

## **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 tramite 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 24h 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 Signora \_\_\_\_\_ provvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza \_\_\_\_\_

DATA .....

FIRMA OSTETRICA.....

FIRMA SIGNORA.....