

Scheda Anamnestica della donna in
gravidanza



Rev. 01 del 12/11/2025

MR P12_PSP 01

ALLA U.O. OFFICINA TRASFUSIONALE/MEDICINA TRASFUSIONALE

- Cognome e nome
- Data e luogo di nascita
- Numero di telefono
- Medico Medicina Generale Tel.....
- Ginecologo Tel
- Ostetrica Tel.....

DATA.....

PRESIDIO.....

• Epoca attuale gravidanza	Settimana..... Giorno ultima mestruazione..... Data prevista del parto.....
• Pregressa gravidanza	SI <input type="checkbox"/> N°quando (anno/i) NO <input type="checkbox"/>
• Pregresso parto, precedenti eventi immunizzanti (aborto, amniocentesi, villocentesi, ecc)	SI <input type="checkbox"/> N°quando (anno/i) NO <input type="checkbox"/>
• Esecuzione di immunoprofilassi anti-D	SI <input type="checkbox"/> quando (anno e mese) NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
• Ha mai subito trasfusioni	SI <input type="checkbox"/> quando (anno/i) NO <input type="checkbox"/>
• Intende partorire in struttura extraospedaliera?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Firma

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Programma Sangue Plasma

Scheda Anamnestica della donna in gravidanza

 FAMI



PERSONE

Regione Emilia-Romagna
Percorsi Emilia-Romagna Salute Obiettivi Messaggi Educazione

Rev. 01 del 12/11/2025

MR P12_PSP 01