

ALLEGATO 4 - MODULISTICA

MODULO 1 (a cura della donna)

**RICHIESTA INFORMATATA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA
MATERNITÀ**

La sottoscritta

Residente in

ASL

Domiciliata in

Richiede di essere assistita per il parto a domicilio o in Casa Maternità

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica sulla:

- ☐ necessità che durante travaglio, parto e postpartum siano presenti due ostetriche;
- ☐ necessità di una verifica di idoneità al parto extra-ospedaliero da effettuarsi a 37 settimane di età gestazionale;
- ☐ possibile e non prevedibile comparsa, nel corso del travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

DATA

Firma

MODULO 2 (a cura dell'ostetrica)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico, numero di posizione Albo)

.....
.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana con EPP

Sulla base delle valutazioni clinico – laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è **idonea al parto a domicilio** e che l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetrica/neonatologia.

Si dichiara inoltre che in caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale..... e che il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA

Firma

MODULO 3 (a cura dell'ostetrica e della donna)

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica..... dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO E DEL PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO**
- In accordo con la Signora per un eventuale trasferimento in urgenza, ha individuato l'ospedale
- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure.
- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 24 ore di vita è il Dott
- L'ostetrica ha individuato la seconda Ostetrica che sarà presente al momento del parto..... (numero di posizione Albo)
- L'Ostetrica propone una terza ostetrica in addestramento..... (numero di posizione Albo)
- La Signoraprovvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.....

DATA

Firma Ostetrica

Firma Signora

MODULO 6 (a cura della donna e della ostetrica)

DOMANDA DI RIMBORSO

La sottoscritta presenta numero fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti

.....

.....

DATA

Firma

A cura dell'Ostetrica

Dichiaro:

- di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica

.....

la Sig.ra in data

presso il suo domicilio/Casa Maternità sito/a in

.....

- di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date:

.....

- che il neonato ha effettuato visita pediatrica

dopo la nascita in data

da parte del/della Dr./Dr.ssa

Firma

