SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna PO Rimini Dipartimento salute Donna, Infanzia e Adolescenza UO Terapia Intensiva Neonatale	**MODULO V** **MANOVRE DI RIANIMAZIONE**	Rev. 00 del 25/10/2020 MR P16_28 Pagina 1 di 1

NOME E COGNOME:

Il presente modulo è volto a verificare l'istruzione e l'abilità del genitore/familiare/amico nella gestione delle manovre di rianimazione. Durante il ricovero del bambino il genitore viene incoraggiato, previa istruzione, all'esecuzione attiva della procedura sotto supervisione fino alla completa autonomia.

 AZIONE / ABILITÀ	**ESEGUITA ISTRUZIONE** (Data e sigla Medico)	**ESEGUITA IN AUTONOMIA SOTTO SUPERVISIONE** (Data e sigla Medico)		**IL GENITORE HA RAGGIUNTO LA COMPLETA AUTONOMIA** (Data e sigla Medico)
Aspirare se necessario.		**1.**	**2.**	
		3.	**4.**	
		5.	**6.**	
Eseguire stimolazione tattile.		**1.**	**2.**	
		3.	**4.**	
		5.	**6.**	
Ventilare a pressione positiva con: • **Ambu** • **Va e vieni**		**1.**	**2.**	
		3.	**4.**	
		5.	**6.**	
Eseguire massaggio cardiaco: • **1 persona** • **2 persone**		**1.**	**2.**	
		3.	**4.**	
		5.	**6.**	

Con la firma del presente modulo il genitore/familiare/amico conferma di essere autonomo nelle azioni sopra descritte.

Data, _____

Firma del Genitore: _____ **Firma del Medico: _____**

Redazione			**Verifica e Approvazione**			**Autorizzazione**		
Funzione	Nome e Cognome	Firma	Funzione	Nome e Cognome	Firma	Funzione	Nome e Cognome	Firma
Ref. Inf. NIDCAP	N. Simeone		Direttore UO	G. Ancora		RUO Dott.ssa	G. Ancora	
Genitore Senior	C. Soldati		Referente Medico Dip. Qualità	M. Natile				
			Referente inf. Qualità UO	S. Lazzari				