

### Esami di laboratorio eseguiti nel passato

Ha mai eseguito il test per :

- |                 |                             |  |
|-----------------|-----------------------------|--|
| HIV             | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                                |
| Lue             | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                                |
| Rosolia         | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, specificare risultato * _____ |
| Varicella       | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, specificare risultato * _____ |
| Toxoplasmosi    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, specificare risultato * _____ |
| Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI, specificare risultato * _____ |

\* Può recuperare la risposta a casa

Conosce il suo gruppo sanguigno e fattore Rh ?  NO  SI, specificare \_\_\_\_\_

Conosce il gruppo sanguigno e fattore Rh di suo marito/compagno ?  
 NO  SI, specificare \_\_\_\_\_

### Abitudini di vita

- |   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| Lei fuma ?  | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                                |
| Ritiene di essere esposta a fumo passivo giornalmente ? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                                |
| Beve qualche volta vino o altre bevande alcoliche       | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI                                |
| Prende regolarmente vitamine (esempio acido folico) ?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> SI, specificare il prodotto _____ |

Considerando solo i tre pasti principali: colazione, pranzo e cena, quante volte alla settimana mangia

- |          |       |       |
|----------|-------|-------|
| Pasta    | _____ | volte |
| Carne    | _____ | volte |
| Pesce    | _____ | volte |
| Frutta   | _____ | volte |
| Verdura  | _____ | volte |
| Formaggi | _____ | volte |

Ha qualche domanda specifica da pormi ? qualche argomento che vuole affrontare con me ? la segni qui sotto per non dimenticarla.



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie  
Network per la prevenzione e la sanità pubblica



Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity

### PENSA DI AVERE UN BAMBINO NEI PROSSIMI MESI ?

Risponda a queste domande avremo più tempo per affrontare gli argomenti più importanti per la sua salute e per quella del futuro bambino.

*Cara signora,*

*se pensa di avere un bambino nei prossimi mesi la invito a:*

- leggere con attenzione l'opuscolo "Pensiamoci prima. Consigli utili per chi desidera avere un bambino",
- leggere la scheda informativa "Il periodo pre-concezionale",
- rispondere alle domande del questionario allegato, anche se alcune risposte sono a me già ben note. Mi sarà utile per contribuire ad un programma nazionale di prevenzione dei rischi riproduttivi.

*Poi insieme affronteremo gli argomenti che più le stanno a cuore per migliorare il suo stato di salute in vista di una gravidanza e quindi quella del suo futuro bambino.*

Il suo medico curante

\_\_\_\_\_

### Questionario per la valutazione dello stato di salute della donna e per identificare alcuni rischi per un futuro bambino

#### Domande di carattere generale

Quanti anni ha ? \_\_\_\_\_ Dove è nata ? \_\_\_\_\_

Quanto pesa ? \_\_\_\_\_ Quanto è alta ? \_\_\_\_\_

Quale titolo di studio ha conseguito? \_\_\_\_\_

Che lavoro svolge con precisione ? \_\_\_\_\_

**Barrare la risposta giusta**

**Domande sullo stato di salute generale**

Attualmente o nel passato ha mai sofferto di:

- |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ipertensione                | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Trombosi venose                  | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Asma                        | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Ansia                            | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Diabete                     | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Depressione                      | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Epilessia                   | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Infezioni dell'apparato genitale | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Problemi alla tiroide       | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Qualche altra malattia cronica   | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Problemi alle articolazioni | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | specificare _____                |                             |                             |
| Problemi cardiaci           | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | _____                            |                             |                             |

**Come ritiene che sia il suo stato di salute attuale ?**

- Buono       Non del tutto buono

**Quando è stata male nel passato, ad esempio un'influenza, o ha avuto difficoltà economiche, a chi si è rivolta per essere aiutata ?**

- A nessuno, vivo abbastanza sola  
 Ai miei genitori  
 A familiari  
 Ad amici

**Prende regolarmente qualche medicina ? Per regolarmente intendo anche medicine prese 1 -2 volte al mese.**

- No       Sì, specificare quale o quali \_\_\_\_\_

**E' mai stata ricoverata in ospedale o ha fatto un day-hospital ?**

- No       Sì, specificare il motivo \_\_\_\_\_

**Precedenti gravidanze**

Quante gravidanze ha avuto fino ad oggi ?

- Nessuna       1 o più

In una delle precedenti gravidanze ha avuto

- |   |                             |                             |  |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Aborto spontaneo                        | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Se SI 1 solo ? a che mese ? _____      |
| Più di uno ?                            | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |  |
| Aborto indotto per malformazione fetale | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |  |
| Neonato prematuro                       | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | Se SI a che settimana era nato ? _____ |
| Neonato di peso inferiore a 2.500       | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |  |
| Neonato nato morto                      | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |  |
| Neonato morto nel primo mese di vita    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |  |

**Malformazioni, disabilità o malattie genetiche in precedenti figli o in famiglia**

Se vi è stato qualche caso di malformazione, disabilità, malattia genetica o altro problema nelle precedenti gravidanze o nei familiari, suoi o di suo marito/compagno, lo indichi barrando con una X la casella corrispondente.

	Precedenti gravidanze o precedenti figli	Genitori (i suoi genitori e i genitori di suo marito/compagno)	Fratelli o sorelle, suoi o di suo marito/compagno	Nonni e cugini materni o paterni, suoi o di suo marito/compagno
Malformazioni (es.: spina bifida, labbro leporino, cardiopatie congenite)				
Ritardo mentale				
Statura molto bassa				
Sordità				
Cecità				
Anemia mediterranea (talassemia)				
Malattie del sangue				
Fibrosi cistica				
Distrofia muscolare				
Emofilia				
Malattie metaboliche				
Malattie neurologiche progressive				
Decessi in epoca infantile				
Persone ricoverate in istituti particolari				
Persone che hanno richiesto assistenza continua in età giovanile				

**Malattie infettive che lei ha avuto nel passato**

Ricorda di avere avuto la:

- Varicella       NO       SI  
 Rosolia       NO       SI

**Vaccinazioni eseguite nel passato**

Ricorda di essere stata vaccinata per la:

- Varicella       NO       SI  
 Rosolia       NO       SI  
 Epatite       NO       SI  
 Tetano e Difterite       NO       SI