

Modulo 2.

OSTETRICA

Li.....,

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL
PARTO DOMICILIARE

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico)

.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in

risulta attualmente gravida allasettimana 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 domiciliare**.

Si dichiara inoltre che il domicilio è sito ad una distanza in linea d'aria inferiore a 7 km dall'ospedale..... e che il tempo massimo per il raggiungimento in caso di emergenza è inferiore ai 20 min. Il domicilio è in possesso dei requisiti igienici, sanitari complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

Firma