

Allegato 2

MODULO DI TRASFERIMENTO PER NEONATO/A

Cognome e nome madre _____

Cognome e nome altro genitore _____

Neonato/a

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Nato/a il _____ alle ore _____ sesso _____ peso _____

Luogo del parto domicilio casa di maternità

Motivo del trasferimento:

Apgar inferiore a 7 a 10 minuti

basso peso (indicare in grammi _____)

altro _____

Eventuali manovre effettuate _____

Data

Firma dell'ostetrica/o responsabile del caso

Firma della seconda ostetrica/o