

PROGETTO DIMISSIONE APPROPRIATA

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____

Pediatra di Libera Scelta, convenzionato presso il Distretto di _____

dichiara

la propria disponibilità ad assistere il/la bimbo/a _____

ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale n. 272/00 e dell'Accordo Locale 2002-2003.

Il Pediatra

Per eventuali comunicazioni da parte del Neonatologo:



Telefono _____



Cellulare _____



e-mail _____



Fax _____

Cari genitori,

Vi informiamo che per favorire il ritorno a casa dopo il parto, è stato predisposto un programma di controlli per chi è residente in provincia di Parma.

Il giorno della dimissione dall'ospedale il vostro nominativo e indirizzo verrà comunicato ai servizi territoriali e successivamente l'ostetrica incaricata vi telefonerà per concordare una visita presso gli ambulatori di sostegno all'allattamento dei consultori familiari, che verrà effettuata entro le 72 ore dalla dimissione.

Durante questo controllo verranno valutate le condizioni della madre e del neonato.

Ricordatevi inoltre di avvisare il vostro pediatra dell'avvenuto parto, al fine di poter usufruire della prevista visita specialistica entro 72 ore dalla dimissione.

Se preferite non usufruire di questo servizio, è sufficiente che avviate l'infermiera o il medico della Nursery di non comunicare il vostro nominativo ai servizi territoriali.

Firma Accetto_____

Non accetto_____

Luogo/Data_____