

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 alla settimana 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