

MODULO 1 (a cura della donna)

**RICHIESTA INFORMATTA ASSISTENZA AL PARTO A DOMICILIO O IN CASA
MATERNITA**

La sottoscritta

Residente in

ASL

Domiciliata in

Richiede di essere assistita per il parto a domicilio o in Casa Maternità

Dichiara di essere stata esaurientemente informata dall'ostetrica sulla:

- necessità che durante travaglio, parto e postpartum siano presenti due ostetriche;
- necessità di una verifica di idoneità al parto extra-ospedaliero da effettuarsi a 37 settimane di età gestazionale;
- possibile e non prevedibile comparsa, nel corso del travaglio, parto, postparto e puerperio, di condizioni cliniche che richiedano il trasferimento in ospedale.

DATA

Firma