita: _____ g

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Età gestazionale: _____ sett + _____ gg

(migliore stima)

Ospedale di nascita:

Ospedale trasferente (se diverso da ospedale di nascita):

Diagnosi o sospetto diagnostico:

(2) MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

☐ Terapia/assistenza medica

☐ Terapia chirurgica

(specificare): _____

☐ Mancanza di posto letto: _____

☐ Back Transfer (non per crescita)

Se barrato qui compilare solo nella attivazione in data (sezione 4)

☐ Altro

☐ Prematurità e basso peso alla nascita

☐ Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita

☐ Sindrome da distress respiratorio neonatale

☐ Sindrome da aspirazione meconiale

☐ Altre malattie respiratorie del neonato

☐ Problema cardiologico

☐ Problema neurologico

☐ Problema metabolico

☐ Problema infettivo

☐ Altro

(3) MOTIVO DEL MANCATO TRASPORTO IN UTERO

☐ Non pertinente/non indicato

☐ Condizioni materne non stabili/travaglio avanzato

☐ Sofferenza fetale

☐ Indisponibilità di risorse per assistenza in itinere (specificare) _____

☐ Decisione dei genitori o degli ostetrici in assenza degli altri motivi

☐ Altro (specificare) _____

(4) ATTIVAZIONE DEL TRASPORTO

Richiesta in data: ____ / ____ / ____ : ____
gg mm anno hh mm

Tipo di trasporto: ☐ Urgente ☐ Differibile

Condizione del neonato: ☐ Critica ☐ Non critica

(5) CONDIZIONI DEL NEONATO AL MOMENTO DELL'ATTIVAZIONE DEL TRASPORTO

(Compilazione obbligatoria se neonato critico)

Risposta a stimoli dolorosi: ☐ Reattivo, pianto vigoroso

☐ Letargico, nessun pianto

☐ Assente, convulsioni

Distress respiratorio ☐ NO ☐ SI

Apnea-gasping ☐ NO ☐ SI

Polsi periferici: ☐ Presenti ☐ Deboli ☐ Assenti

Temperatura: _____ °C ☐ Rettale

☐ Cutanea

FC _____ FR _____ SaO₂ pre _____ post _____

PA arto SUP DX _____ arto INF _____

Ossigeno ☐ NO ☐ SI FiO₂: _____

O₂ in culla ☐ Non invasiva ☐ _____

COT ☐ NO ☐ SI n° _____ cm _____ (bocca)

Ventilazione ☐ NO ☐ SI _____

Accesso vascolare ☐ CVP

☐ CVO/CVC L _____ cm dal _____

Infusioni: _____

Farmaci: _____

Medico compilatore (in stampatello) _____

Pag. 1



Cartella clinica SPOKE

Cognome e Nome _____

(6) DATI ANAGRAFICI FAMILIARI

Cognome e Nome della **MADRE**:

Cognome e Nome del **PADRE**:

N° di Telefono: _____

N° di Telefono: _____

Data di nascita della Madre: ____ / ____ / ____
gg mm anno

Data di nascita del Padre: ____ / ____ / ____
gg mm anno

Professione della Madre: _____

Professione del Padre: _____

Residenza della Madre: Via/Piazza _____

Domicilio (se diverso da residenza): Via/Piazza _____

_____ N° _____
C.A.P. _____ Comune _____ Pr _____

_____ N° _____
C.A.P. _____ Comune _____ Pr _____

(7) ANAMNESI FAMILIARE

Padre _____

Madre _____

(8) GRAVIDANZA

Gravidanze precedenti

Gravidanza attuale

	Aborti		Nati morti	Preterm	A termine o postermine
	Spont.	Provoc.			
Totali					

Note: _____

Data ultima mestruazione: ____ / ____ / ____
gg mm anno

Procreazione assistita: ☐ NO ☐ SI ☐ Sconosciuto

Se sì, tipo _____

Fattori di rischio in gravidanza attuale

Fumo: ☐ NO ☐ SI
Se Sì, N° di sigarette/die _____

Alcool: ☐ NO ☐ SI
(si se beve 3 bicchieri di vino
e/o un bicchierino di superalcolico/die)

Stupefacenti: ☐ NO ☐ SI
(morfina, eroina, cocaina, anfetamine,
metadone, LSD, marijuana,
altro _____)

Minaccia di aborto o parto pretermine:
_____ (settimane)

Diabete ☐ NO ☐ SI Tipo: _____
☐ Dietoterapia ☐ Insulinoterapia

Iipertensione cronica o indotta dalla
gravidanza: ☐ NO ☐ SI

Altre patologie:

Esame	Data	Esito	
		IgM	IgG
Gruppo			
Coombs Ind.			
HBs Ag			
VDRL / TPHA			
HCV Ab / RNA			
HIV			
Toxoplasmosi			
CMV			
Rosolia			
Herpes			
SARS COV-2			
Strepto B (Tampone vaginale)			

Medico compilatore (in stampatello) _____

Pag. 2



Cartella clinica SPOKE

Cognome e Nome _____

Visite - esami strumentali in gravidanza	Farmaci assunti in gravidanza
Controlli in gravidanza: ☐ NO ☐ SI (si intende almeno una visita e/o ecografia) Risultati significativi delle ecografie IUGR: ☐ NO ☐ SI dalla sett _____ Oligoidramnios: ☐ NO ☐ SI dalla sett _____ Polidramnios: ☐ NO ☐ SI dalla sett _____ Altro: _____ Esame del cariotipo: ☐ NO ☐ SI esito _____ (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi)	Profilassi steroidea con Betametasone: NO ☐ Sconosciuto ☐ SI, parziale ☐ SI, completa (almeno 2 dosi) ☐ Data dell'ultima dose: _____ Altri farmaci: _____ _____ _____ _____
Note sulla gravidanza _____ _____ _____	
(9) TRAVAGLIO E PARTO	
Travaglio: ☐ NO ☐ SI Se SI, inizio: ☐ Spontaneo ☐ Indotto Durata _____ (h) Febbre in travaglio (<i>solo se</i> $\geq 38^{\circ}\text{C}$): ☐ NO ☐ SI Durata _____ (h) ☐ Sconosciuto Corionamnionite: ☐ NO ☐ SI ☐ Sconosciuto Monitoraggio BCF: ☐ Eseguito ☐ Non eseguito Nella norma: ☐ NO ☐ SI	Se NO, specificare: ☐ Tachicardia ☐ Bradicardia ☐ Decelerazioni variabili precoci ☐ Decelerazioni variabili tardive ☐ Scarsa variabilità Rottura membrane spontanea: ☐ NO ☐ SI Se SI, _____ (ore) Liquido amniotico: ☐ Limpido ☐ Tinto di meconio _____ ☐ Tinto di sangue ☐ Fetido
Modalità del parto: ☐ Vaginale spontaneo ☐ Vaginale operativo (specificare tipo _____) ☐ Cesareo d'elezione ☐ Cesareo urgente Motivo cesareo: _____ Tipologia del parto: ☐ Singolo ☐ Multiplo se multiplo gemello n° _____ su tot feti n° _____ ☐ Monocoriali ☐ Bicorniali ☐ Monoamnionici ☐ Biamnionici Presentazione: ☐ Vertice ☐ Bregma ☐ Fronte ☐ Faccia ☐ Podice ☐ Spalla Aspetto della placenta: ☐ Normale ☐ Infartuata ☐ Altro _____ Funicolo: ☐ Normale ☐ Patologico: n° vasi _____ ☐ Altro _____ Farmaci di travaglio e parto: ☐ Profilassi antibiotica (specificare) _____ _____ ☐ Altri farmaci _____ _____ Anestesia: ☐ NO ☐ SI Se SI: ☐ Generale ☐ Epidurale ☐ Spinale ☐ Locale ☐ Altro _____ Note: _____ _____	

Medico compilatore (in stampatello) _____

Pag. 3



Cartella clinica SPOKE

Cognome e Nome _____

(10) NEONATO ALLA NASCITA

Inizio respiro regolare (min): _____ Rianimazione primaria ☐ NO ☐ SI

	NO	SI	FiO ₂	durata (min)	Note
Somministrazione di O ₂	☐	☐	_____	_____	
Ventilazione a PPI con maschera	☐	☐	_____	_____	
Ventilazione a PPI con tubo ET	☐	☐	_____	_____	
Aspirazione endotracheale	☐	☐	liquido aspirato: ☐ limpido ☐ tinto		
Massaggio cardiaco	☐	☐			
Farmaci e infusioni: Surfattante (tipo: _____)			dosaggio: _____ via di somministrazione: 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							

Emissione di meconio: ☐ NO ☐ SI	Emissione di urine: ☐ NO ☐ SI
Profilassi oculare: ☐ NO ☐ SI Tipo: _____	Vitamina K: ☐ NO ☐ SI mg: _____ ☐ i.m ☐ os
Temperatura rettale misurata entro la 1° ora di vita: _____	Screening metabolici: ☐ NO ☐ SI data: _____
Ipotermia passiva: ☐ NO ☐ SI inizio ore: _____	

EGA cordonale	Ora	pH	pCO ₂	pO ₂	BE	HCO ₃ ⁻	Hb	LAC	Glic
Arterioso									
Venoso									
In alternativa:									
EGA capillare									

Anomalie congenite: _____

Rilievi obiettivi significativi: _____

Assegnazione MINT score								
Peso Nascita (g)	< 750	751 - 1000	1001 - 1500	> 1500	pH neonato	< 6,90	6,91 - 7,10	> 7,10
	5 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐		10 ☐	4 ☐	0 ☐
Età (ore)	< 1 ora		> 1 ora		PaO ₂ mmHg o SaO ₂ %	< 23 o < 50%		> 23 o > 50%
	4 ☐		0 ☐			2 ☐		0 ☐
Apgar a 1'	0	1	2 - 3	> 3	Anomalie congenite	SI		NO
	8 ☐	5 ☐	2 ☐	0 ☐		5 ☐		0 ☐
Intubato	SI	NO			TOTALE			
	6 ☐	0 ☐						

Medico compilatore (in stampatello) _____

Pag. 4



Cartella clinica SPOKE

Cognome e Nome _____

(11) DECORSO DALLA NASCITA AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO

Ossigeno: ☐ NO ☐ SI SI, giorni n° _____
NCPAP/NIPPV: ☐ NO ☐ SI SI, giorni n° _____
Ventilazione meccanica: ☐ NO ☐ SI SI, giorni n° _____ Tipo _____

Peso attuale (se diverso da peso della nascita): _____ g

Note sul decorso clinico _____

- Allegati: ☐ Allegato A - Consenso per il trasporto del neonato
☐ Allegato B - Consenso per trasfusioni ed emoderivati
☐ Allegato C - Criteri di inclusione per ipotermia terapeutica
☐ Allegato D - Consenso per ipotermia terapeutica
☐ Altro (Rx, ecografie, esami ematici, etc...) (_____)
☐ Campione di sangue (specificare _____)
☐ Braccialetto identificativo

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) _____



Allegato A

CONSENSO PER IL TRASPORTO DEL NEONATO

Si chiede di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente. (D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ Tel _____
In qualità di _____ del piccolo/a _____
(Padre/Madre)
nato/a a _____ il _____
Affetto da: _____

AUTORIZZO il trasferimento di mio/a figlio/a,

dall'Ospedale _____ reparto _____

all'Ospedale _____ reparto _____

tramite: ☐ Ambulanza ☐ Aereo ☐ Elicottero

- Sono consapevole che il trasporto sia indispensabile, come mi è stato verbalmente illustrato e motivato, in maniera esauriente, perché mio/a figlio/a possa essere sottoposto/a a cure mediche/chirurgiche precedute o associate alla esecuzione delle indagini di laboratorio e/o strumentali opportune e necessarie a diagnosticare/trattare la patologia da cui è affetto/a.
- Autorizzo i Medici addetti al trasporto ad effettuare tutti gli interventi ritenuti opportuni e necessari e i Medici dell'Ospedale di accoglienza ad eseguire le terapie e le indagini diagnostiche del caso.
- Acconsento alla utilizzazione, esclusivamente per scopo diagnostico-terapeutico, dei dati clinici relativi a mio/a figlio/a ed al loro trasferimento all'ospedale di accoglienza.
- Inoltre, informato/a che la legislazione attualmente in vigore (D.lgs. n. 219/2017 art. 3 comma 2) prevede che il consenso informato sia rilasciato da entrambi i genitori, nell'impossibilità momentanea che ciò avvenga per lontananza, impedimento o sua incapacità naturale o dichiarata, io sottoscritto/a **DICHIARO, sotto la mia responsabilità, che:**

la Sig.ra/il Sig. _____ ☐ madre ☐ padre

del/la piccolo/a _____ è anch'ella/egli consenziente.

Firma leggibile del dichiarante

Firma leggibile del secondo genitore

Luogo e data _____

Dichiarazione del medico che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
in servizio presso _____ in qualità di medico curante del/la
piccolo/a dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso
quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____



Allegato B

CONSENSO PER TRASFUSIONI ED EMODERIVATI

Si chiede di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente. (D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ Tel _____
In qualità di _____ del piccolo/a _____
(Padre/Madre)
nato/a a _____ il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott./Dott.ssa _____
in modo dettagliato e completo su quanto segue:

- che, per le sue condizioni cliniche, mio/a figlio/a ha, o potrebbe avere, necessità di ricevere trasfusioni di sangue omologo e/o emocomponenti e che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite ed altri);
- ho ricevuto e compreso le informazioni relative alle emotrasfusioni sia in ordine alle condizioni cliniche di mio/a figlio/a, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli cui andrebbe incontro se non venisse sottoposto/a ad una trasfusione che si rendesse necessaria.

Dichiara, inoltre, di aver avuto tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per esprimere dubbi o interrogativi. Pertanto,

☐ **Acconsento**

☐ **Non acconsento**

che mio/a figlio/a sia sottoposto/a ad eventuali trattamenti trasfusionali con sangue omologo e/o emoderivati che si rendessero necessari per tutta la durata del suo ricovero presso questa struttura.

- Inoltre, informato/a che la legislazione attualmente in vigore (D.lgs. n. 219/2017 art. 3 comma 2) prevede che il consenso informato sia rilasciato da entrambi i genitori, nell'impossibilità momentanea che ciò avvenga per lontananza, impedimento o sua incapacità naturale o dichiarata, io sottoscritto/a **DICHIARO, sotto la mia responsabilità, che:**

la Sig.ra/il Sig. _____ ☐ madre ☐ padre

del/la piccolo/a _____

è anch'ella/egli consenziente all'eventuale terapia trasfusionale che i sanitari ritengano necessaria.

Firma leggibile del dichiarante

Firma leggibile del secondo genitore

Luogo e data _____

Dichiarazione del medico che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
in servizio presso _____ in qualità di medico curante del/la
piccolo/a dichiara, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa ha compreso
quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____



Allegato C - Criteri inclusione Ipotermia terapeutica

Cognome e Nome del paziente

Data di nascita

____ / ____ / ____ : ____
gg mm anno hh min

(1) CRITERI DI INCLUSIONE AL TRATTAMENTO IPOTERMICO

1a. Caratteristiche di base

- ☐ EG > 35 sett e PN > 1800 g
☐ età < 6 ore

1b. Casi particolari:

- ☐ EG = 35 sett e PN > 1800 g e età < 6 h
☐ età 6-24 h in EG > 35 sett e PN > 1800 g
☐ SUPC* in EG > 35 sett e PN > 1800 g,
entro 6 ore dall'evento

* Sudden Unexpected Postnatal Collapse

2. Criterio A: ASFISSIA

- ☐ ph ≤ 7,00*
e/o
☐ BD ecf ≥ 12* mEq/l
e/o
☐ Apgar Score ≤ 5 a 10'
e/o
☐ Necessità di proseguire la rianimazione con
tubo ET o maschera o pallone o altri presidi
non invasivi ancora a 10' di vita.

* Preferibilmente EGA cordonale o da qualsiasi EGA
ottenuto nei primi 60 min di vita (NB: allegare copia di
tutti gli EGA eseguiti)

**3. Criterio B:
ANOMALIE ALL'ESAME
NEUROLOGICO**

- ☐ Presenza di almeno 2 segni
neurologici tra quelli elencati
tra 30 e 60 min di vita

(2) ESAME NEUROLOGICO

Delle ore: ____

1. Livello di coscienza ☐ NORMALE

- ☐ Letargia (la risposta agli stimoli è completa ma ritardata, con una soglia aumentata; c'è una riduzione dei movimenti spontanei)
☐ Stupore/coma (c'è risposta solo a stimoli energici e il tipo di risposta consiste in una retrazione delle estremità o nell'assunzione di una postura decerebrata; assenza di riflessi corneali; spesso c'è necessità di assistenza respiratoria).

2. Motilità ☐ NORMALE

- ☐ Ridotta
☐ Assente

3. Postura ☐ NORMALE

- ☐ Flessione distale/completa estensione (atteggiamento delle braccia con flessione ai polsi e estensione ai gomiti, in genere accentuata da stimolazione)
☐ Decerebrata (atteggiamento rigido con flessione ai polsi, estensione ed intrarotazione delle braccia, estensione delle gambe e flessione forzata plantare dei piedi, opistotono)

4. Tono assiale (valutato alla manovra di trazione e/o in sospensione ventrale) ☐ NORMALE

- ☐ Ipotonia
☐ Flaccidità

5. Riflessi primitivi (riflesso di Moro e/o riflesso di suzione) ☐ NORMALI

- ☐ Deboli / incompleti
☐ Assenti

6. Valutazione delle pupille ☐ NORMOREAGENTI

- ☐ Miosi
☐ Midriasi
☐ Reattività assente / deviazione dello sguardo

7. Convulsioni ☐ NO ☐ SI Descrizione: _____

SE IL NEONATO SODDISFA I CRITERI A E B → Spegnerne il lettino di rianimazione o la culla termostatica, stabilizzare il neonato e organizzare il trasferimento il **prima possibile** presso il centro di trasferimento per valutazione aEEG/EEG.

→ Mantenere una T rettale intorno a 35°C e monitorarla ogni 15 min fino ad arrivo dello STEN.

Data _____ **Ora** _____

Medico compilatore (in stampatello) _____ **Firma** _____

Allegato D

CONSENSO PER IPOTERMIA TERAPEUTICA

Si chiede di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente. (D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ Tel _____
In qualità di _____ del piccolo/a _____
(Padre/Madre)
nato/a a _____ il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott./Dott.ssa _____ in modo dettagliato e completo su quanto segue :

1. in prossimità del parto possono verificarsi degli eventi che riducono il flusso di sangue e ossigeno al cervello (asfissia perinatale o peripartum). Se tale riduzione avviene per un tempo sufficientemente lungo o in maniera molto grave può determinare un danno allo sviluppo del cervello e alla sua corretta funzione. Questa patologia si chiama Encefalopatia Ipossico-Ischemica (EII). Colpisce 3-4 neonati ogni 1000 nati vivi ed è una delle cause più frequenti tra quelle conosciute di danno neurologico permanente a distanza, noto come Paralisi Cerebrale Infantile. In base agli studi fino ad ora fatti si è scoperto che il danno cerebrale continua anche nelle ore successive (circa 6) alla rianimazione, quando il flusso di sangue al cervello è tornato normale;
2. per cercare di ridurre il danno cerebrale che può verificarsi nelle ore successive, è possibile ricorrere ad un trattamento, chiamato "ipotermia terapeutica", che riduce la temperatura corporea del/la bambino/a. Tale trattamento è oggi raccomandato dalle società scientifiche nazionali e internazionali come un provvedimento necessario ed utile nel neonato con Encefalopatia Ipossico-Ischemica moderata o severa. In tali categorie di bambini può essere in grado di ridurre la percentuale di morte o disabilità;
3. l'ipotermia terapeutica consiste nell'adagiare il/la bambino/a su un materassino all'interno del quale scorre acqua ad una temperatura regolata automaticamente, grazie ad un sondino rettale, così da mantenere la temperatura rettale tra 33 e 34 °C. L'ipotermia terapeutica dura 72 ore, dopodiché il bambino viene lentamente riscaldato fino a 36.5 °C, in un tempo di almeno 4 ore;
4. possono verificarsi delle rare complicanze, generalmente transitorie, quali riduzione della frequenza cardiaca, riduzione delle piastrine (cellule che favoriscono la coagulazione del sangue) e alterazione della coagulazione, alterazioni di cute e sottocute, ipertensione polmonare (aumento della pressione di sangue nel polmone);
5. il trattamento potrà essere interrotto in qualsiasi momento, anche senza preavviso, se insorgono complicanze di difficile gestione, quali in particolare una persistente incapacità a mantenere la temperatura nell'intervallo desiderato, l'ipertensione polmonare o la presenza di un danno cerebrale severo;
6. il consenso al trattamento è volontario;
7. casi particolari in cui può essere avviato il trattamento ipotermico: neonato che non soddisfa i criteri dell'asfissia ma che presenta un quadro neurologico ed elettroencefalografico (aEEG/EEG) compatibile con EII, neonato che non soddisfa i criteri dell'asfissia ma che presenta, dopo le prime 6 ore ed entro le 24 ore di vita, un quadro neurologico compatibile con EII, neonato che presenta un collasso postnatale durante il periodo postnatale precoce.

Pertanto, ☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** liberamente che il/la minore sia sottoposto/a a tale trattamento.

Inoltre, informato/a che la legislazione attualmente in vigore (D.lgs. n. 219/2017 art. 3 comma 2) prevede che il consenso informato sia rilasciato da entrambi i genitori, nell'impossibilità momentanea che ciò avvenga per lontananza, impedimento o sua incapacità naturale o dichiarata, io sottoscritto/a **DICHIARO, sotto la mia responsabilità, che:**

la Sig.ra/il Sig. _____ ☐ madre ☐ padre
del/la piccolo/a _____ è anch'ella/egli consenziente.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

Firma leggibile del secondo genitore

Dichiarazione del medico che ha reso l'informativa e raccolto il consenso

Il sottoscritto Dott. _____ conferma di aver debitamente informato, offrendo l'opportunità di porre domande di chiarimento, il/la Signor/a _____ riguardo la natura, le finalità, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili del trattamento in oggetto, e che il dichiarante ha compreso quanto sopra esposto, rendendo un consenso libero e consapevole.

Firma leggibile _____