Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 26 aprile 2005

REGIONE CAMPANIA Giunta Regionale - Seduta del 16 febbraio 2005 - Deliberazione N. 235 - Area Generale di Coordinamento N. 20 Assistenza Sanitaria - **Approvazione del sistema di sorveglianza epidemiologica dei neonati con peso alla nascita molto basso e del relativo atto di indirizzo e coordinamento regionale per l'assistenza pediatrica "post-dimissione". Con allegato**

omissis

Premesso

Che nell'anno 2004, presso il Settore Assistenza Sanitaria - Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) dell'Assessorato alla Sanità, è stato istituito, utilizzando la rete dei Sanitari dei Centri Nascita regionali di 30 livello (Terapie Intensive Neonatali), un sistema di sorveglianza epidemiologica inteso a verificare il numero e le caratteristiche dei neonati di peso molto basso (-1500gr. di peso alla nascita e/o -32 settimane di età gestazionale), gli interventi praticati, per valutarne efficacia ed efficienza, e gli esiti maggiori.

Che l'analisi retrospettiva relativa al biennio 2002-2003 della fase pilota del sistema di sorveglianza regionale su questi neonati ha evidenziato che ne nascono in Campania circa 600 (di cui la metà di peso <1000gr.) e che essi hanno attualmente una mortalità di poco superiore alla media italiana e comunque più alta di quella delle Regioni del Nord.

Che i progressi nell'assistenza prenatale, con un sempre più attento monitoraggio della sofferenza fetale e l'accurata centralizzazione delle gravidanze ad alto rischio in Centri qualificati, associati all'uso di mezzi sofisticati di assistenza e diagnosi neonatale, hanno significativamente incrementato nell'ultimo decennio là sopravvivenza di neonati anche ad età gestazionali e peso particolarmente bassi.

Che la migliorata sopravvivenza di questi neonati ha creato un crescente interesse sugli esiti di questi particolari pazienti correlati con la bassa età gestazionale e il basso peso alla nascita; ciò ha reso necessario un generale miglioramento del loro follow-up e di conseguenza una sempre più attenta valutazione dei loro percorsi assistenziali.

Ritenuto

Che per aumentare la sopravvivenza e ridurre gli esiti negativi è necessario assicurare un adeguato percorso assistenziale sanitario centrato sull'individuo che garantisca la continuità delle cure almeno nei primi due anni di vita, e finalizzata alla ottimizzazione dello sviluppo fisico e psichico del prematuro, alla prevenzione di malattie infettive e alla opportunità di porre diagnosi precoce di disabità neuro-sensoriale.

Che la efficace attuazione del percorso assistenziale richiede anche l'attivazione di strumenti come il Day-Hospital nell'area neonatale-pediatrica, che permetta alle le TIN che dimettono questi bambini di seguirli nel tempo, senza i vincoli amministrativi oggi esistenti, ed in collaborazione con i pediatri di famiglia ed i servizi sociali.

Che per monitorare l'andamento dei principali indicatori clinici ed epidemiologici è necessario disporre di informazioni adeguate sia sul piano dei contenuti che della tempestività.

Che l'organizzazione di un follow-up a partenza neonatale ha il vantaggio di consentire la raccolta di tali informazioni che risultano preziose sulle sequele che questi pazienti possono presentare a breve o lungo termine, contribuendo a identificarne le cause per prevenirle.

Considerato

Che l'Assessorato alla Sanità ha recentemente avviato una fase di ridefinizione dei livelli organizzativi dell'assistenza perinatale con l'approvazione della D.G.R. n.2068 del 12/11/2004 "Definizione di Linee Guida Regionali per l'Ottimizzazione dell'Assistenza Ospedaliera in Neonatologia ed in Pediatria d'Urgenza".

Che in tale atto deliberativo viene richiamata la necessità di garantire a questi neonati l'appropriatezza e la continuità delle cure, nonché la necessità di rendere obbligatoria la partecipazione da parte delle U.O. di Terapia Intensiva Neonatale al summenzionato sistema di sorveglianza coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Che in tale atto deliberativo è espressa la necessità di potenziare presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale la funzione di monitoraggio delle attività ospedaliere e territoriali ostetrico neonatale, con il compito di supportare la programmazione sanitaria.

Che per raggiungere tale obiettivo è necessario attivare le necessarie sinergie e collaborazioni con le strutture dell'Università e del Servizio Sanitario Regionale.

Che per conseguire questo obiettivo è necessario garantire all'O.E.R. l'accesso a tutte le banche dati disponibili (Schede di Dimissione Ospedaliera, distribuzione dei posti letto, STEN) e il tempestivo invio, almeno annuale, da parte delle strutture che gestiscono tali dati, dei relativi record disponibili. Ciò al fine di consentire la descrizione e la valutazione degli aspetti organizzativi dell'assistenza e delle condizioni di salute dei neonati a rischio attraverso il linkage con le banche dati direttamente gestite dall'O.E.R. (mortalità, Certificati di Assistenza al Parto, registi delle malformazioni e delle infezioni perinatali) e permettere così la validazione delle informazioni utili alla programmazione.

Che per migliorare la qualità delle conoscenze è necessario prevedere il costante aggiornamento delle informazioni sulle caratteristiche strutturali e organizzative delle TIN, attraverso anche specifiche rilevazioni.

Visto

Il Decreto Ministeriale del 24/4/2000 "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000".

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004.

La Legge n. 10 del 11/7/2002 "Piano Sanitario Regionale 2002-2004".

La D.G.R. n.2068 del 12/11/2004 "Definizione di Linee Guida Regionali per l'Ottimizzazione dell'Assistenza Ospedaliera in Neonatologia ed in Pediatria d'Urgenza".

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

Di approvare l'allegato documento tecnico denominato "Atto di indirizzo e coordinamento per l'assistenza pediatrica "post-dimissione" dei neonati con peso alla nascita molto basso (Very Low Birth Weight)", con i relativi allegati, che costituisce parte integrante del presente provvedimento.

Di approvare il sistema di sorveglianza epidemiologica sui neonati di peso molto basso (<1500gr. di peso alla nascita e/o -32 settimane di età gestazionale), affidandone il coordinamento all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, rendendo la partecipazione ad esso obbligatoria per tutte le strutture dei Centri Nascita regionali di 3° livello (Terapie Intensive Neonatali), ed assegnando la responsabilità locale del flusso dei dati alle Direzioni Sanitarie delle relative Aziende Ospedaliere e dei Presidi interessati.

Di disporre che l'Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria, attraverso un documento tecnico elaborato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, in accordo con il Direttore Generale dell'ARSAN, definisca le modalità temporali e i contenuti informativi della trasmissione dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative ai neonati sani e patologici, e quelle relative ai parti di tutti gli anni disponibili, nonché al loro aggiornamento periodico.

Di disporre che l'Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria definisca, attraverso un documento tecnico elaborato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, in accordo con il Settore Assistenza Ospedaliera, le modalità temporali e i contenuti informativi della trasmissione dei dati del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale di tutti gli anni disponibili, nonché al loro aggiornamento periodico.

Di realizzare attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, un'indagine conoscitiva sulle caratteristiche strutturali e organizzative delle TIN.

Di prevedere un finanziamento di E. 50.000,00 da imputare sul capitolo 7078 UPB 4.15.38 dell'esercizio finanziario 2005 per il miglioramento dei sistemi informativi relativi all'assistenza ospedaliera materno-infantile, e per la formazione del personale aziendale dedicato ad essi;

Di dare mandato al Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria di provvedere con proprio atto monocratico per l'impegno dell'importo di 50.000,00 euro da imputare sul capitolo 7078 UPB 4.15.38 dell'esercizio finanziario 2005 per il miglioramento dei sistemi informativi relativi all'assistenza ospedaliera materno-infantile, e per la formazione del personale aziendale dedicato ad essi;

Di incaricare il Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria e Igiene Sanitaria, a dare attuazione a quanto previsto dalla presente deliberazione con successivi atti monocratici;

Di disporre la pubblicazione sul BURC della presente Deliberazione.

Di trasmettere, per quanto di competenza la presente deliberazione al Settore Assistenza Sanitaria dell'AGC Assistenza Sanitaria, al Settore Programmazione Sanitaria dell'AGC di Programmazione Sanitaria, all'Agenzia Regionale della Campania, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere della Campania.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino

Regione Campania

Area Generale di Coordinamento - Assistenza Sanitaria

Approvazione del sistema di sorveglianza epidemiologica dei neonati con peso alla nascita molto basso e del relativo atto di indirizzo e coordinamento regionale per l'assistenza pediatrica "post dimissione"

Deliberazione N. 235 del 16 febbraio 2005

Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 26 aprile 2005

Atto di indirizzo e coordinamento per l'assistenza pediatrica "post-dimissione" dei neonati con peso alla nascita molto basso (Very Low Birth Weight)

PREMESSA

I progressi nell'assistenza prenatale, con un sempre più attento monitoraggio della sofferenza fetale e l'accurata centralizzazione delle gravidanze ad alto rischio in Centri qualificati, associati all'uso di mezzi sofisticati di assistenza e diagnosi neonatale, hanno condotto nell'ultimo decennio al miglioramento della sopravvivenza di neonati anche ad età gestazionali e peso particolarmente bassi.
Così in USA la sopravvivenza nel neonato prematuro, di peso inferiore a 1500 gr. (VLBW), è salita dal 30% negli anni '60-'70 ad oltre il 90% negli anni '90. Dati recenti di sorveglianza, elaborati dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN), hanno documentato in Italia nel 2001 una mortalità ospedaliera nei VLBW ridotta al 19,64%. In Campania, ove nello stesso anno la mortalità è stata del 20%, il numero dei VLBW dimessi è di circa 500-600/anno (tra cui un terzo con peso alla nascita inferiore a 1000 gr.).
Tale migliorata sopravvivenza ha creato un crescente interesse sull'esito di questi particolari pazienti e ha reso necessaria una migliore conoscenza del loro follow-up. Dati di letteratura indicano infatti che questi bambini presentano una serie di problemi nel corso dello sviluppo, tanto maggiori quanto più bassa è l'età gestazionale alla nascita. Tra essi i principali sono:

1. Sviluppo auxologico inadeguato, con percentili di crescita, a 12 mesi di età corretta, inferiori a quelli dei nati con peso adeguato
2. Elevato rischio a contrarre malattie respiratorie, in particolare bronchiolite da VRS, specie nei prematuri affetti da displasia bronco-polmonare
3. Frequenti riospedalizzazioni per problemi medici e chirurgici
4. Ritardo nel calendario vaccinale
5. Esiti neurologici maggiori, quali vari tipi di paralisi cerebrale (PC), la cui diagnosi peraltro può essere posta non prima dei sei mesi di vita
6. Esiti neurologici minori, con vari tipi di disturbi cognitivi, la cui diagnosi non può essere sospettata prima dei due anni
7. Esiti sfavorevoli sensoriali con particolare riferimento a quelli visivi (tra cui la frequente e talora grave retinopatia del pretermine) ed uditivi (vari gradi di ipoacusie)

Per questi motivi le Terapie Intensive Neonatali (TIN) hanno organizzato nel loro stesso ambito i Servizi di Follow-up del nato prematuro. Diffusi da vari decenni nei Paesi ad elevato standard nell'assistenza materno-fetale, recentemente sono stati organizzati anche in Italia. In Campania questi servizi sono offerti da parte di quasi tutte le TIN, sia pure con modalità differenti. L'erogazione di questo tipo di assistenza ha dimostrato che l'attento follow-up di questi pazienti riduce i costi sociali della prematurità, sia da un punto di vista sociale, che da quello strettamente economico. Viene offerta alla famiglia una continuità assistenziale, centrata sull'individuo, che permette di ottimizzare lo sviluppo fisico e psichico del prematuro, di prevenire malattie infettive e di porre diagnosi precoce di disabità neuro-sensoriale. Inoltre l'organizzazione di un follow-up a partenza neonatale ha il vantaggio di consentire la raccolta di informazioni preziose sulle sequele che questi pazienti possono presentare a breve o lungo termine, contribuendo a identificarne le cause per prevenirle.

FINALITA' DEL SERVIZIO DI FOLLOW-UP

La finalità del follow-up, organizzato e gestito dalle stesse Terapie Intensive Neonatali che curano e dimettono questi particolari pazienti, è duplice: prosecuzione delle cure e sorveglianza dell'esito a distanza di bambini ad elevato rischio evolutivo.

1. La continuità delle cure è la finalità preminente. L'obiettivo prioritario è di fornire un servizio a vantaggio del singolo, che viene valutato, nell'organizzazione sanitaria, come indispensabile per i bambini con maggiori bisogni. In questo indirizzo il FU deve essere globale e attivo. Globale innanzitutto per il tipo di assistenza, che non può limitarsi agli aspetti neuroevolutivi o essere, comunque, settoriale, ma deve occuparsi anche di alimentazione e crescita, vaccinazioni, udito, vista, prevenzione individuale delle infezioni, altro. Deve cioè farsi carico del monitoraggio clinico dello sviluppo di un bambino nella sua complessità. Attivo, in secondo luogo, perché deve offrire un supporto pieno al bambino ed alla famiglia. Non solo quindi controllo/assistenza in termini sanitari, ma anche occasione di accoglienza, stimolo e guida nei confronti di genitori resi bisognosi di aiuto da una quantità di problemi che li coglie sovente impreparati alla dimissione del figlio.
Ottenere questi risultati non è facile, poiché occorre possedere specifiche competenze di settore che i Servizi di follow-up, emanazione funzionale dei Centri di Terapia Intensiva Neonatale, possono progressivamente raggiungere. Ovviamente non si tratta di sostituirsi al pediatra curante, il cui ruolo primario nella gestione del bambino, anche di quello con problematiche e rischi evolutivi elevati, va salvaguardato e se del caso potenziato. Occorre offrire un pacchetto di servizi/consulenze che, utilizzando tutte le risorse specialistiche disponibili in sede o nella rete delle strutture ospedaliere, permettano di ottimizzare, anche attraverso l'utilizzo di protocolli clinici comuni da parte dei vari Centri, l'assistenza post-dimissione dei VLBW Tali protocolli dovranno svilupparsi attraverso i lavori di uno specifico tavolo tecnico composto dai referenti della sorveglianza epidemiologica, a partire dalla proposta di base allegata (tabella 1).

2. Il secondo scopo del FU è la valutazione dell'esito a distanza. In questo caso l'obiettivo travalica l'interesse del singolo e mira a conoscere il destino a lungo termine di questi bambini, sottoponendo a sorveglianza la popolazione (gruppo) a rischio, per valutare la qualità di vita dei dimessi ed ottenere informazioni di significato generale, valide per l'intero gruppo. Ovviamente le risposte non potranno essere date una volta per sempre, perché sono mutevoli in relazione alle diverse caratteristiche dei nuovi bambini dimessi, e alle variazioni che la morbilità può subire in rapporto alla evoluzione delle conoscenze e dei trattamenti. Da ciò deriva la necessità che la sorveglianza sia continua, sistematica, prolungata nel tempo su tutta la popolazione/gruppo a rischio e che dia risposte sempre aggiornate agli interrogativi prospettati. Gli obiettivi della sorveglianza sono i seguenti:
- valutare la qualità di vita a breve (6 mesi) e lungo termine (24 mesi riservando i controlli per le età successive ad una ulteriore evoluzione del programma)
- avere informazioni di ritorno a breve termine per la valutazione delle cure neonatali
- valutare l'efficacia di nuovi interventi, in particolare quelli molto costosi quali farmaci o procedure diagnostiche
- individuare precocemente nuove morbilità, correlate ad eventuali nuovi trattamenti.

Per ottenere questi risultati sarà utile la creazione di un Network di tutti i Servizi di FU che, attraverso la rilevazione di un set standard minimo di dati, ma con metodi di valutazione comuni convalidati e standardizzati, permetta di ottenere, in maniera duratura nel tempo, misure di esito non solo per singolo centro, ma soprattutto per l'intera regione (area), offrendo la possibilità di confronti interregionali e/o internazionali.

ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL FOLLOW-UP

1. Le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura di riferimento, autorizzeranno l'attivazione, attraverso riconversione di equivalenti posti letto di degenza ordinaria, di posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno (Day-Hospital) dell'area neonatologica in misura pari a 1 posto letto ogni 40 bambini (o frazione) VLBW dimessi/anno.

2. Il Direttore dell'U.O.S.C. TIN individuerà un Sanitario che si occupi precipuamente della gestione delle problematiche inerenti il D.H., dagli aspetti organizzativi a quelli gestionali. Lo stesso sanitario sarà considerato referente per la sorveglianza epidemiologica e per i rapporti con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

3. Il D.H. dovrà funzionare con indice rotazione per posto letto con un massimo di due pazienti al giorno. Ciascun Centro implementerà, in base alle risorse disponibili, un programma individuale di interventi multiprofessionali e plurispecialistici da erogare, nell'ambito di quelli previsti da uno specifico protocollo, con inclusione delle prestazioni inerenti la prevenzione individuale (quali: vaccini ed immunoglobuline).

4. Le U.O.S.C. TIN dovranno offrire, dopo l'attivazione del D.H., un servizio di follow-up alle famiglie dei nati da severa prematurità, vale a dire quelli con età gestazionale <33 settimane e/o peso alla nascita molto basso (uguale/inferiore 1500 gr.). Il FU effettuato in regime di DH dovrà necessariamente comprendere tutte le prestazioni appropriate previste dal protocollo di FU. Pertanto l'Azienda di ricovero dovrà disporre la fornitura dei presidi farmacologici necessari. I genitori potranno usufruire di questa offerta assistenziale presso la TIN che ha dimesso il bambino (soluzione preferibile), oppure, in presenza di problemi logistici, anche presso un'altra TIN di loro fiducia, previa comunicazione alla TIN di dimissione da parte del Centro scelto dalla famiglia.

5. Durante il follow up saranno praticati indagini diagnostiche e trattamenti terapeutici secondo quanto previsto da specifici protocolli condivisi di follow up. Nel caso di prestazioni strumentali particolarmente complesse (come TAC e RMN) si potrà fare riferimento alle aziende già dotate di tali strumentazioni attraverso specifici accordi interaziendali. Inoltre saranno somministrati altri trattamenti farmacologici preventivi, se previsto da specifici protocolli clinici di provata efficacia e scientificamente validati. Infine potranno essere praticate, se necessario, e in accordo con il Centro Vaccinale competente per residenza, le vaccinazioni previste dalla normativa. Certificazione dell'avvenuta vaccinazione sarà consegnata ai genitori per la registrazione presso il Centro di vaccinazione competente per residenza.

6. I rapporti con il Pediatra Curante sarà regolamentato da:
a) analitica relazione di dimissione con i dati del ricovero ed indicazione dei singoli fattori di rischio, nonché la comunicazione di disponibilità alla presa in carico per il follow-up
b) tre relazioni intermedie (a 6-12-24 mesi) con enfasi soprattutto all'eventuale individuazione di problemi, per il superamento dei quali sarà necessario anche la collaborazione del curante

7. Presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) è istituita, utilizzando la rete dei Sanitari referenti per il D.H., un sistema di sorveglianza epidemiologica:
   a) sugli interventi praticati, per valutarne efficacia, efficienza e costi delle cure farmacologiche e strumentali
   b) sugli esiti maggiori di questa popolazione a rischio. In particolare, in una prima fase, la sorveglianza si focalizzerà su:
      - Paralisi cerebrale
      - Displasia Broncopolmonare
      - Retinopatia della Prematurità (ROP) e/o Strabismo
      - Ipoacusie o Sordità

Allo scopo saranno utilizzate le schede epidemiologiche, pubblicate in allegato.

La scheda E1, singola per ciascun Centro, raccoglie i dati riassuntivi annuali sulle caratteristiche alla nascita e l'esito del ricovero dei nati con peso <1500 grammi.
La scheda E2, singola per ciascun nato dimesso con peso alla nascita <1500 gr. e/o età gestazionale <33 settimane, raccoglie in forma anonima i dati anamnestici e clinici rilevati alla dimissione.
Le schede E3 e E4, collegate per singolo bambino alla precedente E2 tramite sigle identificative, contegono i dati del follow-up di ciascun nato.

Le schede, compilata dai medici referenti per la sorveglianza, saranno inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, sede dell'archivio storico informatizzato, con la seguente cadenza:
scheda E1: ogni anno, nel mese di aprile, con i dati dell'anno precedente
scheda E2: ogni anno, nel mese di aprile, con i dati dei bambini dimessi, nati nell'anno precedente
schede E3 e E4: ogni anno, nel mese di dicembre, con i dati del follow-up dei bambini dimessi l'anno precedente (E3) e due anni prima (E4).

Le schede dovranno essere compilate anche nel caso di mancata accettazione da parte della famiglia del programma di follow-up, attraverso una intervista telefonica effettuata a distanza dal medico curante referente per la sorveglianza.

Tabella 1

Calendario di base dei principali esami per il follow-up dei VLBW
(date corrette per età gestazionale)

	data di nascita prevista (40 sett.e.g.)	**2°-3° mese**	**6° mese**	**12° mese**	**18° mese**	**24° mese**
Visita Pediatrica	x	x	x	x	x	x
Esami Ematologici		x		x		x
Vaccinazioni (1)						
Palivizumab (2)						
Rx Torace (3)			x			
Ecografie di Apparati		x				x
Ecografia Cerebrale	x	x	x			
Valutazione Neurologica e/o Motoria	x		x	x	x	x
Valutazione Sviluppo Mentale				x	x	x
TAC Cerebrale (4)	x					
RMN Cerebrale (4)	x					
ECG/Press. Arteriosa/Ecocardiografia			x			
Visita Oculistica (5)	x			x		x
EEG (6)		x				
Potenziali Evocati Visivi (7)			x			
Potenziali Evocati Uditivi			x			

1. nei casi a rischio, su richiesta dei centri di vaccinazione referenti per territorio
2. una dose mensile (da ottobre a febbraio) nei nati da età gestazionale < 33 settimane ed età < 1 anno
3. nei casi con displasia broncopolmonare o altra patologia polmonare
4. nei casi con patologia cerebrale
5. a due anni, esame della rifrazione in cicloplegia
6. nei casi con patologia cerebrale e/o pregresse convulsioni
7. nei casi con ROP

Modulo E 1

Assessorato alla Sanità Regione Campania
Osservatorio Epidemiologico Regionale

U.O.C. NEONATOLOGIA e TERAPIA INTENSIVA NEONATALE:

_____ Referente _____

ESITO VLBW (<1500 gr.). Anno 2002

Classi di peso	A	B	Totale1	C	D1	D2	E	F	Totale2
< 500									
500-749									
750-999									
1000-1249									
1250-1499									
tot < 1500									

ESITO VLBW (<1500 gr.). Anno 2003

Classi di peso	A	B	Totale1	C	D1	D2	E	F	Totale2
< 500									
500-749									
750-999									
1000-1249									
1250-1499									
tot < 1500									

Legenda:

A= Nati presso il proprio ospedale/azienda (INBORN)
B= Nati presso altro ospedale/azienda (OUTBORN)
C= INBORN trasferiti nelle prime 24 ore
D1= INBORN trasferiti durante il ricovero (oltre le 24 ore)
D2= OUTBORN trasferiti durante il ricovero (oltre le 24 ore)
E= INBORN deceduti
F= OUTBORN deceduti

Data _____ _____

Firma

Modulo E2

Assessorato alla Sanità Regione Campania
Osservatorio Epidemiologico Regionale

Scheda Raccolta Dati sul "Follow-up dei nati con peso <1500 gr. e/o <33 sett."

Scheda n° 1 **TIN**_____

Neonato:

Cognome | | | | **Nome** | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Data Nascita _____ **Data Dimissione**_____

Madre, età: _____ **scolarità:** _____

☐ **Inborn** ☐ **Outborn ricoverato prime 24 h** ☐ **Outborn ricoverato oltre 24 h**

Dati prenatali e al parto

Grammi _____ EG _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Gemello ☐ NO ☐ SI Numero gemelli _____ Fecondazione Artificiale ☐ NO ☐ SI

Malformazioni ☐ NO ☐ SI Descrizione: _____

_____

Profilassi steroidea (anche singola dose): ☐ NO ☐ SI ☐ NON SO

Tipo Parto: ☐ Vaginale ☐ Cesareo

Dati dal ricovero

Ventilazione Meccanica (solo con intubazione):giorni n° _____ Ventilazione Mecc. ☐ NO

Ossigeno a 36 settimane di età gestazionale corretta (BPD): ☐ NO ☐ SI

Dimesso con saturimetro: ☐ NO ☐ SI PNX drenato: ☐ NO ☐ SI

NEC (solo se operata): ☐ NO ☐ SI ROP=>3° grado: ☐ NO ☐ SI

Emorragia intracranica III-IV grado: ☐ NO ☐ SI

Idrocefalo post-emorragico (con protesi): ☐ NO ☐ SI

LPV cistica: ☐ NO ☐ SI

Dilatazione ventricolare: ☐ NO ☐ SI

Ha iniziato il ciclo di vaccinazioni in reparto: ☐ NO ☐ SI

Data: _____

_____
Firma Medico Responsabile

Modulo E3

Assessorato alla Sanità Regione Campania
Osservatorio Epidemiologico Regionale

Scheda Raccolta Dati sul "Follow-up dei nati con peso <1500 gr. e/o <33 sett."

Scheda n° 2 (da compilare a 12 mesi corretti) **TIN**_____

Neonato:

Cognome | | | | **Nome** | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Data Nascita _____ **Data Dimissione**_____

Dati provenienti da: follow-up neonatale ☐ intervista telefonica ☐

Dati dal follow-up clinico

Vaccinazioni praticate: esavalente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 MPR: ☐ NO ☐ SI

Altri farmaci di profilassi: Tipo _____ Mese somministrazione _____

Altri farmaci di profilassi: Tipo _____ Mese somministrazione _____

Ricoveri ospedalieri: ☐ NO ☐ SI Numero _____

Causa 1° ricovero _____ gg ricovero _____

Causa 2° ricovero _____ gg ricovero _____

Dati dal follow-up neuro-sensoriale

ABR patologico (soglia uditiva >25 dB): ☐ NO ☐ SI ☐ NON PRATICATO

Strabismo (confermato da visita oculista): ☐ NO ☐ SI ☐ NON PRATICATO

Seduto senza sostegno, mese corretto _____

Cammina senza sostegno, mese corretto _____

Paralisi cerebrale: ☐ NO ☐ SI Tipo _____ Sede _____ Livello _____

Legenda tipo:	*Sede*	*Livello*
1 = Spastica	Monoplegia: 1 arto	1: lieve perdita della funzione
2 = Atassica	Emiplegia: 1 emilato	2: modesta perdita della funzione
3 = Discinetica	Diplegia: 2 arti inf. o sup.	3: grave perdita della funzione
	Triplegia: 2 arti inf., 1 sup.	4: perdita della funzione
	Tetraplegi: 4 arti	

Data: _____

_____
Firma Medico Responsabile

Modulo E4

Assessorato alla Sanità Regione Campania
Osservatorio Epidemiologico Regionale

Scheda Raccolta Dati sul "Follow-up dei nati con peso <1500 gr. e/o <33 sett."

Scheda n° 2 (da compilare a 24 mesi corretti) **TIN**_____

Neonato:

Cognome | | | | **Nome** | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Data Nascita _____ **Data Dimissione**_____

Dati provenienti da: follow-up neonatale ☐ intervista telefonica ☐

Dati dal follow-up clinico

Vaccinazioni praticate: esavalente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 MPR: ☐ NO ☐ SI

Altri farmaci di profilassi: Tipo _____ Mese somministrazione _____

Altri farmaci di profilassi: Tipo _____ Mese somministrazione _____

Ricoveri ospedalieri: ☐ NO ☐ SI Numero _____

Causa 1° ricovero _____ gg ricovero _____

Causa 2° ricovero _____ gg ricovero _____

Dati dal follow-up neuro-sensoriale

ABR patologico (soglia uditiva >25 dB): ☐ NO ☐ SI ☐ NON PRATICATO

Strabismo (confermato da visita oculista): ☐ NO ☐ SI ☐ NON PRATICATO

Seduto senza sostegno, mese corretto _____

Cammina senza sostegno, mese corretto _____

Paralisi cerebrale: ☐ NO ☐ SI Tipo _____ Sede _____ Livello _____

Legenda tipo:	*Sede*	*Livello*
1 = Spastica	Monoplegia: 1 arto	1: lieve perdita della funzione
2 = Atassica	Emiplegia: 1 emilato	2: modesta perdita della funzione
3 = Discinetica	Diplegia: 2 arti inf. o sup.	3: grave perdita della funzione
	Triplegia: 2 arti inf., 1 sup.	4: perdita della funzione
	Tetraplegi: 4	

Data: _____

_____
Firma Medico Responsabile