

 <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
	Comunicazione di parto programmato in ambiente extra ospedaliero <i>(ai sensi della L.R.26/98 Art.5, comma 1)</i>	Codice MO 50 Rev. 1 del <u>09/12/22</u>
Dipartimento Materno Infantile		

Alla Segreteria del Distretto di _____

Io sottoscritta _____

nata a _____ Prov. _____ Il _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____

recapiti telefonici _____

Gravida alla _____ settimana UM _____

comunico

All'Azienda USL di _____ l'intenzione di partorire:

a domicilio in casa di maternità

in Via _____ n. _____

Città _____ Prov. _____

con le seguenti modalità:

con richiesta di rimborso per prestazioni in regime libero-professionale (L.R.26/98 Art.4 comma 2 lettera a) avvalendomi dell'assistenza dell'ostetrica/o

senza richiesta di rimborso in regime libero professionale (vedere circolare modifica DRG)

senza richiesta di rimborso in regime di assistenza pubblica

In relazione a ciò dichiaro di essere stata informata in modo esaustivo:

- del rapporto beneficio/danno associato all'espletamento del parto in ambiente extra-ospedaliero;
- della eventualità che, nel proseguimento della gravidanza, possano insorgere fattori di rischio ostetrico e/o patologie controindicanti l'espletamento del parto in ambiente extra-ospedaliero;
- della eventualità che, nel corso del travaglio e/o dopo il parto, possano insorgere fattori di rischio e/o patologie che -nell'esclusivo interesse mio e/o del nascituro - comportano il trasferimento in emergenza/urgenza presso un punto nascita.

Allego alla presente la seguente documentazione:

- dichiarazione di presa in carico da parte dall'ostetrica responsabile del caso che si assume la responsabilità assistenziale del percorso fino al parto e al puerperio con autocertificazione attestante l'iscrizione all'albo e l'esperienza e la formazione continua dell'ostetrica (allegato 4)
- consenso informato (allegato 5)
- dichiarazione di impegno all'esecuzione della prima visita pediatrica (allegato 16)

Data _____

Firma _____