

**RICHIESTA INFORMATTA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO
O IN CASA MATERNITA'**

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 il 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 richiedono il trasferimento in ospedale.

DATA

FIRMA