

# Indice

<b>Pag. 3</b>	Dati personali (controlli di gravidanza e parto con levatrice indep.), copertina 1
<b>Pag. 4</b>	Anamnesi dei bisogni
<b>Pag. 5</b>	Anamnesi
<b>Pag. 6</b>	Gravidanza
<b>Pag. 7</b>	Controlli di gravidanza
<b>Pag. 8</b>	Osservazioni controlli di gravidanza
<b>Pag. 9</b>	Decorso del parto; primo controllo e foglio di seguito
<b>Pag. 10</b>	Pagina aggiuntiva sul decorso del parto
<b>Pag. 11</b>	Partogramma
<b>Pag. 12</b>	Riassunto del parto – madre
<b>Pag. 13</b>	Trasferimento in ospedale
<b>Pag. 15</b>	Riassunto del parto – neonato
<b>Pag. 16</b>	Esame clinico del neonato
<b>Pag. 17</b>	Foglio di sorveglianza del neonato
<b>Pag. 19</b>	Dati personali (versione riassunta per pp e allattamento) copertina 2
<b>Pag. 20</b>	Osservazioni (desideri e accordi)
<b>Pag. 21</b>	Post-parto – madre
<b>Pag. 22</b>	Post-parto – neonato
<b>Pag. 23</b>	Controlli nel post-parto
<b>Pag. 25</b>	Rapporto del parto e di dimissione – madre
<b>Pag. 26</b>	Rapporto d'uscita – neonato
<b>Pag. 27</b>	Consultazione per l'allattamento
<b>Pag. 28</b>	Pagina aggiuntiva sull'allattamento
<b>Pag. 29</b>	Rapporto finale per il medico curante
<b>Pag. 31</b>	Rapporto finale per la levatrice indipendente, puerpera con neonato morente o dopo morte perinatale
<b>Pag. 35</b>	Foglio informativo «anamnesi dei bisogni»



Levatrice:

## Dati personali

Cognome e nome:

Data di nascita:

Cognome e nome neonato:

Data di nascita neonato:

Indirizzo, telefono, email:


Km (andata):

Nazionalità:

Chi sostiene le spese:


Situazione familiare:

 convivenza/sposata     partner assente/nubile

Nome del partner:

Professione della donna:

 formazione prof. di 2-4 anni     formazione superiore

 nessuna prof./apprendistato < 2 anni
Attività prof. prima del parto:     No
 Sì     al 100%     tempo parziale
Fine dell'attività professionale:     data conosciuta a
 SG     su OM     data sconosciuta

Ripresa del lavoro dopo il parto:

 ripresa pianificata/data sconosciuta

 data conosciuta     settimane dopo il parto

 ripresa non pianificata     sconosciuta

Luogo pianificato/desiderato per il parto:

 a domicilio     Casa del parto  
 ospedale e/o     con levatrice autorizzata

Luogo di nascita, telefono, data di accettazione:


Corso pre-parto:

 Sì     No     imprecisato

Consultazione da un'altra levatrice:

 Sì     No     imprecisato

Medico:

Pediatra:

Termine definitivo:

Gestità:

Parità:

Inizio delle cure:

Fine delle cure:

Particolarità:


Dichiarazione di consenso:

Dò il mio consenso al trattamento in forma anonima e a scopi statistici, i dei dati contenuti in questo dossier sul parto.

Luogo, Data:

Firma:





## Termine previsto

UM:

Ciclo:

Concepimento:

Termine presunto:

corretto all'US:

Termine definitivo:

## Esami di laboratorio su OM (data dell'esame, per i risultati vedi copie fogli labor)

Sierologia	Data		Data		Data	Batteriologia	Data
Rosolia		Toxoplasmosi 1° test		Epatite B		Gonorrea/Chlamydia	
HIV		Toxoplasmosi 2°		Epatite C		Strepto B	
Sifilide		Toxoplasmosi 3° test					
AC Rh		Profilassi anti-Rh					
AC Rh		Profilassi anti-Rh					

## Diagnosi prenatale

Esame	Data	SG	Risultati <small>(vedi copia rapporto medico)</small>
US 1			
US 2			
US 3			

## Particolarità: colloqui, consulenze, terapie:

Area per le particolarità, colloqui, consulenze e terapie. Spazio vuoto per la scrittura.

### Metodi di medicina complementari utilizzati

### Prevenzione:

- Tabacco   
  Alcool   
  Medicine   
  Trombosi   
  Abuso   
  Consulenza per il parto  
 Alimentazione   
  Dolori anticipati   
  Depressione   
  Prep. del perineo   
  Situazione soc.   
  Contraccezione/sexualità

Patologie durante la grav.:

Ospedalizzazione:

Transferita al Dr:

# Controlli di gravidanza

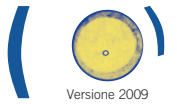
Nome/TP

Versione 2009

Controllo/data	1	2	3	4	5	6	7
Sett. di gravidanza							
Peso							
Circ. addominale/Fundus							
Presentazione							
BCF							
Movimenti fetali							
PA							
Urina: proteine glucosio	P	G	P	G	P	G	P
Edemi							
Varici							
Emoglobina							
Visita vag.: lunghezza/consist. posizione/dilatazione presentazione							
Particolarità Disturbi/Minaccia di parto prematuro							
Misure diagnostiche e terapeutiche Esami di laboratorio, CTG							
Prossima visita:							
Firma:							

# Osservazioni sui controlli di gravidanza

(Impressioni soggettive, stato psichico, problemi sociali, interventi, accordi)



Nome \_\_\_\_\_

<b>1° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>2° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>3° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>4° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>5° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>6° Controllo</b>	<b>Data:</b>
<b>7° Controllo</b>	<b>Data:</b>
	<b>Data:</b>

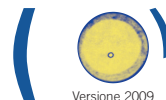






# Riassunto del parto – madre

Data/home



Versione 2009

Luogo del parto: \_\_\_\_\_

Presenza del padre:  Sì  No

**RM:** Data/Ora   spontanea  artificiale  prematuro  a termine

**Colore LA:**  limpido  meconiale  sconosciuto **BCF:**  Dopton  CTG  altro

**Colore al parto:**  limpido  meconiale

**Durata del parto:** RM-parto  h/min. dilatazione (1-10cm)  h/min. espulsione (10-nascita)  h/min. placenta  h/min.

**Inizio delle cu regolari:** ora  Data  presentazione visibile  n° cu espulsive

**Posizione:**  dorsale  laterale  accovacciata  in piedi  a carponi  altro

**Parto:**  spontaneo  in acqua  Sì  No

**Intervento del medico durante il parto:**  Sì  No

forcipe  ventosa  taglio cesareo  peridurale  episiotomia  sec. manuale  altro

**Parto** Data:  Ora:  SG e giorni:

**Placenta:** Ora   Placenta completa  Membrane complete  Anomalie  Periodo plac.  attivo  passivo  Sec. manuale

**Cordone omb.:** sezione  circolari  particolarità  3 vasi  Sì  No

Ora

**Perdite ematiche ml:**

**Perineo:**  intatto  ferita delle labbra **Sutura:**  Levatrice indep. **Anestesia:**  spray  lac.  lac. delle labbra  medico  gel  infiltrazione **Grado**

lac. vaginale  episiotomia

**Parto:**  fisiologico  patologico

**Medicamenti/altre terapie:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapie d'urgenza della lev. indep.:  Sì  No

Transferimento paziente dopo il parto:  Sì  No

## Status della puerpera

**Ora pp:**  **PA:**  **Pls:**  **Temp.:**

**Utero:**  **Minzione:**

**Osservazioni:**

**Levatrice indep.:**  **Presente da:**  a

firma/timbro

**2a Levatrice indep.**   a

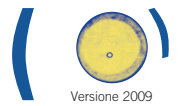
**Medico: Firma**   a





# Riassunto del parto – neonato

Data/nome della madre \_\_\_\_\_



Cognome, nome del neonato:

Data, ora:

Sesso:  maschio  femmina

Età gestazionale:

 settimane/giorni

Presentazione:

Peso:

 g

Lunghezza:

 cm

Circ. cranica:

 cm

Temperatura:

 °C

Glicemia:

 mmol

Gruppo + Rh

Coombs

Messa al seno:

Nella 1° ora di vita

Più tardi  mai

Vitamina K:  Sì  No

Meconio:

Sì  No

Minzione:

Sì  No

Apgar	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.
Colore	blu pallido	corpo rosa estremità blu	rosa			
Respiro	assente	irregolare	pianto			
Tono	flaccido	flessione degli arti Pochi mov.	buono movimenti spontanei			
Reattività	assente	smorfie	tosse o starnuti			
Frequenza cardiaca	assente	< 100 battiti/min	> 100 battiti/min			
<b>TOTALE</b>						

Aspirazione:  Sì  No

Rianimazione:  Sì  No

O<sub>2</sub> con ventilazione

O<sub>2</sub> senza ventilazione

Patologie pp:  Sì  No

Transferimento:  Sì  No

Distress respiratorio

Infezione

Malformazione

Ipoglicemia

altro

Intervento del medico:  Sì  No

Particolarità/malformazioni:


## Adattamento post-natale

Ora:

Resp.:

Pls:

Temperatura:

Attitudine anormale:  Sì  No

Movimenti spontanei anormali:  Sì  No

Tono normale:  Sì  No

Riflesso Moro:  Sì  No

Preensione:  Sì  No

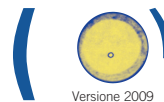
Ittero:  Sì  No

Osservazioni e decisioni:


Firma Levatrice indipendente

# Esame clinico del neonato



Versione 2009

Madre \_\_\_\_\_

Neonato \_\_\_\_\_

Data:

Giorno di vita:

reperto normale

reperto anormale

non esaminato

Ora					
Pallore			Fratt. della clavicola		Addome
Cianosi			Membri sup.		Fegato
Ittero			Membri inf.		Milza
Esantema			Ortolani		Reni
Petecchie			Torcicollo		Ombelico
Ferite			Colonna vertebrale		Ernie
Desquamazione					Organi genitali
Mani da lavandaia			Frequenza respiratoria		Perineo
Impregnazione meconiale			Rientramenti		
Edemi			Gemito		Comportamento
Emangiomi			Alitamento nasale		Postura
			Auscultazione polmoni		Movimenti
Circ. cranica			Frequenza cardiaca		Paresi
Cefalematoma			Palpazione cardiaca		Tremolii
Tumore da parto			Toni cardiaci		Tono membri sup.
Fontanelle, suture			Soffio cardiaco		Tono membri inf.
Occhi			Polsi femorali		Tono assiale
Paresi facciali			Ricapillarizzazione		Suzione
Orecchie					Moro
Naso					Grido
Bocca, mascella					Contatto visivo

**Malformazioni:**

---



---



---



---

**Osservazioni:**

---



---



---



---

Controllo tra

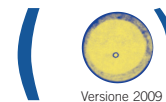
settimane da

**Levatrice indipendente:**

Data/timbro/firma

**Pediatra:**

# Foglio di sorveglianza del neonato



## Generalità dei genitori

Nome, cognome della madre:

Data di nascita:

Nome, cognome del padre:

Indirizzo, telefono, Natel:

## Gravidanza

Gesta:  Para:  Sierologia:  vedi pass. di gravidanza/copie esami di laboratorio

Gruppo sanguigno/Rhesus/anticorpi:  Strepto B:  Toxo:  Rosolia:

CMV:  Varicella:  HIV:  Epatite B/C:  /

Anamnesi/Particolarità:

## Parto

Data di nascita/ora:  SG:  Presentazione del bambino:

Amnioresi: data/ora:  Liquido amniotico:

Battiti cardiaci fetali:  Placenta:  Cordone ombelicale:  Febbre sub partu:

Medicamenti:

## Neonato

Nome, cognome:   maschio  femmina

Peso:  g Lunghezza:  cm Circonferenza cranica:  cm

Score di Apgar:

 /  / 

Somministrazione della Vitamina K:  sì  no Prelievo di sangue dal cordone (Coombs):  sì  no

Osservazioni/particolarità:



Levatrice indipendente:

## Dati personali (versione riassunta per pp e allattamento) copertina 2

Cognome e nome:

Data di nascita:

Cognome e nome neonato:

Data di nascita neonato:

Indirizzo, telefono, email:


Km (andata):

Nazionalità:

Chi sostiene le spese:


Situazione familiare:

 convivenza/sposata     partner

Nome del partner:

Professione della donna:

 formazione prof. di 2-4 anni     formazione superiore

 nessuna prof./apprendistato < 2 anni
Attività prof. prima del parto:     No
 Sì     al 100%     tempo parziale
Fine dell'attività professionale:     data conosciuta a
 SG     su OM     data sconosciuta

Ripresa del lavoro dopo il parto:

 ripresa pianificata/data sconosciuta

 data conosciuta     settimane dopo il parto

 ripresa non pianificata     sconosciuta

Luogo pianificato/desiderato per il parto:

 a domicilio     Casa del parto  
 ospedale e/o     con levatrice autorizzata

Luogo di nascita, telefono, data di accettazione:


Corso pre-parto:

 Sì     No     imprecisato

Consultazione die un'altra levatrice:

 Sì     No     imprecisato

Medico:

Pediatra:

Inizio trattamento:

Fine trattamento:

## Gravidanza

Gestità:

Parità:

UM:

TP:

Termine definitivo:

Gruppo/Rh:

Profilassi anti-Rh:

 Sì     No

Anamnesi riassunta e particolarità della gravidanza: (per es. allergie, ecc.)


Dichiarazione di consenso:

Dò il mio consenso al trattamento in forma anonima e a scopi statistici, i dei dati contenuti in questo dossier sul parto.

Luogo, Data:

Firma:







Data:  settimana pp:  firma levatrice indep.: 

Discussione sulla gravidanza, sul parto ed il post-parto:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anamnesi della situazione attuale

Stato di salute:

---

---

---

Soddisfazione/sovraffaticamento:

---

---

---

Sonno del neonato:

---

---

---

Allattamento/seni:

---

---

---

Alimentazione/fumo/droghe/medicamenti:

---

---

---

## Esami

PA:  Pls:  peso:  minzione:  Hb: Perineo/sutura/cicatrice: 

Perdite ematiche, involuzione uterina e cervicale:

---

---

Stato del pavimento pelvico/emorroidi:

---

---

seni:

---

---

## Consigli

Alimentazione del neonato, vita di coppia e vita sessuale, contraccezione, situazione psicosociale, lavoro e professione:

---

---

---

---

---

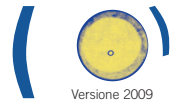
---

---

---



# Rapporto sul parto e di dimissione – madre



Parto ambulante    Dimissione entro le 72 ore    Indicazione psicosociale    Consulenza dopo parto prescritta dal medico

Ospedale/  
Casa del parto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data di dimissione: \_\_\_\_\_  
Medico: \_\_\_\_\_

## Dati personali

Nome paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo/  
telefono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chi sostiene le spese: \_\_\_\_\_

## Riassunto dell'anamnesi

Allergie/Status dopo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Parto

Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Placenta: \_\_\_\_\_  
PDA:  Sì  No perineo: \_\_\_\_\_ perdite ematiche: \_\_\_\_\_  
Parto:  spontaneo  ventosa  forcipe  taglio cesareo

Particolarità del parto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia pre-natale: \_\_\_\_\_  
Terapia pp: \_\_\_\_\_

## Stato generale della paziente nel pp

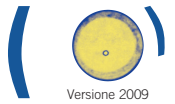
Temperatura: \_\_\_\_\_ Pls: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ minzione:  Sì  No  
Gruppo/Rh \_\_\_\_\_ Profilassi anti-Rh: \_\_\_\_\_ utero: \_\_\_\_\_ perdite ematiche: \_\_\_\_\_  
 Sì  No  
Terapie/Osservazioni: \_\_\_\_\_  
Data, firma: \_\_\_\_\_

## Dopo ospedalizzazione

Temperatura: \_\_\_\_\_ Pls: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
Utero: \_\_\_\_\_ lochi: \_\_\_\_\_  
Terapia sutura: \_\_\_\_\_ Terapia capezzoli: \_\_\_\_\_  
Terapia: \_\_\_\_\_  
Osservazioni: \_\_\_\_\_  
Data, firma: \_\_\_\_\_

# Rapporto d'uscita – neonato

per parto ambulante



Data

Cognome, nome paziente:	<input type="text"/>								
Cognome, nome neonato:	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina		
Data di nascita e ora:	<input type="text"/>								
Peso:	<input type="text"/> g	Taglia:	<input type="text"/> cm	Circ.cranica:	<input type="text"/> cm	Apgar:	<input type="text"/> / /		
pH art.:	<input type="text"/>	pH ven.:	<input type="text"/>	Temp.:	<input type="text"/>	Pls:	<input type="text"/>		
R:	<input type="text"/>			Vit. K.:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Guthrie:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Gruppo + Rh:	<input type="text"/>			Coombs:	<input type="text"/>				
messa al seno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Glucosio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Minzione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Meconio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Terapie/ particolarità:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
Pediatra:	<input type="text"/>								

## Dopo ospedalizzazione

Giornata pp:	<input type="text"/>	Peso alla dimissione:	<input type="text"/> g	Temperatura:	<input type="text"/> °C
Bilirubina capillare il:	<input type="text"/>	bilirubina transcutanea il:	<input type="text"/>	Allatt:	<input type="checkbox"/> compl. <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> No
Desideri della paziente per l'allattamento, difficoltà:					
<input type="text"/> <input type="text"/>					
Complemento:					
<input type="text"/>					
Cure all'ombelico con:					
<input type="text"/>					
Terapia:					
<input type="text"/>					
Osservazioni:					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Data, firma:	<input type="text"/>				

## Conferma della presa a carico da parte della levatrice indipendente

Nome:	<input type="text"/>
Indirizzo:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>

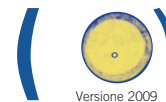




# Rapporto finale

per il medico curante:

Levatrice indipendente:



Versione 2009

## Dati personali

Nome paziente:	<input type="text"/>	Data di nascita:	<input type="text"/>
indirizzo:	<input type="text"/>		
Telefono:	<input type="text"/>	Seguita dal	<input type="text"/> al <input type="text"/>

## Parto

Luogo:	<input type="text"/>	Gestità/Parità:	<input type="text"/> / <input type="text"/>		
Data di nascita:	<input type="text"/>	Ora di nascita:	<input type="text"/>	SG:	<input type="text"/>
Durata dilat.:	<input type="text"/>	Durata espulsione:	<input type="text"/>	RM:	<input type="text"/>
LA:	<input type="text"/>	BCF:	<input type="text"/>	Posizione:	<input type="text"/>
Perineo:	<input type="text"/>	Placenta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gruppo + Rh:	<input type="text"/>	Profilassi. anti-Rh	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

Osservazioni:

---

---

---

---

---

## Madre

Utero:	<input type="text"/>	Lochi:	<input type="text"/>	Seni:	<input type="text"/>
Lacerazioni/labbra/vagina:	<input type="text"/>	Problemi nel pp:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

Osservazioni:

---

---

---

---

---

## Neonato

Nome	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina						
Presentazione:	<input type="text"/>	Apgar:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Adatt. neonatale:	<input type="text"/>			
Peso:	<input type="text"/> g	Peso in	<input type="text"/> giornata:	<input type="text"/> g	Lunghezza:	<input type="text"/> cm	CC:	<input type="text"/> cm
Test PKU:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Vitamina K:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Allattamento:	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> No			

Note: (p. es. ombelico, alimentazione):

---

---

---

---

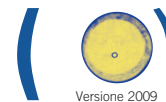
---

Data, firma:



# Rapporto finale

Per levatrice indip., puerpera con neonato morente  
o dopo morte perinatale



Versione 2009

Ospedale/Casa del parto:

Persona di riferimento (Nome, Tel.):

Cognome, nome:

Data di nascita:

Indirizzo, luogo:

Telefono:

Nazionalità:  CH  Altro

Partner, cognome, nome:

Nazionalità:  CH  Altro

Lingua

(event. trad.)

Origine/religione:

Neonato: cognome, nome, sesso

Data di nascita:

Ora di nascita:

Peso:

Lunghezza:

Data e ora decesso:

dichiarazione  
obbligatoria  Sì  No

Decorso

• Gravidanza (diagnosi prenatale, complicazioni):

• Parto (modalità, decorso, anestesia, medicinali):

• Traumatismi:

Perdite:

Periodo placentare:

• Neonato

Diagnosi:

Decorso:

Relazione genitori-neonato:

**• Post-parto precoce madre** (svolgimento, medicinali):

------------------

Gruppo madre:

----------

Profilassi anti-Rh:

----------

controllo Hb fetale:

----------

Slattamento:

--------------

**• Status d'uscita madre**

Sistema circolatorio:

----------

Utero/lochi:

----------

Lacerazione:

----------

Seni:

----------

Terapia:

----------

Risultati labo importanti:

----------

Stato psichico della paziente:

------------------

Padre:

--------------

Fratelli e sorelle:

--------------

Rete sociale:

--------------

**Neonato morente**

Rientro a dom. con la madre:

----------

Cure palliative (calore, alimentazione, analgesia, ev.. O2, cure specifiche):

------------------

Persona di riferimento/sostegno (pediatra, medico curante, servizio amb. pediatrico):

--------------

Neonato ricoverato: servizio/persona di referenza (nome, tel.):

----------

Dove si trova il neonato al momento della dimissione della madre?

Organizzazione, tempo trascorso con il neonato (cerimonia, battesimo, famiglia):

Patologia:

Funerale: organizzato dalla famiglia e/o dalle pompe funebri:

Osservazioni:

Altre persone implicate (religioso, accompagnatore, puericultrice, terapeuta):

### Materiale informativo:

Gruppo d'aiuto     sostegno     corso di ginnastica pp specifico     letture     .....

### • Presa a carico pianificata

Colloquio all'ospedale:

Sostegno spirituale:

Colloquio sul rapporto d'autopsia:

Controlli post-parto:

Altro:

### • Certificati/OM/altri annessi

CIL madre:\*

CIL padre:\*

\* Certificato d'incapacità lavorativa

OM per presa a carico pp da levatrice indipendente

Risultati labor eventuali

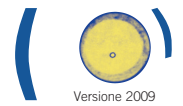
Protocollo di parto

Data, ora, firma:



# Foglio informativo

## «Anamnesi dei bisogni»



L'anamnesi dei bisogni serve a descrivere i sentimenti, i desideri e le paure della paziente rispetto alla gravidanza, al parto ed al ruolo di madre. È dunque molto importante conoscere i bisogni, le abitudini, la nozione di salute, la situazione familiare e la gestione dei problemi e delle crisi da parte delle pazienti.

Per la raccolta dati bisogna evitare le domande la cui risposta sia sì o no, ma bisogna preferire quelle che permettono alla paziente di esprimere liberamente le proprie opinioni ed il suo vissuto.

Le domande seguenti vengono proposte come esempi, devono venir adattate alla specificità di ogni situazione.

- Cosa vi preoccupa maggiormente?
- Cosa potrebbe essere d'aiuto per questo problema?
- Quali obiettivi vi stanno particolarmente a cuore?
- Come sta la sua famiglia/il suo partner?
- Cosa si aspetta dalla levatrice e dalle sue cure?
- Cosa potrebbe esserle d'aiuto per questa nascita?
- Come ha vissuto il suo/i suoi parti precedente/i?
- L'arrivo di un (altro) bambino porta a dei cambiamenti all'interno della famiglia, cosa ne pensa/quali sono i suoi sentimenti a questo proposito?
- Cosa pensate del ruolo di genitore? Ci sono delle cose che vi preoccupano?

Le domande concernenti i **bisogni** comprendono le abitudini alimentari, l'idratazione, l'attività intestinale, lo sport ed il riposo, ma anche i sentimenti ed i bisogni d'informazione sul «diventar madre».