

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	MODULO	Pagina 1 di 1
	Modulo di trasferimento per Neonato in caso di parto programmato in ambiente extraospedaliero	Codice MO 49 Rev. 0 del 03/08/22
Dipartimento Materno Infantile		

Cognome e nome madre _____

Cognome e nome altro genitore _____

Neonato/a

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Nato/a il _____ alle ore _____ sesso _____ peso _____

Luogo del parto domicilio casa di maternità

Ore di vita _____

Motivo del trasferimento:

- Apgar inferiore a 7 a 10 minuti
- basso peso (indicare in grammi _____)
- altro _____

Eventuali manovre effettuate _____

Data _____

Firma di chi decide il trasferimento:

Firma dell'ostetrica/o responsabile del caso _____

Firma della seconda ostetrica/o _____

Firma del Pediatra _____