

SANGUINAMENTO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO

Pierluigi Palazzetti

Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Sandro Pertini - Roma



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



POSSIBILI CAUSE DI EMORRAGIA IN GRAVIDANZA:

- **PRIMO TRIMESTRE** (dal concepimento alla 13^a settimana e 6 giorni): gravidanza extrauterina, aborto, minaccia d'aborto
- **SECONDO TRIMESTRE** (dalla 14^a settimana alla 26^a settimana e sei giorni): aborto del secondo trimestre, placenta previa, distacco di placenta, lesioni locali (es. polipo cervicale, ectropion)
- **TERZO TRIMESTRE** (dalla 27^a settimana al termine della gravidanza): placenta previa, rottura di vasa previa, distacco di placenta, lesioni locali

I piccoli sanguinamenti che si verificano in gravidanza, di colore variabile dal rosato, al rosso vivo o al marrone, associati ad attività contrattile sono dovuti alla rottura di piccoli vasi della cervice (riccamente vascolarizzato), e possono essere sinonimo di un travaglio iniziale.





EMORRAGIE DEL PUERPERIO (periodo che intercorre dal momento del parto fino alle 6 settimane da esso)

L'Emorragia **primaria** del Post Partum (EPP): è definita come una perdita di sangue oltre i 500 ml nelle prime 24 ore dopo il parto vaginale e oltre i 1.000 ml dopo taglio cesareo

L'Emorragia **secondaria** si riferisce ai casi insorti tra 24 ore e 12 settimane dopo il parto.

EPP minore (perdita tra 500 e 1.000 ml)

EPP maggiore (Perdita tra 1.000 e 1.500 ml)

EPP massiva (quando sono applicabili uno o più dei seguenti criteri: oltre 1.500 ml di perdita ematica persistente e/o segni di *shock* clinico e/o trasfusione di 4 o più unità di emazie concentrate)

La **METRORRAGIA DEL PUERPERIO** indica perdite vaginali che mantengono carattere francamente ematico e si protraggono per un periodo superiore a 8-10 giorni, oppure, se dopo un periodo più o meno lungo dal parto ricompare una perdita ematica abnorme. Può accadere anche che la prima mestruazione che si verifica alla fine del puerperio sia particolarmente abbondante tanto da assumere il carattere di una metrorragia.



L'Indice di *Shock* o **Shock Index (S.I.)** è un parametro utilizzato nella pratica clinica per valutare lo *shock* ipovolemico, e corrisponde al rapporto tra la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa sistolica (FC/PAS).

Nella popolazione generale l'S.I. presenta un range di normalità compreso tra 0,5 e 0,7.

I range di normalità nella popolazione ostetrica sono compresi tra 0,7 e 0,9.

L'aumento dei valori di riferimento, rispetto alla popolazione generale, è attribuibile ai cambiamenti fisiologici del sistema cardiovascolare in gravidanza.

Uno Shock Index > 1 nella popolazione ostetrica viene considerato un indicatore di gravità clinica.





VALUTAZIONE IMMEDIATA

Valutare la donna secondo quanto riportato nella metodologia generale (ABCD) e rilevare i segni evidenti di gravidanza o di eventuale travaglio in atto. In particolare, osservare:

- **Segni di emorragia in atto (stato degli indumenti)**
- Perdita di liquido (stato degli indumenti)
- Segni obiettivi di dolore o di premito incoercibile





VALUTAZIONE SOGGETTIVA

È necessario chiedere o osservare:

- **sintomo principale di accesso: ossia presenza di sanguinamento definendone le caratteristiche ed entità**
- data ultima mestruazione e precisazione della settimana di gravidanza, data presunta del parto, numero gravidanze precedenti, modalità di espletamento dei parti precedenti, se per la gravidanza attuale è stato programmato un taglio cesareo (per motivazioni materne o fetali), presentazione del feto se nota (cefalica, podalica, trasversa)
- chiedere alla donna con gravidanza in epoca gestazionale ≥ 23 settimane se percepisce i movimenti fetali
- se la donna è una puerpera, chiedere quando è avvenuto il parto
- eventuali sintomi associati ad esempio: o presenza di dolore non correlato alle contrazioni, definendone sede, caratteristiche ed intensità o presenza di contrazioni definendone frequenza, intensità e durata; o l'eventuale perdita di liquido (rottura del sacco amniotico) e colore dello stesso (limpido, lievemente tinto, tinto)



VALUTAZIONE OGGETTIVA

Rilevare: PA, FC, TC, FR, SatO2, Shock index

Valutare la presenza di:

- pallore, sudorazione
- **sanguinamento definendone le caratteristiche ed entità**
- dolore non correlato alle contrazioni, definendone sede, caratteristiche ed intensità
- la frequenza, intensità e durata delle contrazioni
- perdita di liquido amniotico e colore dello stesso (limpido, lievemente tinto, tinto)





SANGUINAMENTO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali (*)	Da codice 1 (*)	Da codice 2 (*)	Da codice 3 (*)	Da codice 4 (*)	Normali (*)
Caratteristiche del sintomo/segno principale	Sanguinamento vaginale massivo/emorragia massiva Emorragia moderata in gravidanza ≥ 23 settimane	Spotting o sanguinamento minimo associato a dolore crampiforme in gravidanza < 34 settimane Emorragia moderata in gravidanza < 23 settimane Gravidanza iniziale accertata o sospetta con perdite ematiche e con dolore Sanguinamento moderato con Shock Index ≥ 1 in donna che ha partorito da ≤ 6 settimane	Spotting o sanguinamento minimo associato a dolore crampiforme in gravidanza 34-37 settimane Sanguinamento riferito non in atto in gravidanza > 23 settimane Gravidanza iniziale accertata o sospetta con perdite ematiche senza dolore Perdita ematica minima senza altri sintomi associati in gravidanza Sanguinamento moderato con Shock Index < 1 in donna che ha partorito da ≤ 6 settimane	Spotting in gravidanza ≥ 37 settimane Sanguinamento riferito non in atto in gravidanza < 23 settimane Sanguinamento, spotting con dolore crampiforme a più di 10 giorni dal parto	
Sintomi/Segni Associati	Stato di shock				
Score specifici		Shock index ≥ 1	Shock index < 1		
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Attivazione della presa in carico dal team ostetrico con rilevazione strumentale del battito cardiaco fetale da parte del team ostetrico Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure assistenziali. βhCG se sospetto di gravidanza.			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	immediata	immediata			
Terapia del dolore		Secondo protocollo locale			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video-mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	(*) Fare riferimento alla scheda parametri vitali in gravidanza Per questa condizione si valuti anche la scheda «CONTRAZIONI/SOSPETTO TRAVAGLIO/TRAVAGLIO DI PARTO»				



CASO CLINICO



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO



VALUTAZIONE IMMEDIATA: Giunge con mezzi propri una donna in gravidanza, presumibilmente al terzo trimestre

VALUTAZIONE SOGGETTIVA:

La donna, di nazionalità indiana, manifesta un'importante barriera linguistica
Con l'aiuto del marito, si raccolgono le seguenti informazioni:

La donna è alla sua seconda gravidanza, un pregresso parto spontaneo

La nascita del bambino è prevista tra un mese, ma da circa mezz'ora, ha una perdita di sangue, riferisce dolorabilità dolore addome superiore





VALUTAZIONE OGGETTIVA:

PARAMETRI VITALI: PA 150/100 FC 93 bpm
TC 36,7°C Sat.O2 97% FR 16 atti/min

Alla domanda se sente i movimenti fetali, non sa rispondere

All'ispezione si riscontra un assorbente intriso di sangue rosso vivo.

DECISIONE DI TRIAGE CON ATTIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA'





TABELLA PARAMETRI VITALI PER ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITA' PER LA DONNA IN GRAVIDAZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	Vie aeree	Ostruite	Pervie	Pervie	Pervie	Pervie
B	spO2	< 93%	≥ 93 % ≤95% Oppure > 95% con ossigeno	≥ 96%	≥ 96%	≥ 96%
	FR atti/min	≤ 10	≥ 25	20 - 24	11-19	11-19
C	FC b/min	≤ 40 ≥ 130	≤ 50 ≥ 120	50- 59 100- 119	60 – 99	60 -99
	PAS mmHg	≥ 170 ≤ 90	≥ 160; ≤ 169 ≥ 91; <100 Indice di shock ≥1	≥140; ≤ 159 Indice di shock <1	100 – 139	100 - 139
	PAD mmHg	≥110	≥100; ≤ 109	≥90-≤99	50 - 89	50 -89
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC °C	<35°	35°-35.5° >39,5° Oppure ≥ 38 in gravidanza o se condizioni di rischio associati	38.0°-39,5°C in puerperio senza condizioni di rischio associati	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	SCALA NRS		≥ 7	4-6	1-3	Dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60 High o >300+sintomi°	60-80 >300 no sintomi°	>80	>80



SANGUINAMENTO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali (*)	Da codice 1 (*)	Da codice 2 (*)	Da codice 3 (*)	Da codice 4 (*)	Normali (*)
Caratteristiche del sintomo/segno principale	Sanguinamento vaginale massivo/emorragia massiva Emorragia moderata in gravidanza ≥ 23 settimane	Spotting o sanguinamento minimo associato a dolore crampiforme in gravidanza < 34 settimane Emorragia moderata in gravidanza < 23 settimane Gravidanza iniziale accertata o sospetta con perdite ematiche e con dolore Sanguinamento moderato con Shock Index ≥ 1 in donna che ha partorito da ≤ 6 settimane	Spotting o sanguinamento minimo associato a dolore crampiforme in gravidanza 34-37 settimane Sanguinamento riferito non in atto in gravidanza > 23 settimane Gravidanza iniziale accertata o sospetta con perdite ematiche senza dolore Perdita ematica minima senza altri sintomi associati in gravidanza Sanguinamento moderato con Shock Index < 1 in donna che ha partorito da ≤ 6 settimane	Spotting in gravidanza ≥ 37 settimane Sanguinamento riferito non in atto in gravidanza < 23 settimane Sanguinamento, spotting con dolore crampiforme a più di 10 giorni dal parto	
Sintomi/Segni Associati	Stato di shock				
Score specifici		Shock index ≥ 1	Shock index < 1		
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Attivazione della presa in carico dal team ostetrico con rilevazione strumentale del battito cardiaco fetale da parte del team ostetrico Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure assistenziali. βhCG se sospetto di gravidanza.			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	immediata	immediata			
Terapia del dolore		Secondo protocollo locale			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video-mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	(*) Fare riferimento alla scheda parametri vitali in gravidanza Per questa condizione si valuti anche la scheda «CONTRAZIONI/SOSPETTO TRAVAGLIO/TRAVAGLIO DI PARTO»				



DECISIONE DI TRIAGE CON ATTIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA'

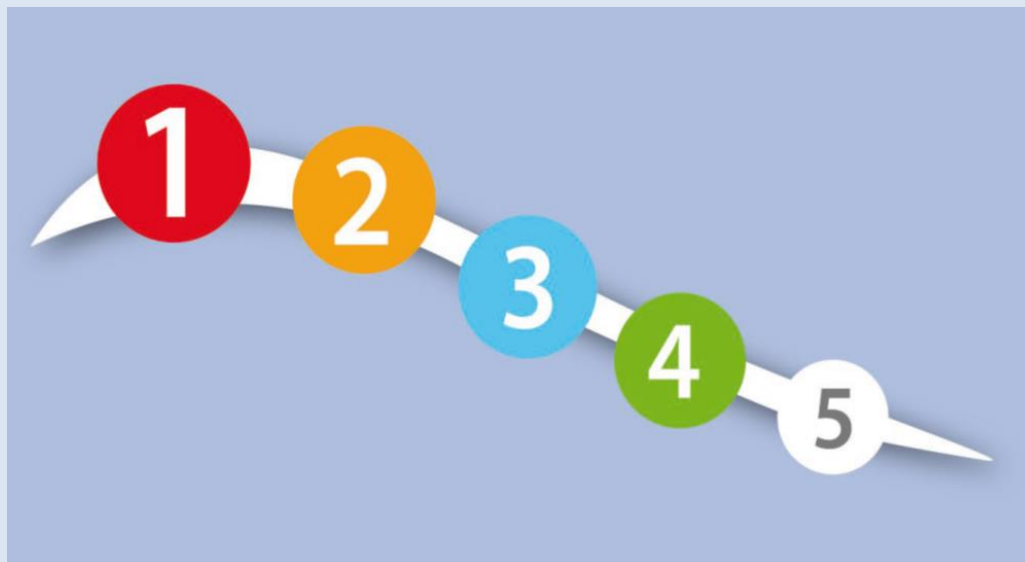
CODICE 1



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



DOLORE ADDOMINALE O PELVICO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO

Pierluigi Palazzetti

Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia

Ospedale Sandro Pertini - Roma



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



DOLORE ADDOMINALE O PELVICO IN DONNA IN ETÀ FERTILE

Associato anche a minima emorragia deve porre il dubbio di gravidanza ectopica in fase di rottura.

La gravidanza extrauterina è un quadro clinico polimorfo e insidioso: dolori addominali di varia intensità e durata, occasionalmente accompagnati da scarse e intermittenti perdite ematiche.

Si passa da una fase iniziale con sintomi sfumati di dolore addominale lieve-moderato, nausea, tensione mammaria, ad una fase di rottura conclamata con addome acuto e segni di shock.





DOLORE ADDOMINALE O PELVICO IN GRAVIDANZA

Nella gravidanza iniziale il dolore addominale può essere sintomo di aborto o di minaccia di aborto.

Nelle gravidanze ad epoca gestazionale superiore un dolore crampiforme e intermittente può essere sintomo di prodomi o di travaglio di parto (prematureo o a termine in relazione all'epoca gestazionale).

In altri casi il dolore nelle gestanti è indipendente dalla gravidanza dovendosi riferire ad esempio a gastriti, enteriti, coliche renali, ecc.

(In tal caso è opportuno fare riferimento anche alla scheda "DOLORE ADDOMINALE" presente nella sezione SCHEDE SINTOMO/PROBLEMA ADULTO del Manuale Regionale di Triage.)





DOLORE ADDOMINALE O PELVICO IN PUERPERIO

Sintomo di:

- ritenzione urinaria (verificare quando è avvenuta l'ultima minzione e la presenza di un globo vescicale)
- fenomeni infettivi addominali come la tromboflebite settica pelvica o una peritonite
- patologie non correlate al puerperio (come appendicite o occlusione intestinale).





VALUTAZIONE IMMEDIATA

Valutare la donna secondo quanto riportato nella metodologia generale (ABCD) e rilevare i segni evidenti di gravidanza o di eventuale travaglio in atto. In particolare, osservare:

- **Segni obiettivi di dolore o di premito incoercibile**
- Segni di emorragia in atto (stato degli indumenti)
- Perdita di liquido (stato degli indumenti)





VALUTAZIONE SOGGETTIVA

È necessario chiedere o osservare:

- **sintomo principale di accesso: ossia presenza di dolore non correlato alle contrazioni, definendone sede, caratteristiche ed intensità**
- data ultima mestruazione e precisazione della settimana di gravidanza, data presunta del parto, numero gravidanze precedenti, modalità di espletamento dei parti precedenti, se per la gravidanza attuale è stato programmato un taglio cesareo (per motivazioni materne o fetali).
- chiedere alla donna con gravidanza in epoca gestazionale ≥ 23 settimane se percepisce i movimenti fetali
- se la donna è una puerpera, chiedere quando è avvenuto il parto e le modalità di espletamento (parto vaginale spontaneo, parto operativo, taglio cesareo)
- eventuali sintomi associati ad esempio presenza di sanguinamento definendone le caratteristiche ed entità e se la donna è in gravidanza:
 - valutare se sono presenti anche contrazioni definendone frequenza, intensità e durata; tempo di insorgenza; evoluzione della sintomatologia
 - perdite vaginali non ematiche, valutando se si tratta di liquido amniotico e descrivendo il colore dello stesso (limpido, lievemente tinto, tinto)





VALUTAZIONE OGGETTIVA

Rilevare: PA, FC, TC, FR, SatO2

Valutare la presenza di:

- pallore, sudorazione, edemi diffusi o localizzati
- dolore non correlato alle contrazioni, definendone sede, caratteristiche ed intensità
- sanguinamento definendone le caratteristiche ed entità
- se presenti contrazioni, valutarne frequenza, intensità e durata
- perdita di liquido amniotico e colore dello stesso (limpido, lievemente tinto, tinto)
- valutazione complessiva dell'addome ricercando segni di globo vescicale o dolorabilità evocata





DOLORE ADDOMINALE E PELVICO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali (*)	Da codice 1 (*)	Da codice 2 (*)	Da codice 3 (*)	Da codice 4 (*)	Normali (*)
Caratteristiche del sintomo principale	Dolore acuto con addome ligneo	<p>Dolore addominale o pelvico severo (NRS ≥7) severo senza segni di difesa in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto</p> <p>Dolore crampiforme intenso e regolare con intervallo < 5 min in donna che ha già partorito o in cui l'epoca gestazionale non è nota</p> <p>Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza < 34 settimane</p> <p>Crampi addominali, dolore lombare inteso e pressione pelvica in gravidanza < 20 settimane</p>	<p>Dolore addominale o pelvico moderato (NRS 4-6), dolore lombare monolaterale, dolore al fianco in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto</p> <p>Dolore crampiforme intenso e regolare con intervallo < 5 min in gravidanza ≥ 34 settimane in donna che non ha mai partorito</p> <p>Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza tra 34 – 37 settimane</p> <p>Crampi addominali e dolore moderato in gravidanza < 20 settimane</p>	<p>Dolore addominale o pelvico minimo (NRS 1-3) in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto</p> <p>Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza ≥ 37 settimane</p> <p>Dolore crampiforme irregolare e blando</p> <p>Crampi blandi e dolore lombare minimo in gravidanza < 20 settimane</p> <p>Sintomi urinari</p>	
Segni/sintomi associati	Stato di shock				
Score specifici		Shock Index ≥1	Shock Index < 1		
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Attivazione della presa in carico dal team ostetrico con rilevazione strumentale del battito cardiaco fetale da parte del team ostetrico. Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure assistenziali. βhCG se sospetto di gravidanza.			
Attivazione Consuena (Secondo protocollo locale)	immediata	immediata			
Terapia del dolore		Secondo protocollo locale			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	(*) Fare riferimento alla scheda parametri vitali in gravidanza Per questa condizione si valuti anche le schede «CONTRAZIONI/SOSPETTO TRAVAGLIO/TRAVAGLIO DI PARTO»/ «PROBLEMATICHE DEL PUERPERIO»/«DOLORE ADDOMINALE ADULTI»				



CASO CLINICO



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



VALUTAZIONE IMMEDIATA: Giunge una giovane donna, vigile orientata e collaborante

VALUTAZIONE SOGGETTIVA:

La donna, di anni 22 , riferisce di essere alla 7^a settimana di gravidanza (prima gravidanza), di avere da ieri e dolore pelvico costante più marcato in fossa iliaca sinistra, sopportabile, ma che sta aumentando.

Non ha notato perdite di sangue, non ha problemi di salute, non è allergica a farmaci.





VALUTAZIONE OGGETTIVA:

PARAMETRI VITALI: PA 105/60 FC 70 bpm TC: 36°c
FR 16 atti/min Sat.O2 97%

SCALA DEL DOLORE NRS = 5

NON PRESENTI PERDITE EMATICHE IN ATTO

DECISIONE DI TRIAGE CON ATTIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA'





TABELLA PARAMETRI VITALI PER ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITA' PER LA DONNA IN GRAVIDAZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	Vie aeree	Ostruite	Pervie	Pervie	Pervie	Pervie
B	spO2	< 93%	≥ 93 % ≤95% Oppure > 95% con ossigeno	≥ 96%	≥ 96%	≥ 96%
	FR atti/min	≤ 10	≥ 25	20 - 24	11-19	11-19
C	FC b/min	≤ 40	≤ 50	50- 59	60 – 99	60 -99
		≥ 130	≥ 120	100- 119		
	PAS mmHg	≥ 170 ≤ 90	≥ 160; ≤ 169 ≥ 91; <100 Indice di shock ≥1	≥140; ≤ 159 Indice di shock <1	100 – 139	100 - 139
	PAD mmHg	≥110	≥100; ≤ 109	≥90-≤99	50 - 89	50 -89
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC °C	<35°	35°-35.5° >39,5° Oppure ≥ 38 in gravidanza o se condizioni di rischio associati	38.0°-39,5°C in puerperio senza condizioni di rischio associati	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	SCALA NRS		≥ 7	4-6	1-3	Dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60 High o >300+sintomi°	60-80 >300 no sintomi°	>80	>80



DOLORE ADDOMINALE E PELVICO IN GRAVIDANZA E FINO A 6 SETTIMANE DAL PARTO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali (*)	Da codice 1 (*)	Da codice 2 (*)	Da codice 3 (*)	Da codice 4 (*)	Normali (*)
Caratteristiche del sintomo principale	Dolore acuto con addome ligneo	Dolore addominale o pelvico severo (NRS ≥7) severo senza segni di difesa in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto Dolore crampiforme intenso e regolare con intervallo < 5 min in donna che ha già partorito o in cui l'epoca gestazionale non è nota Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza < 34 settimane Crampi addominali, dolore lombare inteso e pressione pelvica in gravidanza < 20 settimane	Dolore addominale o pelvico moderato (NRS 4-6), dolore lombare monolaterale, dolore al fianco in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto Dolore crampiforme intenso e regolare con intervallo < 5 min in gravidanza ≥ 34 settimane in donna che non ha mai partorito Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza tra 34 – 37 settimane Crampi addominali e dolore moderato in gravidanza < 20 settimane	Dolore addominale o pelvico minimo (NRS 1-3) in gravidanza e fino a 6 settimane dal parto Dolore crampiforme con intervallo > 5 min o mal di schiena/dolore lombare in gravidanza ≥ 37 settimane Dolore crampiforme irregolare e blando Crampi blandi e dolore lombare minimo in gravidanza < 20 settimane Sintomi urinari	
Segni/sintomi associati	Stato di shock				
Score specifici		Shock Index ≥1	Shock Index < 1		
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Attivazione della presa in carico dal team ostetrico con rilevazione strumentale del battito cardiaco fetale da parte del team ostetrico. Esami biochimici, strumentali, terapia e procedure assistenziali. βhCG se sospetto di gravidanza.			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	immediata	immediata			
Terapia del dolore		Secondo protocollo locale			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	(*) Fare riferimento alla scheda parametri vitali in gravidanza Per questa condizione si valuti anche le schede «CONTRAZIONI/SOSPETTO TRAVAGLIO/TRAVAGLIO DI PARTO»/ «PROBLEMATICHE DEL PUERPERIO»/«DOLORE ADDOMINALE ADULTI»				



DECISIONE DI TRIAGE CON ATTIBUZIONE DEL CODICE DI PRIORITA'

CODICE 3



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

