



ALLEGATO A alla Dgr n. 340 del 19 marzo 2013

PROTOCOLLO AUTOPTICO SINDROME DELLA MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE (SIDS)

DESCRIZIONE ANATOMO PATOLOGICA

ESAME ESTERNO

Documentazione fotografica/videoregistrazione
 RX TAC
 Peso gr:.....
 Lunghezza cm:.....

Segni tanatologici: ipostasi
 rigidità
 temperatura rettale

Presenza di sangue al naso si no
 alla bocca si no

Presenza di urine, sangue o feci in corrispondenza degli orifizi o sul corpo si no
 (se sì, specificare.....)

Presenza di petecchie o mazzature emorragiche su congiuntive si no
 mucosa orale si no
 cute si no

ESAME INTERNO

ENCEFALO

(eseguire prelievo liquido cerebrospinale in provetta sterile e conservare a -20°)
 (esame da eseguire post-fissazione in formalina tamponata)

- Peso gr:.....
- Malformazioni si no (se sì specificare.....)
- Aspetto esterno: emorragie subaracnoidee
 iperemia dei vasi meningei
 edema con appiattimento delle circonvoluzioni
 poligono di Willis.....
- Taglio emisferi cerebrali e cerebellari (macrosezioni di 1 cm di spessore):
 emorragie
 rammollimenti
- Tronco cerebrale (sezione orizzontale del ponte e del bulbo):
 emorragie
 rammollimenti

ELENCO PRELIEVI AUTOPTICI SIDS

ORGANI DA CONSERVARE IN FORMALINA	
1	Blocco cuore-polmoni
2	Tronco encefalico

PRELIEVI PER DIAGNOSI ISTOLOGICA (in formalina tamponata 10%)	
Encefalo	
1	Emisferi cerebrali
2	Emisferi cerebellari
3	Peduncolo cerebrale
4	Midollo spinale
5	Meningi
Polmone	
6	destro lobo superiore
7	destro lobo medio
8	destro lobo inferiore
9	sinistro lobo superiore
10	sinistro lobo inferiore
11	Cuore: prelievo apicale
12	Timo
13	Tiroide
14	Lingua-ipofaringe
Tratto gastro enterico	
15	Esofago
16	Stomaco
17	Duodeno
18	Piccolo intestino
19	Grosso intestino
20	Surrenedestro
21	Surrene sinistro
22	Renedestro
23	Rene sinistro
24	Milza
25	Fegato
26	Pancreas
27	Muscolo scheletrico frenico ed ileo-psoas

PRELIEVI PER DIAGNOSI MICROSCOPIA ELETTRONICA			
1	Cuore: miocardio ventricolare in soluzione Karnovsky	1x1x1 mm	4° C

PRELIEVI STERILI PER DIAGNOSI MOLECOLARE INFETTIVOLOGICA			
1	Liquido cerebrospinale	>1ml	-20° entro 24 ore
2	Cuore (0.5x0.5x0.5cm)	Prelievo apicale	-80° in stagnola
3	Polmoni destro e sinistro (1x0.5x0.5)	3-5 g	-80° in stagnola
4	Sangue in EDTA (tappo viola) e/o Milza	>1ml - 3-5 g	-20° entro 24 ore

PRELIEVI STERILI PER DIAGNOSI MOLECOLARE GENETICA			
1	Sangue in EDTA (tappo viola)	5 ml	-20° entro 24 ore
2	Milza, Cuore, Fegato	5g	-80° in stagnola

PRELIEVI TOSSICOLOGICI			
<i>Liquidi cadaverici</i>			
1	Liquido cefalo-rachidiano	<i>In toto</i>	-20°>T>-70°
2	Umor vitreo	<i>In toto</i>	-20°>T>-70°
3	Sangue cardiaco (ventricolo destro)	> 5 mL	-20°>T>-70°
4	Sangue periferico (vena femorale)	> 5 mL	-20°>T>-70°
5	Contenuto gastrico	> 5 mL	-20°>T>-70°
6	Contenuto duodenale	> 5 mL	-20°>T>-70°
7	Bile	> 2 mL	-20°>T>-70°
8	Urina	> 5 mL	-20°>T>-70°
<i>Frammenti d'organo</i>			
9	Encefalo (lobo frontale)	> 5 g	-20°>T>-70°
10	Polmoni	> 10 g	-20°>T>-70°
11	Cuore	> 3 g	-20°>T>-70°
12	Fegato	> 15 g	-20°>T>-70°
13	Milza	> 5 g	-20°>T>-70°
14	Reni	> 5 g	-20°>T>-70°
<i>Tessuti</i>			
15	Adipe	> 10 g	-20°>T>-70°
16	Muscolo scheletrico (ileo-psoas)	> 15 g	-20°>T>-70°
<i>Matrici cheratiniche</i>			
17	Capelli (regione occipitale) <i>prelievo orientato, definendo la lunghezza media dei capelli prelevati e suddividendo il campione nella metà prossima al bulbo e nella metà prossima alla punta</i>	<i>In toto</i>	-20°>T>-70°

**SCHEDE PER LA RACCOLTA DEI DATI ANAMNESTICI e CIRCOSTANZIALI -
SINDROME DELLA MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE (SIDS)**

ANAGRAFICA MADRE

Cognome Nome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Indirizzo: via.....N°.....CAP.....

Comune Provincia

- Etnia Caucasica Ispanica Medio Orientale
 Indiana (subcontinentale) Asiatica Nera
 Meticcia Magrebina Altra Dato mancante
- Professione.....
- Precedenti concepimenti Si No Dato mancante
 Numero parti precedenti.....
 N° nati vivi.....
 N° feti morti (>25^a settimana- Legge n°31/2006).....
 N° aborti spontanei.....Settimane per aborto.....
 N° di IVG (interruzione volontaria di gravidanza).....

Data ultimo parto precedente: (gg/mm/aaaa)/...../.....

- La madre fuma? No Si
- prima del concepimento
 durante la gravidanza
 dopo il parto
- La madre abusa di alcool? Si No
 - La madre abusa di sostanze stupefacenti?
 Si(specificare.....) No
 - La madre abusa di sedativi e/o farmaci?
 Si(specificare.....) No
 - La madre è risultata positiva al virus dell'HIV? Si No

PATOLOGIE

- Malattia ipertensiva Si No
- Diabete Si No
- Alterazioni dell'emoglobina Si No Dato mancante
 Se sì quale Talassemia Metemoglobinemia Altro.....
- Alterazioni della coagulazione Si No
- Malattie autoimmuni Si No

INFEZIONI MATERNE

- PRECONCEZIONALE PERI-POSTCONCEZIONALE
- HIV HBV HCV LUE TOXO CMV RUBEO
- altro

ALTRE PATOLOGIE

- disturbi tiroide
- cardiopatia
- patologie renali
- colestasi gravidica
- parodontopatie
- altro

FRATELLI (del lattante morto)

	nato il	malattie	MORTO Mesi Anni		Causa*
1					
2					
3					

* Specificare se morto SIDS

Nella famiglia si sono verificate morti improvvise inaspettate tra 0 e 20 anni?

- Si No Non so Se si indicare il grado di parentela.....

Qualcuno è affetto da alterazioni del ritmo cardiaco?

- Si No Non so Se si indicare il grado di parentela.....

ANAGRAFICA PADRE

Cognome Nome

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../..... Età.....

Indirizzo: via.....N°.....CAP.....

Comune Provincia

- Etnia Caucasica Ispanica Medio Orientale
 - Indiana (subcontinentale)
 - Asiatica
 - Nera
 - Meticcia
 - Magrebina
 - Altra
 - Dato mancante
- Professione.....
- Il padre fuma? Si (specificare n. sigarette/die.....) No
- Il padre abusa di sostanze stupefacenti?
 - Si (specificare.....) No
- Il padre abusa di sedativi e/o farmaci?
 - Si (specificare.....) No
- Il padre è risultato positivo al virus dell'HIV? Si No Dato mancante

SCHEDE SIDS

Cognome..... Nome.....

Indirizzo: via.....N°.....CAP.....

Comune..... (Provincia).....

Sesso: Maschio Femmina

Data di nascita (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Età postconcezionale..... (età gestazionale + età postnatale.....)

Data di morte (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Ora del decesso, se conosciuta (hh:mm).....

Ora del rilievo del decesso (hh:mm).....

Ora dell'ultimo controllo parentale(hh:mm).....

Tipo di allattamento

- materno, fino all'età di.....
- formula, dall'età di
- misto, dall'età di
- svezzato, dall'età di
- dato mancante

Come dormiva di solito?

- supino prono sul fianco dato mancante

Con il succhiotto? Si No dato mancante

Data ultimo controllo pediatra (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Patologie in atto: No

- Si (specificare): Raffreddore
- Tosse
- Febbre
- Diarrea
- Vomito/rigurgito
- Esantema/eczema
- Altro.....

Ha manifestato disturbi respiratori? No Si (specificare) Apnee notturne

Altro

Ha eseguito vaccinazioni nell'ultimo mese?

- No Si (specificare.....) Dato mancante

Il riscontro diagnostico è stato effettuato presso la sede di.....

I prelievi sono stati eseguiti secondo il protocollo nazionale? Si No Dato mancante

Data del riscontro diagnostico (gg/mm/aaaa)...../...../.....

Medico che ha effettuato il riscontro diagnostico

SCENA DEL RITROVAMENTO

Nome del bambino

trovato morto il..... ora.....

Luogo di morte

IN OSPEDALE

Nome.....

IN CASA

- in culla/lettino
- in camera coi genitori in camera separata
- in altro luogo dell'abitazione, specificare
- a letto con i genitori
- a letto con altre persone specificare
- nel seggiolone in braccio

nel passeggino nell'infant-seat

temperatura nella stanza del ritrovamento°C circa
temperatura del bambino °C

FUORI CASA

nel passeggino nel seggiolino in automobile in braccio abitazione altrui
 altro, specificare

Posizione del bambino

Seduta Sdraiata Supina Prona Sul lato Non conosciuta
 in altra posizione, specificare

Tipo di abbigliamento indossato

Cuscino No Si

Succhiotto in bocca No Si

Catenine o nastri al collo No Si

Consistenza del materasso

Oggetti/giocattoli nel lettino No Si

Materiale organico

in bocca No Si, specificare

nel naso No Si, specificare

nel pannolino No Si, specificare

Tentativi di rianimazione No Si

Aspetto del bambino quando è stato ritrovato morto

non valutato decolorazione attorno al volto/bocca decolorazione cutanea (livormortis)

secrezioni (schiuma, bava) rash o petecchie (piccole, macchie rosse su cute, membrane, o occhi)

segni da pressione (aree pallide, decolorazioni) impronte sul corpo (graffi o lividi)

freddo caldo sudato rigido flaccido

altro

In quale giorno e a quale ora è stato somministrato l'ultimo pasto?

Giorno/...../..... Ora

Persona che ha somministrato l'ultimo pasto.....

Quali cibi e liquidi sono stati somministrati al bambino nelle ultime 24 ore (incluso l'ultimo pasto) e in quale quantità?

- latte materno ml
- latte in polvere gr
- latte di mucca ml
- acqua ml
- altri liquidi (thè, succo) ml
- cibi omogeneizzati o solidi gr
- altro gr /ml

C'è stato un nuovo alimento somministrato al bambino nelle ultime 24 ore?

- No
- Si, specificare (es. passaggio a latte artificiale, svezzamento).....

Chi ha rilevato la morte?

medico madre padre altri, specificare.....

PERSONA CHE HA EFFETTUATO LA RACCOLTA DEI DATI ANAMNESTICI

Nome e Cognome

Qualifica.....

Data.....

Alle domande ha risposto:

Nome e Cognome

Parentela