

Libretto di maternità

Carnet de maternité

Mutterschaftspass

Maternity Notes



Italiano Italien Italienisch Italian

Cognome

Nom
Name
Family name

Cognome da nubile

Nom de jeune fille
Mädchenname
Family name at birth

Nome

Prénom
Vorname
First name

Indirizzo

Adresse
Adresse
Address

Tel.

Tél.

Permesso di soggiorno

Permis de séjour
Aufenthaltsstatus
Residential status

Cassa malati

Assurance maladie
Krankenkasse
Health care insurance

No:

No:

Nr:

Nr:

Seguita da

Suivie par
Betreut von
Named caregiver

Informazioni generali

Renseignements généraux

Allgemeine Informationen

General information

Data della 1a consultazione

Date de la 1^{re} consultation
Datum der 1. Konsultation
Date of 1st consultation

Data di nascita

Date de naissance
Geburtsdatum
Date of birth

Paese d'origine

Lieu d'origine
Herkunftsland
Country of origin

Data d'arrivo in Svizzera

Date d'arrivée en Suisse
Einreisdatum in die Schweiz
Date of arrival in Switzerland

Sposata

Mariée
Verheiratet
Married

si

oui
ja
yes

no

non
nein
no

Cognome e nome del marito

Nom et prénom du mari
Name und Vorname des Ehemannes
Name and first name of husband

Luogo di dimora del marito

Lieu d'hébergement du mari
Aufenthaltsort des Ehemannes
Place of residence of your husband

Lingue parlate

Langues parlées
Sprachen
Languages spoken

francese

français
Französisch
French

italiano

italien
Italienisch
Italian

tedesco

allemand
Deutsch
German

inglese

anglais
Englisch
English

altre

autres
andere
other

Ha effettuato dei controlli di gravidanza nel suo paese?

Votre grossesse a-t-elle été suivie dans votre pays?
Wurden Sie in Ihrem Land während der Schwangerschaft betreut?
Did you have pregnancy care in your own country?

<input type="checkbox"/>	si oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Possiede degli incarti relativi alla gravidanza?

Vous reste-t-il des documents concernant votre grossesse?
Besitzen Sie Unterlagen über Ihre Schwangerschaft?
Do you have any Maternity Notes relating to this pregnancy?

<input type="checkbox"/>	si oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Ha già fatto un controllo di gravidanza dal suo arrivo in Svizzera?

Avez-vous eu un contrôle de grossesse depuis votre arrivée en Suisse?
Haben Sie seit Ihrer Ankunft in der Schweiz
eine Schwangerschaftskontrolle gehabt?
Have you had any antenatal checks since your arrival in Switzerland?

<input type="checkbox"/>	si oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Se sì, dispone degli incarti relativi alle consultazioni effettuate?

Si oui, avez-vous des documents de cette consultation?
Wenn ja, besitzen Sie Unterlagen?
If yes, do you have any Maternity Notes from this consultation?

<input type="checkbox"/>	si oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Servizio sociale di riferimento

Service social de référence
Zuständiges Sozialamt
Relevant social service

Antecedenti familiari

Antécédents familiaux

Krankheiten in der Familie

Family medical history

Sua madre è viva? Soffre di una malattia?

Votre mère est-elle vivante? Souffre-t-elle d'une maladie?

Lebt Ihre Mutter? Ist sie krank?

Is your mother still living? Does she suffer from any disease?

Suo padre è vivo? Soffre di una malattia?

Votre père est-il vivant? Souffre-t-il d'une maladie?

Lebt Ihr Vater? Ist er krank?

Is your father still living? Does he suffer from any disease?

Quanti fratelli e sorelle ha? Sono vivi?

Combien de frères et sœurs avez-vous, sont-ils vivants?

Wie viele Geschwister haben Sie, wie viele sind am Leben?

How many brothers and sisters do you have, how many are still living?

Soffrono di una malattia?

Souffrent-ils d'une maladie?

Leiden sie an einer Krankheit?

Do they suffer from any disease?

I suoi figli soffrono di una malattia?

Vos enfants souffrent-ils d'une maladie?

Leiden Ihre Kinder an einer Krankheit?

Do your children suffer from any disease?

Il padre del bebè soffre di una malattia?

Le père du bébé souffre-t-il d'une maladie?

Leidet der Vater des Kindes an einer Krankheit?

Does the father of your child suffer from any disease?

Nella parentela prossima ci sono:

Dans votre parenté proche, y a-t-il:

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft:

In your close family is there a history of:

gemelli
des jumeaux
Zwillinge
twins

diabete
du diabète
Zuckerkrankheit
diabetes

altre malattie
d'autres maladies
andere Krankheiten
other diseases

malformazioni
des malformations
Fehlbildungen
congenital malformations

tuberculosi
de la tuberculose
Tuberkulose
tuberculosis

ipertensione
de l'hypertension
Bluthochdruck
high blood pressure

cancro
des cancers
Krebs
cancer

Antecedenti personali

Antécédents personnels

Persönliche Anamnese

Personal medical history

Personalmente, soffre di:

Souffrez-vous personnellement de:

Leiden Sie persönlich an:

Do you suffer from:

allergie

- allergies
Allergien
allergies

ipertensione

- hypertension
Bluthochdruck
high blood pressure

epatite

- hépatite
Hepatitis
hepatitis

asma

- asthme
Asthma
asthma

diabete

- diabète
Zuckerkrankheit
diabetes

tubercolosi

- tuberculose
Tuberkulose
tuberculosis

malformazioni

- malformations
Missbildungen
malformations

trombosi/varici

- thromboses veineuses/varices
Thrombose/Krampfadern
thrombosis/varicose veins

altre malattie

- autres maladies
andere Krankheiten
other diseases

Ha già avuto interventi? Quali? Quando?

Avez-vous eu des opérations? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie bereits eine Operation? Wenn ja, welche und wann?

Have you had any operations? If yes, what and when?

Ha già avuto un'anestesia? Quale? Ha avuto problemi?

Avez-vous subi une anesthésie? Si oui laquelle, et l'avez-vous bien supportée?

Hatten Sie bereits eine Anästhesie? Gab es Probleme?

Have you ever had an anaesthetic? What type, did you have any side-effects?

Prende regolarmente medicinali? Quali?

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui lesquels?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?

Do you regularly take any medication? If yes, what?

Fuma?

- Fumez-vous?
Rauchen Sie?
Do you smoke?

Beve alcolici?

- Consommez-vous de l'alcool?
Trinken Sie Alkohol?
Do you drink alcohol?

Fa uso di altre sostanze, quali cocaina?

- Consommez-vous d'autres toxiques comme la cocaïne?
Nehmen Sie andere Substanzen, wie zum Beispiel Kokain?
Are you on drugs such as cocaine?

Antecedenti ginecologici

Antécédents gynécologiques

Gynäkologische Anamnese

Gynaecological history

Ha avuto interventi ginecologici? Quali? Quando?

Avez-vous subi des opérations gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie schon gynäkologische Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Have you had any gynaecological operations? If yes, what and when?

Ha avuto malattie ginecologiche? Quali? Quando?

Avez-vous eu des maladies gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie schon gynäkologische Krankheiten? Wenn ja, welche und wann?

Have you had any gynaecological problems? If yes, what and when?

Ha avuto aborti? Se sì, quando? A quante settimane?

Avez-vous fait des fausses-couches? Si oui, quand et à quel mois de grossesse?

Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

Have you had a miscarriage? If yes, when and at how many weeks?

Ha avuto interruzioni volontarie o mediche di gravidanza? Se sì, quante e quando?

Avez-vous subi des interruptions de grossesse, volontaires ou médicales? Si oui, combien et quand?

Hatten Sie schon gewollte oder medizinische Aborte? Wie viele und wann?

Have you had an abortion, for personal or medical reasons? If yes, how many and when?

Ha avuto un trattamento contro la sterilità? Se sì, quale e quando?

Avez-vous suivi un traitement pour une stérilité? Si oui, lequel et quand?

Wurden Sie wegen Sterilität behandelt? Wie und wann?

Have you been treated for sterility problems? If yes, how and when?

Antecedenti ostetrici

Antécédents obstétricaux

Geburtshilfliche Anamnese

Obstetric history

Nascita dei figli Naissance des enfants Geburten der Kinder Previous births

Anni Année Jahr Year					
Peso e sesso Poids et sexe Gewicht und Geschlecht Weight and sex					
Luogo della nascita Lieu de naissance Geburtsort Place of birth					
Complicazioni durante la gravidanza Complications de grossesse Schwangerschaftskomplikationen Complications during pregnancy					
Parto oppure taglio cesareo Voie basse ou césarienne Spontangeburt oder Kaiserschnitt Vaginal delivery or Caesarian section					
Allattamento, per quanto tempo? Allaitement, nombre de mois? Stillen, wie lange? Did you breastfeed, for how long?					
Luogo di dimora dei figli Lieu d'hébergement des enfants Aufenthaltsort der Kinder Place of residence of your children					

Gravidanza attuale

Grossesse actuelle

Aktuelle Schwangerschaft

Present pregnancy

Gravida Gestité Gravida Gravida	Para Parité Para Parity
Gruppo sanguigno Groupe sanguin Blutgruppe Blood group	Anticorpi (+data) Anticorps (+date) Antikörper (+Datum) Antibodies (+date)
Ultime mestruazioni Date des dernières règles Letzte Periode First day of last period	Termine previsto Date du terme prévu Geburtsstermin Estimated date of delivery
Data secondo ultrasuoni Date selon les ultrasons Geburtsstermin gemäss Ultraschall Estimated date of delivery according to scan	Fattori di rischio Facteurs de risques Risikofaktoren Risk factors
Peso prima della gravidanza Poids avant la grossesse Gewicht vor der Schwangerschaft Weight before pregnancy	Altezza Taille Grösse Height

Serologia Sérologies Serologie Serological tests

<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi (+data) Toxoplasmose (+date) Toxoplasmose (+Datum) Toxoplasmosis (+date)	<input type="checkbox"/> Rosolia Rubéole Röteln Rubella	<input type="checkbox"/> CMV CMV CMV CMV	<input type="checkbox"/> VDRL VDRL VDRL VDRL
<input type="checkbox"/> Epatite B Hépatite B Hepatitis B Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Epatite C Hépatite C Hepatitis C Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Strepto B Strepto B Strepto B Strepto B	<input type="checkbox"/> Altro Autres Andere Other
<input type="checkbox"/> Striscio della cervice (+ data) Frottis du col (+date) Zervixabstrich (+ Datum) Cervical smear (+ date)	<input type="checkbox"/> Uricult (+data) Uricult (+date) Urikult (+Dat.) Urine culture (+ date)		
<input type="checkbox"/> Diagnosi prenatale Diagnostic prénatal Pränatale Diagnostik Prenatal diagnosis			

Organizzazione per il parto

Organisation de l'accouchement

Geburtsplanung

Planning for the birth

Iscritta a un corso di preparazione al parto?

Inscrite pour un cours de préparation à la naissance?

Angemeldet für Geburtsvorbereitungskurs?

Enrolled for birth preparation classes?

Luogo scelto per il parto

Lieu d'accouchement choisi

Gewünschter Geburtsort

Planned place of birth

Desideri particolari legati alla cultura, alla religione, ecc. ?

Désirs particuliers liés à la culture, aux croyances, etc.?

Besondere kulturelle, religiöse oder andere Wünsche?

Special wishes related to your culture, religion etc. ?

Cure dopo-parto

Suivi post-partum

Wochenbettbetreuung

Postnatal care

a casa

à domicile

zu Hause

at home

alla maternità

à la maternité

im Spital

in hospital

Persona presente al parto in grado di assicurare una traduzione

Personne présente à l'accouchement pour traduction

Sprachvermittelnde Begleitperson

Accompanying person at the delivery who is able to translate

Cognome

Nom

Name

Name

Nome

Prénom

Vorname

First name

Indirizzo

Adresse

Adresse

Address

Tel.

Tél.

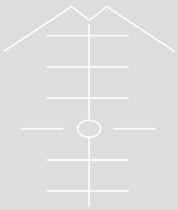
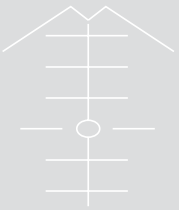
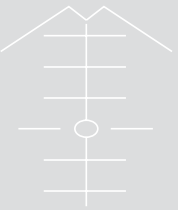
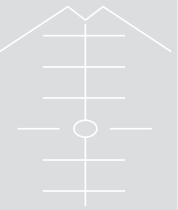
Controlli di gravidanza

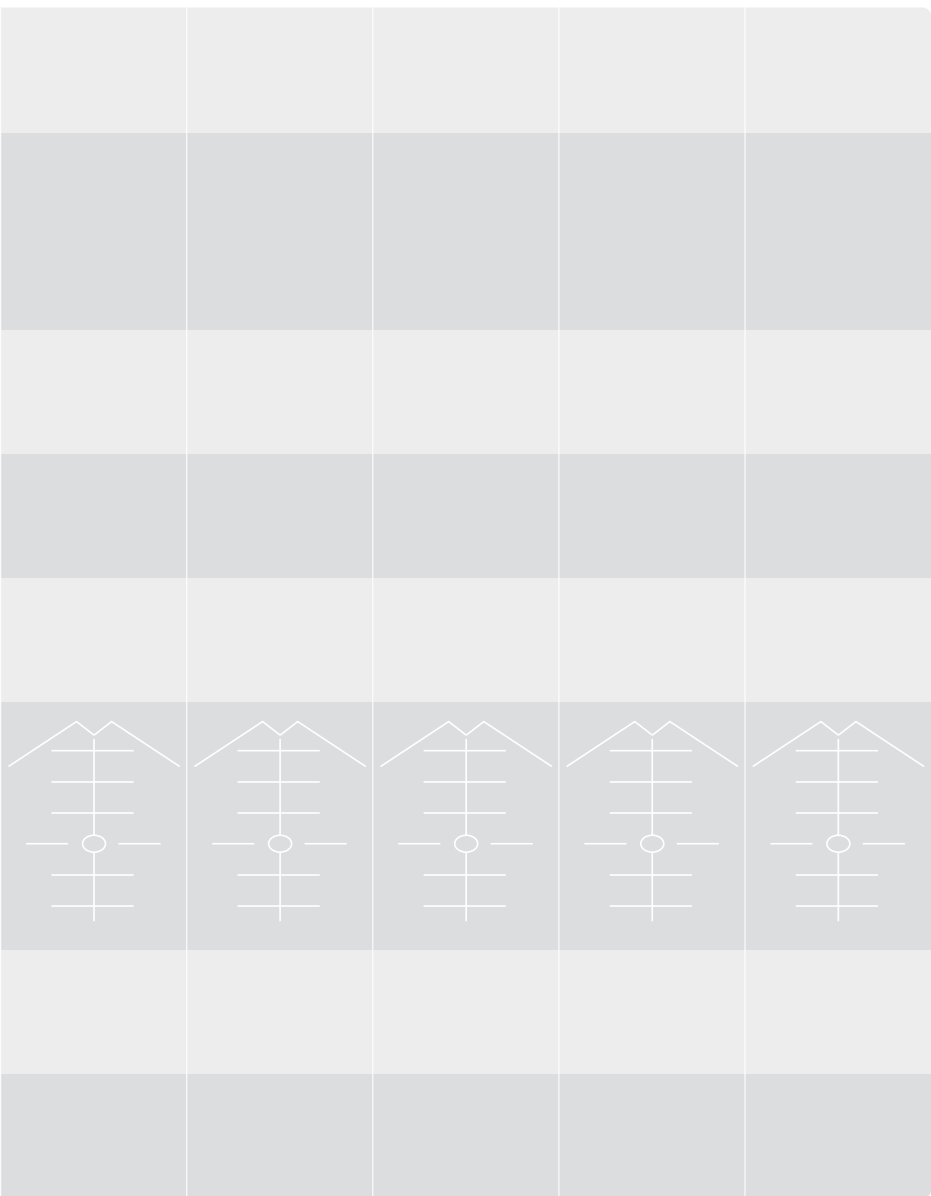
Contrôles de grossesse

1/2

Schwangerschaftskontrollen

Antenatal checks

Data + sdg Date + SA Datum + SSW Date + Gestation				
Stato generale Etat général Allgemeiner Zustand General state of health				
Pressione TA Blutdruck Blood pressure				
Edemi Oedèmes Ödeme Oedema				
Fondo uterino HU Fundusstand Fundal height				
Presentazione Présentation Kindslage Presentation				
BCF BCF FHF FHR				
Visita vaginale/collo TV/Col Vaginaluntersuchung/MM VE / Cervix				



Controlli di gravidanza

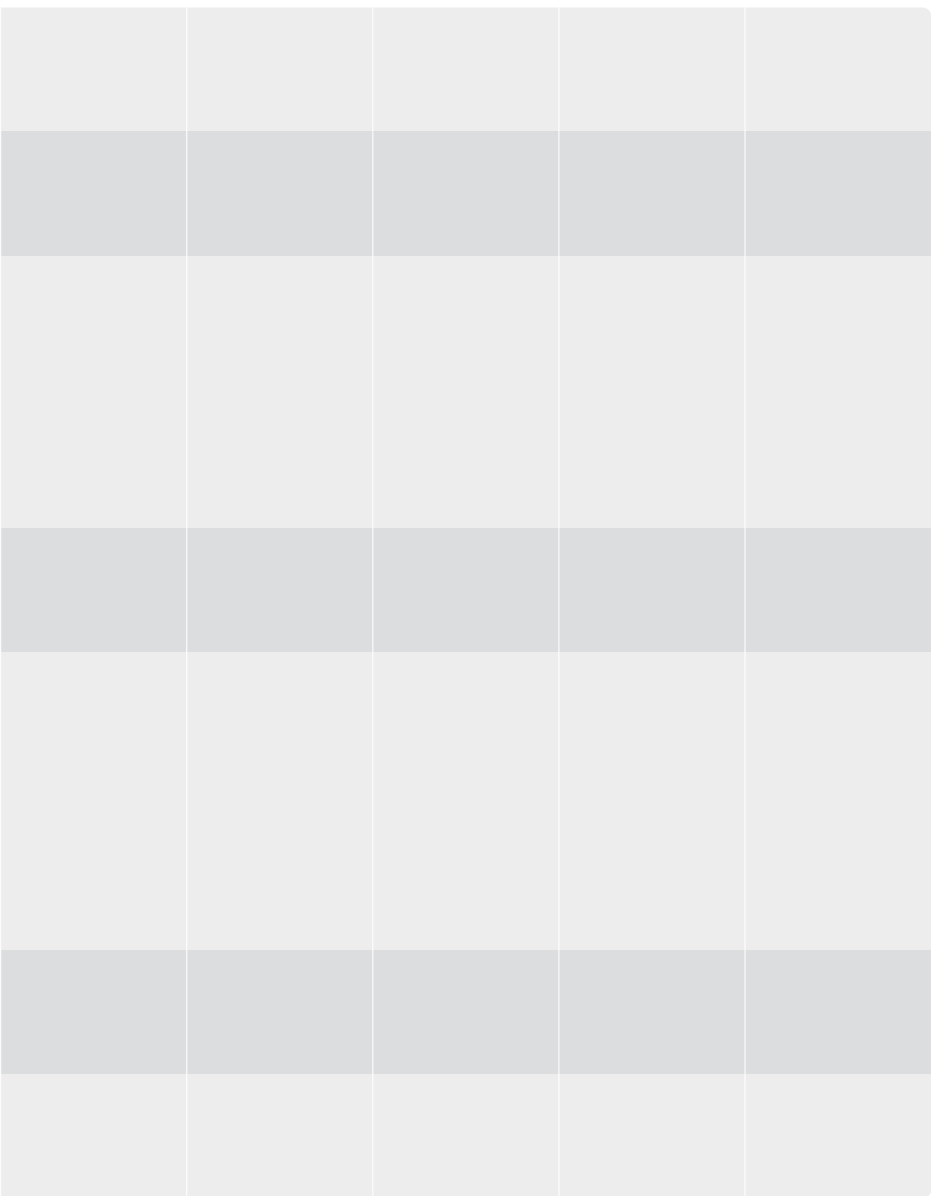
Contrôles de grossesse

2/2

Schwangerschaftskontrollen

Antenatal checks

Prot. /Gluc/Lc (urina) Prot / Gluc / Leucos (urines) Prot / Gluk. / Lc. (Urin) Prot. /Gluc / Leuc. (urine)				
Hb/Tc Hb/Plaq. Hb/Tc Hb/Thrombocytes				
Esami speciali Examens spéciaux Spezielle Untersuchungen Additional tests				
Ultrasuoni Ultrasons Ultraschall Ultrasound scan				
Procedere Attitude Massnahmen Measures to be taken				
Prossimo controllo Prochain contrôle Nächste Kontrolle Next consultation				
Firma Signature Unterschrift Signature				



Riassunto del parto

Résumé d'accouchement

Zusammenfassung Geburtsverlauf

Birth summary

Data e ora della nascita – settimane di gravidanza

Date et heure de la naissance – semaines de gestation

Datum und Zeit der Geburt – Schwangerschaftswochen

Date and time of birth – weeks of gestation

Data e ora della rottura delle membrane

Date et heure rupture des membranes

Datum und Zeit des Blasensprungs

Date and time of rupture of membranes

Liquido amniotico

Liquide amniotique

Fruchtwasser

Amniotic fluid

chiaro

clair

klar

clear

tinto

teinté

grün gefärbt

meconium stained

meconiale

méconial

mekoniumhaltig

thick meconium

Nascita

Naissance

Geburt

Birth

spontanea

spontanée

spontan

spontaneous

forcipe

forceps

Forzeps

forceps

ventosa

ventouse

Vakuüm

ventouse

cesareo

césarienne

Sectio

Caesarean

Indicazione

Indication

Indikation

Indication

Secondamento

Delivrance

Placenta

Third stage

spontaneo

spontanée

spontan

spontaneous

manuale

artificielle

manuelle Lösung

manual delivery

Perdite ematiche al parto

Pertes sanguines à l'accouchement

Blutverlust

Total blood loss

Perineo

Périnée

Perineum

Perineum

intatto

intact

intakt

no trauma identified

episiotomia

épisiotomie

Episiotomie

episiotomy

lacerazione I / II / III / IV

déchirure I / II / III / IV

Dammriss I / II / III / IV

Tear I / II / III / IV

sutura

suture

Dammaht

sutures

AnestesiaAnesthésie
Anästhesie
Anaesthetic**nessuna**aucune
keine
none**locale**locale
lokale
local**peridurale**péridurale
PDA
epidural**spinale**rachidienne
spinal
spinal**generale**générale
Vollnarkose
general anaesthetic**Prima messa al seno**Première mise au sein
Ansetzen an die Brust
Put to the breast**immediata**immédiate
sofort
immediately**tardiva**tardive
später
later**Neonato** Nouveau-né Kind Baby**Cognome**Nom
Name
Name**Nome**Prénom
Vorname
First name**Sesso**Sexe
Geschlecht
Sex**Apgar**Apgar
Apgar
Apgar**Peso**Poids
Gewicht
Weight**Altezza**Taille
Länge
Length**Gruppo sanguigno e Coombs**Groupe sanguin et Coombs
Blutgruppe und Coombstest
Blood group and Coombs test**Vit. K**Vit. K
Vit. K
Vit. K**si**oui
ja
yes**no**non
nein
no**Adattamento immediato**Adaptation immédiate
Adaptation sofort
Initial adaptation**particolarità**particularités
Bemerkungen
observations**Alimentazione**Allaitement
Ernährung
Feeding**latte materno**maternel
Muttermilch
Breast**latte artificiale, quale latte?**artificiel, quel lait?
Flaschenmilch, Fabrikat?
bottle, which brand?

Cure dopo il parto della madre

Soins post-natals de la mère

Betreuung der Mutter im Wochenbett

Postnatal care of the mother

Data Date Datum Date				
Stato generale Etat général Allgemeiner Zustand General condition				
Parametri vitali T/ PIs/ PA Observations T/ P/ TA Überwachung T/ P/ BD Observations T/ P/ BP				
Allattamento Allaitement Stillen Breastfeeding				
Seni Seins Brust Breasts				
Capezzoli Mamelons Brustwarzen Nipples				
Utero Utérus Uterus Uterus				
Lochi Lochies Lochien Lochia				
Osservazioni Remarques générales Bemerkungen General remarks				

Cure dopo il parto del neonato

Soins post-natals du nouveau-né

Betreuung des Kindes im Wochenbett

Postnatal care of the baby

Data Date Datum Date				
Stato generale Etat général Allgemeiner Zustand General condition				
Peso Poids Gewicht Weight				
Ittero Ictère Ikterus Jaundice				
Urine, feci Urine, selles Urin, Stuhlgang Urine, bowel movements				
Guthrie, eseguito il : Guthrie fait le : Guthrietest gemacht am : Date of Guthrie test :				
Firma Signature Unterschrift Signature				

Ritorno a casa

Retour à domicile

Rückkehr nach Hause

Return home

Levatrice a casa:

Sage-femme à domicile:

Hebamme zu Hause:

Community midwife:

Nome

Nom

Name

Name

Tel.

Tél.

Sostegno previsto a casa

Entourage prévu à domicile

Unterstützung zu Hause

Support and help at home

Situazione psicosociale

Situation psychosociale

Psychosoziale Situation

Psychological and social situation

Anticoncezione prevista

Contraception envisagée
Geplante Kontrazeption
Proposed family planning

Informazioni individuali riguardo il controllo delle nascite

Informations individuelles de planning familial
Individuelle Information über Familienplanung gewünscht
Individual information about family planning required

<input type="checkbox"/>	sì oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Con traduttore

Avec interprète
Mit Vermittlerin
With interpreter

<input type="checkbox"/>	sì oui ja yes	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Prossimo controllo ginecologico :

Prochain contrôle gynécologique chez :
Nächste gynäkologische Kontrolle bei :
Next gynaecological consultation by :

Tel
Tél.

Pediatra

Nom du pédiatre
Kinderärztin / Kinderarzt
Paediatrician

Tel
Tél.

Appuntamento dal pediatra il :

Rendez-vous chez le pédiatre le :
Termin bei der Kinderärztin / dem Kinderarzt :
Appointment with paediatrician :

Deve assolutamente contattare la sua levatrice, il suo medico se:

Vous devez impérativement contacter votre sage-femme ou votre médecin si :
Sie müssen sich unbedingt bei der Ärztin, dem Arzt oder bei der Hebamme melden :
You must contact the doctor or a midwife urgently if:

Ha una perdita di sangue

- ▶ Vous perdez du sang
- ▶ Wenn Sie bluten
- ▶ You are bleeding

Ha una perdita di liquido

- ▶ Vous perdez du liquide amniotique
- ▶ Wenn Sie Fruchtwasser verlieren
- ▶ Your waters have ruptured

Vomita tanto

- ▶ Vous vomissez beaucoup
- ▶ Bei starkem Erbrechen
- ▶ You are vomiting a lot

Ha dolori

- ▶ Vous avez de fortes douleurs
- ▶ Bei starken Schmerzen
- ▶ You have severe pain

Ha febbre

- ▶ Vous avez de la fièvre
- ▶ Bei anhaltendem Fieber
- ▶ You have a persistent high temperature

Ha contrazioni

- ▶ Vous avez des contractions
- ▶ Bei Wehen
- ▶ You have contractions

Non sente più il bebè muoversi

- ▶ Vous ne sentez plus bouger votre bébé
- ▶ Wenn Sie nicht mehr spüren, wie das Baby sich bewegt
- ▶ You can't feel the baby moving

E' caduta, ha avuto un incidente o ha ricevuto un colpo alla pancia

- ▶ Vous avez fait une chute, avez eu un accident ou reçu un coup sur le ventre
- ▶ Nach einem heftigen Sturz, einem Unfall oder einem Schlag in den Bauch
- ▶ You have a serious fall or accident or received a blow in the stomach

Ha forti mal di testa o disturbi alla vista

- ▶ Vous avez de forts maux de tête ou des troubles de la vision
- ▶ Bei starken Kopfschmerzen oder Augenflimmern
- ▶ You have severe headache or flashing lights

È pregata di telefonare per annunciare il suo arrivo in ospedale!

Si possible, téléphonez pour annoncer votre venue!
Wenn möglich, bitte anrufen vor dem Eintritt!
If possible, please telephone the hospital in advance to let them know you are coming!

Maternità

Maternité
Spital
Maternity hospital

Indirizzo

Adresse
Adresse
Address

Tel.

Tél.

