

MODULO 1

(A CURA DELLA DONNA)

RICHIESTA INFORMATATA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA MATERNITA’

La sottoscritta _____

Residente in _____

ASL di appartenenza _____

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 extraospedaliero 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
