

CONSENSO INFORMATO

(L.R. 26/98 Art. 5, comma 2 lettera d)

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____
e residente a _____ in via _____

In seguito agli incontri avvenuti con l'Ostetrica _____ con la quale sono stati affrontati in modo esauriente i rischi generici e specifici connessi all'espletamento del parto nelle strutture extra ospedaliere e le varie tematiche relative al percorso nascita, in particolare:

- ❖ Le possibili modalità assistenziali riguardo al parto, in ambiente ospedaliero, a domicilio ed in casa di maternità
- ❖ La strutturazione globale dell'assistenza in caso di parto a domicilio, relativamente alla mia persona e a quella del nascituro
- ❖ I requisiti igienici ambientali per l'espletamento del parto a domicilio
- ❖ Le problematiche relative ai fattori di rischio e alle possibili complicanze del parto a domicilio

DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA COSCIENZA

- ❖ Di volere espletare il parto presso _____ ai sensi della L.R. n° 26 del 11/08/1998:
- ❖ Di essere stata esaurientemente informata circa i rischi generici e specifici connessi all'espletamento del parto in ambiente extra ospedaliero
- ❖ Di essere stata informata circa l'eventualità che nel proseguimento della gravidanza possano insorgere fattori di rischio ostetrico e/o patologie controindicanti l'espletamento domiciliare del parto
- ❖ Di essere stata informata circa l'eventualità che nel corso del travaglio e/o del post-parto possano insorgere fattori di rischio e/o patologie, che nell'esclusivo interesse mio e/o del nascituro comportino l'ospedalizzazione urgente.

CONSAPEVOLE

Del fatto che si possono verificare, durante la gravidanza, il travaglio, il parto e nell'immediato post-partum, situazioni che richiedono l'ospedalizzazione e che esulano dalla possibilità di intervento anche in presenza dei più sofisticati ausili tecnologici, dichiaro di aver ricevuto una informazione esauriente circa il piano assistenziale proposto dall'ostetrica stessa, pertanto

ESPRIMO LIBERAMENTE IL MIO CONSENSO

all'attuazione delle pratiche inerenti l'assistenza al parto in ambiente extra ospedaliero.

L'interessata	Firma _____
Partner	Firma (facoltativa) _____
L'Ostetrica Responsabile del caso	Firma _____