

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 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 extra-ospedaliero da effettuarsi a 37 settimane di gestazione;
- possibile e non prevedibile comparsa, nel corso del travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

di avere perfettamente compreso quanto riferitoLe dalla stessa, di avere avuto il tempo di porle domande e di avere potuto ripetere con proprie parole quanto comunicatoLe.

DATA _____

Firma _____

MODULO 2 (a cura dell'OSTETRICA)

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

L'ostetrica _____ Tel. _____

Iscritta al Collegio provinciale di _____ N. Albo _____

Attesta che la Sig.ra _____

Residente a _____ in via _____

Risulta attualmente 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 è posta ad una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetricia/neonatologia.
- che in caso di emergenza il domicilio è situato a 30 minuti (quale tempo massimo) 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 parto.

DATA _____

Firma

MODULO 3 (a cura dell'OSTETRICA e della DONNA)

AUTOCERTIFICAZIONE – MODALITA' ASSISTENZIALI

- L'ostetrica _____ dichiara di pianificare l'assistenza applicando le indicazioni del **PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO E DEL PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO (DCA 395/2016)**

- In accordo con la Signora _____ per un eventuale trasferimento in

urgenza, ha individuato l'ospedale di _____

- Per eventuali urgenze/emergenze, il trasferimento avverrà con mezzo proprio, o tramite 112 o lo STEN, che individuerà l'ospedale del trasferimento secondo le proprie procedure

- Il pediatra che si è reso disponibile ad effettuare a domicilio, la prima visita al neonato entro le prime 24 ore di vita è il Dr. _____

- L'ostetrica ha individuato la seconda ostetrica che sarà presente al momento del parto

_____ iscritta al Collegio provinciale delle ostetriche di _____ N. Albo _____

- L'ostetrica propone una terza ostetrica _____ iscritta al Collegio provinciale delle ostetriche di _____ N. Albo _____

- La Signora _____ provvederà ad effettuare la prima scelta del pediatra di famiglia presso la propria ASL di residenza.

DATA _____

Firma Ostetrica _____

Firma Signora _____

MODULO 4 (a cura della “prima” OSTETRICA)

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di:

- Essere iscritta al collegio provinciale delle ostetriche di _____ n. Albo _____
- Aver effettuato, negli ultimi 5 anni, almeno 20 parti in ambito extraospedaliero e/o di aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata
- Essere in possesso di certificazione su Corso PBLSD (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto) effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Training formativo obbligatorio sulla rianimazione effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto anche frequentato all'estero effettuato in data _____

Sono consapevole che ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Ai sensi della legge 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui alla legge stessa.

MODULO 5 (a cura della “seconda” OSTETRICA)

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di:

- Essere iscritta al collegio provinciale delle ostetriche di _____ n. Albo _____
- Possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extraospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post_laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR.
- Essere in possesso di certificazione su Corso PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto) effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Training formativo obbligatorio sulla rianimazione effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici effettuato in data _____
- Essere in possesso di certificazione su Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto anche frequentato all'estero effettuato in data _____

Sono consapevole che ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Ai sensi della legge 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui alla legge stessa.

MODULO 6 (a cura dell'OSTETRICA)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DELLA DONNA IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale della gestante/puerpera allegare:

- Cartella ostetrica
- Partogramma

Cognome _____ Nome _____

Nata il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Comune _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

DATA _____ ORA _____

Firma dell'ostetrica _____

MODULO 7 (a cura dell'OSTETRICA e del PEDIATRA)

SCHEDA DI TRASFERIMENTO DEL NEONATO IN OSPEDALE

In caso di trasferimento in Ospedale della gestante/puerpera allegare:

- Cartella ostetrica
- Partogramma

NOME E COGNOME DEL NEONATO _____

NATO IL _____ ALLE ORE _____ SESSO _____ PESO _____

NATO DA (nome e cognome della madre) _____

E DA (nome e cognome del padre) _____

RESIDENTI A _____ IN VIA _____

Comune di _____

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO

DATA _____ ORA _____

Firma dell'ostetrica _____

Firma del Pediatra _____

MODULO 8

REGIONE LAZIO

Azienda Sanitaria Locale Viterbo

Consenso informato per l'esecuzione dello Screening Neonatale Esteso per le malattie metaboliche ereditarie

Lo screening neonatale obbligatorio attualmente già eseguito su tutto il territorio italiano per la diagnosi dell'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria è stato implementato attraverso l'introduzione dello Screening Neonatale Esteso (SNE), uno screening neonatale aggiuntivo per alcune malattie metaboliche ereditarie diagnosticabili tramite l'analisi dello stesso spot di sangue del neonato già raccolto per lo screening neonatale obbligatorio. La diagnosi precoce di queste malattie è molto importante, perché consente di iniziare tempestivamente terapie e diete specifiche, prima che possano causare danni all'organismo del neonato affetto.

Lo screening neonatale esteso viene effettuato attraverso il prelievo di poche gocce di sangue ottenute dal tallone del bambino durante la degenza nel punto nascita tra le 48 e le 72 ore, procedura già utilizzata per lo screening obbligatorio. In caso di risultato "dubbio", sarete contattati e il test verrà ripetuto su un nuovo campione di sangue.

Si chiede di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente (D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).

Il sottoscritto.....
nato a.....il.....
residente a..... in Via..... Tel.....
La sottoscritta.....
nata a.....il.....
residente a..... in Via..... Tel.....
genitori/tutore legale (cancellare la voce che non interessa) del minore.....
nato/a a.....il.....
debitamente informati da.....sulle caratteristiche delle malattie che
verranno analizzate (frequenza, gravità, sequele), sui benefici e rischi dello screening neonatale esteso,
consapevoli che la suddetta indagine rappresenta solo un'analisi preliminare a ulteriori ed eventuali
approfondimenti diagnostici.

DICHIARA

di avere ricevuto e compreso le informazioni fornite relative allo screening neonatale obbligatorio ed allo screening neonatale esteso;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) il Laboratorio di screening ad eseguire lo screening neonatale esteso sullo spot ematico del minore;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) il trattamento dei dati personali e anamnestici per le finalità dello SNE.

di volere/non volere conoscere (cancellare la voce che non interessa) i risultati dello SNE, ivi comprese eventuali notizie inattese conosciute per effetto della diagnostica differenziale;

di autorizzare/non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) la conservazione prolungata dello spot ematico del minore (2 anni)

Luogo e Data

Firma padre del minore

Firma madre del minore

Firma tutore legale

Firma e timbro del Medico/Ostetrica

MODULO 9 (a cura dell'OSTETRICA e della DONNA)

DOMANDA DI RIMBORSO

A cura della donna

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ residente a _____ CF _____
tel. _____

presenta n. _____ fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti:

Rimborso da effettuare sul conto corrente bancario/postale n° intestato

a.....;
Banca.....;
Agenzia.....;
Città.....;
Codice IBAN.....;

DATA _____ FIRMA _____

A cura dell'ostetrica

Dichiaro:

- di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica _____ la
Sig.ra _____ in data _____ presso il suo
domicilio Casa Maternità sito/a in _____
- Di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date: _____
- Che il neonato _____ ha effettuato visita pediatrica
dopo la nascita in data _____ da parte del/della Dr./Dr.ssa



Firma _____