Allegato 5

CONSENSO INFORMATO

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

Io sottoscritta _____

nata a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via_____ recapito telefonico _____

a seguito degli incontri avuti con l'Ostetrica/o _____

nel corso dei quali 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:

- i rapporti beneficio/danno per la madre e per il feto/neonato associati al parto in ambiente ospedaliero, a domicilio e in casa di maternità;
- il piano assistenziale in gravidanza e alla nascita per coloro che scelgono il parto a domicilio e in casa di maternità;
- i requisiti igienici-ambientali per l'espletamento del parto a domicilio e in casa di maternità;

attesto

liberamente e in piena coscienza di:

- voler espletare il parto, ai sensi della L.R.26/98, □ a domicilio □ in casa di maternità
- essere stata esaurientemente informata circa il rapporto beneficio/danno associato all'espletamento del parto in ambiente extra-ospedaliero;
- essere stata informata dell'eventualità che, nel proseguimento della gravidanza, possano insorgere fattori di rischio ostetrico e/o patologie controindicanti l'espletamento del parto in ambiente extra-ospedaliero;
- essere stata informata dell'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.

Consapevole del fatto che si possono verificare - durante il travaglio, il parto e dopo il parto - situazioni che esulano dalla possibilità di intervento a domicilio o in casa di maternità e richiedono il ricovero in ospedale

dichiaro

di aver ricevuto una informazione esauriente circa il piano assistenziale proposto dall'ostetrica e

esprimo

liberamente il mio consenso all'attuazione del piano assistenziale per il parto in ambiente extra-ospedaliero.

Data _____

_____ _____

Firma dell'interessata Firma dell'Ostetrica/o responsabile del caso