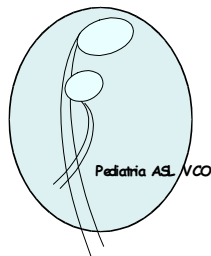


Struttura: SOC PEDIATRIA	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL C PO 19-PED 02	
Titolo documento Dichiarazione di Consenso Informato Al Trasporto Neonatale	Pagina 1 di 1	Revisione: 02	Data: 20/10/2020
Redatta da: Dirigente Medico SOC Pediatria	Approvata da: Direttore Dipartimento DMI	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

SOC PEDIATRIA

Sede legale: Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
 Sede Operativa: Ospedale Castelli, Verbania
 Punto Nascita Domodossola
 Tel 0323 541333 - Fax 0323 541334
 e-mail: andrea.guala@aslvc.it

Dichiarazione di consenso informato al trasporto neonatale



Direttore

Dott. A. Guala
 Tel/fax 0323 - 541330

Dirigenti Medici

Dott.ssa G. Acucella
 Dott.ssa G. Ballardini
 Dottor M. Barbaglia
 Dott.ssa M. Silvestri
 Tel 0323 - 541331-2-3

Caposala

Sig.ra R. Visentin
 Tel. 0323 - 541333

Ambulatorio di Allergologia

Dott.ssa M. Silvestri

Ambulatorio Celiachia

Dott.ssa Acucella

Amb. di Ematologia Pediatrica

Dott.ssa G. Ballardini

Amb. di Follow Up Prematuri

Dott.ssa M. Silvestri

Amb. di Genetica Clinica

Dott. A. Guala

Amb. di Malattie Infettive a

Trasmissione Verticale

Dott.ssa G. Ballardini
 Dottor M. Barbaglia

Ambulatorio Bambino

Adottato Immigrato

Dott.ssa G. Ballardini

Prenotazioni visite CUP

numero verde: 800000500

Il sottoscritto dottor _____
 Dichiaro di avere fornito ai signori _____

padre/ tutore
 madre/tutore

_____ del bambino _____

ricoverato presso l'ospedale di _____

le seguenti informazioni:

in base alla visita effettuata il piccolo _____

risulta affetto da _____

e sono insorte (o si prevede possano insorgere) le seguenti **complicanze**

Non essendo possibile fornire un adeguato livello di prestazioni assistenziali nel centro di nascita è **inderogabile il trasferimento** presso _____

Il **trasporto verrà effettuato dagli operatori** del _____

Impiegando i seguenti mezzi _____

il trasferimento **comporta rischi** dovuti

alla mobilitazione di un paziente critico;

alla mancata disponibilità, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche durante il viaggio, delle apparecchiature diagnostico-terapeutiche non trasportabili;

ed infine ai mezzi di trasporto ed alla viabilità;

ma il rischio prevedibile di eventi sfavorevoli legato al trasporto è **inferiore** a quello ipotizzabile dalla permanenza del piccolo presso il punto nascita stesso.

Di tutto ciò informati i genitori/tutori acconsentono(*) al trasferimento.

_____ li, _____

Firma del padre/tutore _____

Firma della madre/tutore _____

Firma del medico _____

* nel caso in cui si verificano le condizioni definite dall' art. 316 e/o 317 del C.C. il consenso viene sottoscritto da un solo genitore.