

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Procedure (anestesia, amnioressi, ossitocina, analgesia epidurale, prelievo di sangue fetale, parto operativo,

Data /ora	Procedura/Proposta	Indicazione	Firma
			Condiviso con la donna <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma
			Condiviso con la madre <input type="checkbox"/> Consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma