

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Direzione Sanitaria</p>	<p><b>Assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extraospedaliero</b></p> <p>COMUNICAZIONE DI AVVENUTA ESECUZIONE DEGLI SCREENING</p>	<p>Rev. 00</p> <p>del 16/12/2021</p> <p><b>MR PA 258_ 18</b></p> <p>Pagina 1 di 1</p>
---	---	---

### DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ESECUZIONE DEGLI SCREENING

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Gravida alla \_\_\_\_\_ settimana \_\_\_\_\_ UM \_\_\_\_\_

Data del parto \_\_\_\_\_

a domicilio

In casa di maternità

### DICHIARO

All'Azienda USL della ROMAGNA Ambito di \_\_\_\_\_ di aver  
eseguito gli screening indicati nell'informativa S PA 258\_03.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dell'interessata

\_\_\_\_\_

\*Firma dell'ostetrica responsabile del caso

**\*L'ostetrica responsabile del caso è tenuta ad informare la donna/coppia su tutti gli screening neonatali,  
ad assicurare la loro esecuzione e ad effettuare (S PA 258\_03) e ad eseguire il test di Guthrie.**