



MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI OSTETRICHE (ai sensi dell'art. 1 L. 219/2017 e normativa vigente)

Ostetrica: _____

P.IVA: _____

Iscrizione Albo: _____

Recapito: _____

Email/PEC: _____

DATI DELLA PAZIENTE

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Email _____

(eventuale esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore)

Nome e Cognome _____

1. FINALITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni ostetriche hanno finalità di **prevenzione, educazione alla salute, assistenza, sostegno e riabilitazione** nell'ambito della fisiologia della gravidanza, del puerperio, dell'allattamento, della salute neonatale e del pavimento pelvico.

L'assistenza ostetrica **non sostituisce** i controlli medici specialistici né le indagini diagnostiche prescritte dal medico.

2. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EROGATE

La paziente acconsente a sottoporsi, secondo necessità clinico-assistenziali, alle seguenti attività:

- Visita ostetrica in gravidanza
- Consulenza e assistenza all'allattamento
- Visita ostetrica post-parto
- Riabilitazione e rieducazione del pavimento pelvico
- Cure neonatali e sostegno alla genitorialità
- Altro (specificare):

3. MODALITÀ DI SVOLGIMENTO

Le prestazioni si svolgono in presenza/online, in studio/in ambulatorio/al domicilio; le prestazioni sono personalizzate e basate su evidenze scientifiche. La paziente può **interrompere in qualsiasi momento** la prestazione.

4. BENEFICI ATTESI

L'obiettivo delle prestazioni riguarda la promozione della fisiologia della gravidanza e del puerperio, il miglioramento del benessere materno-infantile, l'educazione alla salute sessuale – riproduttiva – perineale.

5. POSSIBILI LIMITI O DISAGI

Le attività proposte:

- non costituiscono atto medico né diagnosi clinica;
- non sostituiscono controlli ginecologici o pediatrici.

In presenza di segni o sintomi non fisiologici, l'ostetrica **inviterà al consulto medico**.

6. LIBERTÀ DI SCELTA E REVOCA DEL CONSENSO

La paziente:

- dichiara di aver ricevuto spiegazioni chiare e comprensibili;
 - ha potuto porre domande e ricevere risposte adeguate;
 - può revocare il consenso in qualsiasi momento senza conseguenze.
-

7. CONSENSO

Io sottoscritta _____
dichiaro di aver letto, compreso e accettato quanto sopra e **ACCONSENSO** alle prestazioni ostetriche indicate.

Luogo e data _____

Firma della paziente _____

Firma dell'ostetrica _____

Il presente modulo viene consegnato in copia alla paziente.