

MODULO 2

(A CURA DELL'OSTETRICA CHE ASSISTE AL PARTO)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'Ostetrica _____ Tel. _____

Iscritta all'Ordine provinciale di _____ N° Albo _____

Attesta che la Sig.ra _____

Residente in _____

Risulta attualmente gravida alla _____ settimana di gestazione 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**;
- L'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche e ambientali idonee;
- L'abitazione si trova ad una distanza non superiore a 30 minuti da un Presidio Ospedaliero accreditato SSR con UO ostetricia/neonatologia;
- In caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo di 30 minuti per _____ il _____ raggiungimento _____ dell'Ospedale _____ di _____;
- 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
