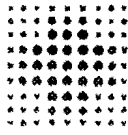


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

PROGETTO DIMISSIONE APPROPRIATA

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa _____

Pediatra di Libera Scelta, convenzionato presso il Distretto _____

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 _____



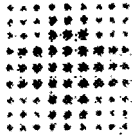
e-mail _____



Fax _____

Parma, _____





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Dipartimento Materno-Infantile
Unità Operativa Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

Cari genitori,

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

Il giorno della dimissione dall'ospedale il vostro nominativo ed indirizzo verrà comunicato ai servizi territoriali e successivamente l'ostetrica incaricata vi telefonerà per concordare una visita domiciliare che verrà effettuata entro le 48 ore dalla dimissione.

Durante questo controllo verranno valutate le condizioni della madre e del neonato; l'ostetrica provvederà ad eseguire lo screening neonatale se non è già stato eseguito in Nursery durante la degenza.

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 avvisiate l'infermiera o il medico della Nursery di non comunicare il vostro nominativo ai servizi territoriali.

Firma Accetto _____

Non accetto _____