

REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO (PG)
Tel.0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO _____
COGNOME _____
NOME _____
SESSO _____

ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno _____ addì _____ del mese di _____
alle ore _____ e minuti _____ presso l'Ospedale S. Matteo degli
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

Innanzi al sottoscritto _____ Direttore Sanitario

Addetto alla direzione sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal direttore sanitario con delega conservata in atti

è comparsa la Sig.ra _____
nata in _____ il _____
cittadina _____ residente a _____
la quale, nella sua veste di madre dichiara quanto segue:
il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____
alle ore _____ e minuti _____ in questo centro di nascita è nato
un bambino di sesso _____ al quale viene dato il nome di _____

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione
di essa dichiarante con un uomo non parente né affine con lei nei gradi che ostano al riconoscimento ai
sensi dell'art. 251 c.c.

Il bambino medesimo è gemello con altro al quale si riferisce il ^{Sequente}_{precedente} atto n. _____
ed è il _____ nato, come attestato dalla dichiarante _____

La dichiarante afferma di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al proprio Comune
di residenza.

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dalla dichiarante.

La dichiarante

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO
Tel. 0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO _____
COGNOME _____
NOME _____
SESSO _____

ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno _____ addì _____ del mese di _____
alle ore _____ e minuti _____ presso l'Ospedale S. Matteo degli
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

_____ Direttore Sanitario

Innanzi al sottoscritto _____

Addetto alla direzione sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal direttore sanitario con delega conservata in atti

è comparso il Sig. _____
nato in _____ il _____
cittadino _____ residente a _____
il quale, nella sua veste di padre dichiara quanto segue:
il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____
alle ore _____ e minuti _____ in questo centro di nascita è nato
un bambino di sesso _____ al quale viene dato il nome di _____

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione
di esso dichiarante con una donna non parente né affine con lui nei gradi che ostano al riconoscimento ai
sensi dell'art. 251 c.c.

Il dichiarante afferma di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al proprio Comune
di residenza.

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dal dichiarante.

La dichiarante

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N.2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO
Tel.0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO _____
COGNOME _____
NOME _____
SESSO _____

ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno _____ addì _____ del mese di _____
alle ore _____ e minuti _____ presso l'Ospedale S. Matteo degli
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

_____ Direttore Sanitario

Innanzitutto sottoscritto _____

Addetto alla direzione sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal direttore sanitario con delega conservata in atti

è comparso il Sig. _____
nato in _____ il _____
cittadino _____ residente a _____
il quale, nella sua veste di padre dichiara quanto segue:
il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____
alle ore _____ e minuti _____ In questo centro di nascita è nato
un bambino di sesso _____ al quale viene dato il nome di _____

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione
di essa dichiarante con una donna non parente né affine con lei nei gradi che ostano al riconoscimento ai
sensi dell'art. 251 c.c.

Il bambino medesimo è gemello con altro al quale si riferisce il ^{Sequente}_{precedente} atto n. _____
ed è il _____ nato, come attestato dal dichiarante _____

La dichiarazione afferma di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al proprio
Comune di residente.

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dal dichiarante.

Il dichiarante

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____

Per la trascrizione sui registri di stato civile.

Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N.2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO (PG)
Tel.0743/210269 fax 0743/210374

ATTO NUMERO
COGNOME
NOME
SESSO

ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno..... addì del mese di
alle ore e minuti presso l'Ospedale S. Matteo degli Infermi
(Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

Innanzi al sottoscritto Direttore Sanitario

.....
Addetto alla Direzione Sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal Direttore Sanitario con delega conservata agli atti.

sono comparsi il Sig.
nato in il
cittadino Residente a
e la Sig.ra
nata in il
cittadina residente a
i quali, nella loro veste di genitori, dichiarano quanto segue:
il giorno..... del mese di..... dell'anno.....
alle ore e minuti in questo centro di nascita è nato un bambino
di sesso al quale viene dato il nome di

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione dei dichiaranti, non parenti né affini nei gradi che ostano al riconoscimento ai sensi dell'art. 251 c.c.

Per i casi che ricorre, a norma dell'art. 36 della L. 31.5.1995 n. 218, i dichiaranti affermano che, giusta le leggi del proprio Stato, il cognome del/la bambin__ è

I dichiaranti affermano di comune accordo, di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al Comune di residenza d.....

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta.

.....
.....
I dichiaranti

.....
il Direttore Sanitario (o suo delegato)

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di

Per la trascrizione sui registri di stato civile.
Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

.....
il Direttore Sanitario (o suo delegato)

REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SPOLETO
Via Loreto, 3 06049 SPOLETO
Tel. 0743/210269 - fax 0743/210374

ATTO NUMERO _____
COGNOME _____
NOME _____
SESSO _____

ATTO DI DICHIARAZIONE DI NASCITA

L'anno _____ addì _____ del mese di _____
alle ore _____ e minuti _____ presso l'Ospedale S. Matteo degli
Infermi (Via Loreto 3), sito nel Comune di Spoleto prov. Perugia.

_____ Direttore Sanitario

Innanzitutto sottoscritto _____

Addetto alla direzione sanitaria, a ciò espressamente autorizzato dal direttore sanitario con delega conservata in atti

sono comparsi il Sig. _____
nato in _____ il _____
cittadino _____ residente a _____
e la Sig.ra _____
nata in _____ il _____
cittadina _____ residente a _____

I quali, nella loro veste di genitori dichiarano quanto segue:

il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____
alle ore _____ e minuti _____ in questo centro di nascita è nato
un bambino di sesso _____ al quale viene dato il nome di _____

Detto bambino, la cui nascita è comprovata dall'allegata "attestazione di nascita", è nato dall'unione dei dichiaranti, non parenti né affini nei gradi che ostano al riconoscimento ai sensi dell'art. 251 c.c.

Per i casi che ricorre, a norma dell'art. 36 della L. 31.5.1995 n. 218, i dichiaranti affermano che, giusta le leggi del proprio Stato, il cognome del/la bambin _____ è _____

Il bambino medesimo è gemello con altro al quale si riferisce il ^{Sequente}~~precedente~~ atto n. _____

ed è il _____ nato, come attestato dalla dichiarante _____

I dichiaranti affermano di comune accordo, di voler rimettere il presente atto, ai fini della trascrizione, al proprio Comune di residenza d _____

La presente dichiarazione, dopo essere stata letta, viene insieme a me sottoscritta dai dichiaranti.

I dichiaranti

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

Si trasmette all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____

Per la trascrizione sui registri di stato civile.
Si resta in attesa di comunicazione dell'avvenuta trascrizione.

il Direttore Sanitario (o suo delegato)

31

- COPIA DOCUMENTI
- COPIA CONTRATTO STIPULATO CON LA DITTA
- COPIA CONFORMITA' KIT
- ANALISI DEL SANGUE EFFETTUATE NELL'ULTIMO MESE DI GRAVIDANZA

Jh

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 2

Punto nascita P.O. Narni /anno 2013 /numero progressivo
Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Narni
sede del Punto Nascita dell'Azienda ASL 2 Terni

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA ESPORTAZIONE DI CAMPIONE DI SANGUE DEL CORDONE
OMBELICALE AD USO AUTOLOGO

1. Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome madre nome madre
Luogo e data di nascita il/...../.....
Residente a in via C.A.P.
n. telefono n° fax.....
Cognome padre..... nome padre.....
Luogo e data di nascita il/...../.....
Residente a in via C.A.P.
n. telefono n. fax.....

2. Data presunta del parto Sede del parto

3. Informazioni sul trasporto del campione di sangue cordonale

Data di spedizione.....
- valico di frontiera/aeroporto.....
- mezzo di trasporto.....
- paese estero di destinazione.....
- struttura sanitaria scelta per la conservazione

Al fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale (prelevato al momento della nascita del proprio figlio) per la conservazione ad uso autologo presso struttura estera, i sottoscritti genitori sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.,

d i c h i a r a n o

-che i dati sopra indicati corrispondono al vero
-che la presente domanda è sottoscritta al solo fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue cordonale per la conservazione presso banche operanti all'estero.

Al fine di ottenere l'autorizzazione all'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale si richiede la presentazione della seguente documentazione di accompagnamento:

- i referti degli esami effettuati (HBsAg, anti - HCV, anti HIV 1 e 2)
- il kit di raccolta con le relative certificazioni;
- la documentazione relativa alla procedura di raccolta e di confezionamento fornita dalla Banca presso la quale verrà conservato il campione;
- il modulo informativo per il counselling comprensivo dell'attestazione dell'avvenuto counselling, della liberatoria e dell'informativa sulla privacy compilati e sottoscritti (all. 3);
- la ricevuta di pagamento della quota di rimborso.

I sottoscritti inoltre autorizzano codesto Ente, ai fini dell'espletamento della pratica, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

Luogo e data..... firma madre.....

..... firma padre.....

16

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 - Terni
Sede Legale Via Bramante, 37 - 05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 2

Punto nascita P.O. Narni/anno 2013/numero progressivo.....

MODULO INFORMATIVO SULLA RACCOLTA E CONSERVAZIONE DEL SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

*Gentile Signora Gentile Signore,
Vi chiediamo di leggere con attenzione le informazioni sotto riportate e di rispondere a semplici domande, al fine di
verificare la correttezza delle informazioni in Suo possesso relativamente alla
raccolta e all'utilizzo delle cellule staminali di sangue cordonale.*

A COSA SERVONO LE CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE?

Le cellule staminali emopoietiche contenute nel sangue del cordone ombelicale sono in grado di generare globuli bianchi, rossi e piastrine esattamente come quelle del midollo osseo. Se trapiantate, possono curare bambini e adulti affetti da gravi malattie come leucemie, linfomi, aplasie midollari, talassemie e alcune gravi carenze del sistema immunitario.

CONSERVAZIONE IN ITALIA

-In Italia da anni è possibile raccogliere e conservare le cellule staminali del cordone ombelicale per uso allogenico, ossia altruistico, presso strutture pubbliche denominate "Banche del Sangue del Cordone Ombelicale", secondo criteri riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale.

Tutte le Banche presenti nel mondo, istituite a tale fine, inviano informazioni relative alle cellule staminali in esse conservate ad un Registro Internazionale, al quale accedono tutti i Centri Trapianto di midollo osseo per la ricerca di un donatore compatibile con un paziente che necessiti di trapianto.

-All'estero esistono strutture private nelle quali è possibile la conservazione per uso proprio (autologo) del sangue del cordone ombelicale, nonostante non si abbiano evidenze scientifiche sull'utilità di questo tipo di conservazione, ai fini di un futuro utilizzo terapeutico. Infatti, una persona malata sottoposta a un trapianto autologo riceve un sistema immunitario, il proprio, che in precedenza non era riuscito a combattere la malattia di base. Vi è inoltre il rischio che, insieme alle cellule staminali autologhe, al paziente siano nuovamente somministrate anche alcune cellule tumorali. Non a caso, il tasso di ricomparsa della patologia di base dopo un trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche è più elevato rispetto a quello osservato dopo un trapianto da donatore estraneo.

-Grande risonanza è stata data, ultimamente, alle possibili applicazioni terapeutiche delle staminali in ambiti della medicina diversi dalla cura delle malattie sopra elencate. Tali applicazioni sono ancora del tutto sperimentali.

o La donazione delle cellule staminali di cordone ombelicale avviene su base volontaria e le cellule raccolte sono messe a disposizione di chi necessita di trapianto. Il suo medico curante l'ha informata della possibilità della donazione solidaristica delle cellule staminali di cordone ombelicale?

SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

o È a conoscenza dell'esistenza di una rete di banche pubbliche, in Italia, alle quali afferiscono tutti i centri trapianto per i pazienti che abbiano necessità di cellule staminali emopoietiche?

SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

o Come è stata informata della possibilità di conservare per uso autologo le cellule da cordone ombelicale?

o Quali sono le motivazioni per le quali ha deciso di effettuare la conservazione autologa.....

QUANDO E' POSSIBILE RACCOGLIERE E CONSERVARE IL SANGUE CORDONALE?

-La raccolta del sangue cordonale è una manovra semplice, che viene effettuata dopo la nascita

del bambino e il taglio del cordone, non comporta nessun rischio né per la madre né per il neonato.

-La raccolta può essere effettuata sia in caso di parto naturale che cesareo.

-La comunità scientifica sconsiglia il prelievo del sangue di cordone ombelicale nei parti prematuri prima della 37ª settimana di gravidanza per tutelare la salute del neonato (maggiore rischio di anemia e riduzione delle riserve di ferro).

-Vi sono situazioni che escludono e controindicano la possibilità di raccogliere il sangue di cordone ombelicale, quali l'essere affetti da malattie trasmissibili con il sangue o da altre gravi malattie.

-La raccolta si effettua solo se in sala parto possono essere assicurati i massimi livelli assistenziali per la mamma e per il neonato.

-La conservazione presso Banche pubbliche avviene solo se il campione risponde a specifiche caratteristiche qualitative e quantitative. Pertanto non tutte le raccolte di sangue cordonale sono idonee alla conservazione.

COSA DICE LA LEGGE?

-La raccolta e la conservazione del sangue da cordone ombelicale si basa sul principio della donazione allogenica solidaristica. È consentita tuttavia "la conservazione per uso dedicato al neonato con patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale o per uso dedicato a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta, per la quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria" (D.M. 18 novembre 2009).

-È altresì consentita la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso dedicato nel caso di famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria rilasciata da parte di un medico specialista nel relativo ambito clinico" (D.M. 18 novembre 2009).

-È inoltre consentita la conservazione del sangue da cordone ombelicale ad uso autologo dedicato in casi di patologie per le quali sussistano comprovate evidenze scientifiche di un *Supplemento ordinario n. 1 al «Bollettino Ufficiale» - serie generale - n. 6 del 2 febbraio 2011* possibile impiego di cellule staminali del sangue da cordone ombelicale anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche approvate secondo norme vigenti (D.M. 18 novembre 2009).

-Nei casi indicati la conservazione viene effettuata nelle Banche pubbliche a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

-La possibilità di conservare il campione ad uso autologo al di fuori delle condizioni previste, è consentita attualmente presso strutture private estere previo rilascio dell'autorizzazione all'esportazione da parte delle Regioni e Province Autonome;

-Non è noto se a distanza di anni (oltre 10) le cellule staminali congelate mantengano caratteristiche biologiche tali da poter essere utilizzate.

☐ La normativa vigente nel nostro Paese consente la conservazione delle cellule staminali di cordone ombelicale per uso dedicato (al neonato o ad un consanguineo) presso le banche esistenti sul territorio nazionale qualora esistano determinate condizioni:

o patologie presenti nel neonato o in un familiare stretto al momento della raccolta e trattabili con le cellule staminali;

o famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale.

È stata informata di tale opportunità?

SI ☐

NO ☐

NON SO ☐

CHI USUFRUIRÀ DELLE STAMINALI DONATE AI SENSI DEL D.M. 18/11/2009?

-Tutti i pazienti affetti da patologie che possono essere curate con il trapianto di cellule staminali emopoietiche.

-Le statistiche dimostrano che se si dona il sangue del cordone e lo si conserva in una delle banche pubbliche italiane si ha il 97-98% di probabilità di rientrare in possesso (per il complesso ruolo della compatibilità) qualora se ne presentasse la necessità.

☐ È a conoscenza della possibilità di rientrare in possesso delle proprie cellule staminali anche dopo la donazione volontaria ad una banca pubblica se si presentasse nella sua famiglia la necessità di utilizzare tali cellule?

SI ☐

NO ☐

NON SO ☐

Dichiaro/dichiariamo di aver preso visione del materiale informativo e di aver ben compreso le informazioni in esso riportate.

Data _____

Firma Madre/Genitori

14

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 3 B

LIBERATORIA

Io sottoscritta

Io sottoscritto

Siamo stati informati che il prelievo di sangue del cordone ombelicale verrà effettuato da personale sanitario della sala parto, che si atterrà a procedure operative conformi agli standard internazionali.

Siamo stati informati che, in considerazione della particolare tipologia di prelievo e della necessità di personale dedicato, l'Azienda **NON GARANTISCE** che la prestazione possa essere espletata, qualora si verificano circostanze contingenti che possano mettere a rischio la salute della madre e/o del bambino, che hanno la priorità nel processo assistenziale. Inoltre il prelievo potrebbe non essere effettuato anche in quei casi in cui sia a rischio la salute di madri e/o bambini contemporaneamente presenti in sala parto.

A questo proposito si ricorda inoltre che l'Azienda garantisce la raccolta secondo procedure operative conformi agli standard internazionali e declina ogni responsabilità in merito alla qualità e quantità del campione biologico prelevato.

FIRMA DELLA MADRE / GENITORI

.....
.....

Il Medico del Presidio Ospedaliero sede del Punto Nascita (o suo delegato)

.....

Timbro e Firma

.....

Luogo e data.....

14

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 3 C

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La sottoscritta
nata a ilresidente a
in ViaCAP Località

Il sottoscritto
nato a ilresidente a
in ViaCAP Località

DICHIARANO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003

di aver ricevuto esaustiva informativa in materia di trattamento dei dati personali, ed in particolare di essere stato informato delle seguenti circostanze:

- il trattamento dei dati, effettuato sia in forma cartacea che elettronica, è finalizzato al rilascio dell'attestazione di avvenuto servizio di informazione sulle modalità e finalità della donazione autologa o allogenica delle cellule staminali. I dati conferiti dall'interessato potranno, inoltre, previo consenso (o se resi anonimi), essere utilizzati a scopo di ricerca e analisi statistiche. I risultati saranno in forma aggregata. I dati saranno raccolti e custoditi presso l'Azienda Sanitaria sede del parto e comunicati in forma anonima alle autorità competenti regionali e nazionali. Il conferimento dei dati necessari al rilascio dell'autorizzazione, ivi compresi quelli di natura sensibile, è obbligatorio al fine dell'attività informativa;
- la mancata sottoscrizione del consenso al riquadro sottostante non rende possibile l'emissione del certificato di avvenuto servizio di informazione;
- i dati personali, inoltre, potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:
 - a) dipendenti e collaboratori incaricati del trattamento per la gestione delle pratiche relative al servizio offerto;
 - b) Autorità o amministrazioni pubbliche per l'adempimento di ogni obbligo di legge;
- in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, di cui il sottoscritto dichiara di essere stato informato;
- titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda
- ViaCAP Località.....

E PRESTANO IL PROPRIO CONSENSO, AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D. LGS. 196/2003 AL FINE DI:

autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, necessari per lo svolgimento dell'attività informativa.

Autorizzo ☐ data

Firma madre

Autorizzo ☐ data

Firma padre

16

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

PROCEDURA DI ESPORTAZIONE DI CAMPIONI DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE PER USO AUTOLOGO

I diretti interessati si recano presso la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero in cui avverrà il parto e:

consegna ai soggetti interessati:

1. Il modulo di richiesta di autorizzazione all'esportazione (**allegato 2**. DGR 2071 e 2072 del 30/12/2010);
2. Il modulo informativo per il counselling, comprensivo dell'attestazione di avvenuto counselling, liberatoria e dell'informativa sulla privacy (**allegato 3**. DGR 2071 e 2072 del 30/12/2010);
3. Il materiale informativo prodotto dal ministero della salute (**allegato 6**. DGR 2071 e 2072 del 30/12/2010);
4. La richiesta degli accertamenti sierologici previsti per l'autorizzazione da effettuare, nell'ultimo mese di gravidanza presso i laboratori analisi del P.O. di Narni-Amelia e Orvieto: il costo è incluso nella tariffa di 400 euro pagata per la prestazione (**allegato A**);
5. Informativa di pagamento della prestazione pari a 400 euro da pagare presso i punti CUP dell'ASL 2 di Terni (**allegato B**).

La gestante, eseguiti gli esami sierologici, riconsegna alla Direzione Medica di Presidio:

1. la richiesta di autorizzazione compilata e sottoscritta ;
2. i referti degli esami effettuati;
3. le certificazioni di conformità del Kit di raccolta (**n.b. il Kit di raccolta e la documentazione relativa alla procedura di raccolta e confezionamento fornite dalla Banca estera presso la quale verrà conservato il campione saranno consegnate al personale di sala parto al momento del ricovero**);
4. il modulo informativo per il counselling, la liberatoria e l'informativa sulla privacy compilati e sottoscritti;
5. la ricevuta di pagamento della quota di rimborso.

La Direzione Medica di Presidio, rilascia ai diretti interessati l'autorizzazione alla esportazione (**allegato 4 parte A** DGR 2071 e 2072 del 30/12/2010) dopo aver verificato:

- A) la negatività ai marcatori infettivologici,
- B) la conformità del dispositivo di raccolta,
- C) la conformità delle procedure di raccolta e confezionamento fornite dalla Banca estera presso la quale verrà conservato il campione,
- D) la corretta compilazione e sottoscrizione del modulo informativo per il counselling, comprensivo dell'attestazione di avvenuto counselling, liberatoria e dell'informativa sulla privacy,
- E) l'avvenuto pagamento della quota di rimborso attestato dalla ricevuta di pagamento della stella.

14

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO A

Alla cortese attenzione Dr.ssa Meriggiola
Responsabile Servizio Laboratorio Analisi
P.O. di Narni- Amelia e Orvieto

LORO SEDI

OGGETTO: Accertamenti sierologici ai sensi della DGR n°2071 del 30/12/2010 " Procedura di esportazione sangue cordonale uso autologo".

Si richiedono per la Sig.ra.....

nata il.....a.....e residente in.....

.....via.....

C.F.....i seguenti esami da

effettuare nell'ultimo mese di gravidanza:

- HbsAG,
- Anti HCV,
- Anti HIV 1 e 2.

Finalizzati all'acquisizione dell'autorizzazione all'esportazione del sangue cordonale per uso autologo.

Il costo dell'esame è ricompreso nella tariffa della prestazione " Procedura esportazione del sangue cordonale uso autologo" ai sensi della DGR n° 2071 del 30/12/2010.

Distinti saluti.

Il Dirigente Medico

.....

16
Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO B

INFORMATIVA PAGAMENTO TICKET

Si informa la S.V. che l'autorizzazione alla esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo è soggetta al pagamento di un ticket pari a euro 400 (quattrocento), come da DGR 2070 e 2071 del 30/12/2010, quale rimborso per i costi sostenuti dall'Azienda comprese le indagini di laboratorio previste per legge (marcatori infettivologici dell'epatite B, C e dell'HIV).

La ricevuta dell'avvenuto pagamento dovrà essere consegnata alla scrivente Direzione Medica.

Distinti Saluti

Il Dirigente Medico
Dr. Sergio Guido

16
Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 3 A

ATTESTAZIONE DI AVVENUTO COUNSELLING

Generalità e dati anagrafici dei genitori

Cognome madre nome madre.....

Luogo e data di nascita

Cognome padre nome padre.....

Luogo e data di nascita

Si attesta che in data odierna è avvenuto il counselling previsto dalla normativa nazionale in merito ad una corretta informazione sull'esportazione del sangue del cordone ombelicale per conservazione autologa con:

.....

Il Medico del Presidio Ospedaliero sede del Punto Nascita (o suo delegato)

.....

Timbro e Firma

.....

Luogo e data.....

14

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

Prot. n.

Narni li, _____

Al Direttore U.O. Ostetricia e Ginecologia
Dr. R. Provaroni
Sede

Oggetto: comunicazione autorizzazione all'esportazione di campioni di sangue del
cordone ombelicale Sig.ra

Si comunica che la Sig.ra nata
a il residente a in
Via, con data presunta parto il è stata autorizzata
dalla scrivente Direzione alla esportazione di sangue del cordone ombelicale (vedi
autorizzazione allegata).

Si allega ALLEGATO 4B che dovrà essere restituito debitamente compilato alla
scrivente Direzione.

Distinti saluti

Il Dirigente Medico
(Dr. S. Guido)

14
Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 - Terni
Sede Legale Via Bramante,37 - 05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 - Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 4 PARTE B

Punto nascita P.O. Narni/anno 2013 /numero progressivo.....

Da inviare alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Narni sede del Punto Nascita dell'Azienda ASL 2 Terni da parte del Direttore Punto Nascita o suo delegato.

**ESITO DELLA RACCOLTA DEL SANGUE DA CORDONE
OMBELICALE**

Nome e Cognome della mamma

Raccolta effettuata **NO** ☐ Causa

SI ☐ Data

Controllo della conformità del confezionamento del prodotto ☐ (eseguito)

Banca privata estera

Kit utilizzato

Peso lordo grammi

Consegna ai diretti interessati o loro delegato ☐ **SI** ☐ **NO** motivazione

.....

Per presa consegna: data ora

firma leggibile

Direttore Punto Nascita o suo delegato

Firma

Luogo e data.....

16

Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 -Terni
Sede Legale Via Bramante,37 -05100 Terni

Presidio Ospedaliero Narni-Amelia
Direzione Medica Ospedaliera
Tel. 0744/740239 – Fax 0744/740258

ALLEGATO N° 4 PARTE A

Punto nascita P.O. Narni/anno 2013/numero progressivo.....

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESPORTAZIONE DI CAMPIONI DI SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

L'Azienda Sanitaria ASL 2 Terni

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010;

VISTA la richiesta presentata dalla Sig.ra...../dal
Sig, tesa ad ottenere l'autorizzazione ad esportare, per la
conservazione presso Bancacampione
di sangue da cordone ombelicale del proprio figlio;

PRESO ATTO della:

- negatività ai marcatori infettivologici;
- corretta compilazione del modulo informativo di counselling, dell'attestazione di avvenuto counselling, liberatoria e dell'informativa sulla privacy (all.3) da parte della madre/genitori;
- rispondenza dei dispositivi e delle procedure di prelievo ai requisiti previsti dalle normative vigenti ivi inclusi quelli in materia di sicurezza degli operatori;
- rispondenza delle procedure di confezionamento del campione ai requisiti previsti in materia di spedizione e trasporto di materiali biologici, nel rispetto delle normative vigenti,
- ricevuta di pagamento della quota di rimborso,

AUTORIZZA

l'esportazione del campione di sangue da cordone ombelicale, come da richiesta, presso la Banca

.....di

Il trasporto, via corriere identificato dalla Banca stessa, avverrà a mezzo.....

con partenza da , presumibilmente in data.....

Direzione Medica di Presidio

.....

Luogo e data.....



RILEVAZIONE DELLE DIMESSE DAGLI ISTITUTI DI CURA PER ABORTO SPONTANEO - ANNO 2013

LA SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA DAL MEDICO, ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE PER OGNI DONNA RICOVERATA PER ABORTO SPONTANEO, ANCHE NEL CASO IN CUI LA DIMISSIONE AVVENGA LO STESSO GIORNO DEL RICOVERO. GLI ISTITUTI DI CURA SITUATI IN REGIONI CHE INVIANO I DATI SU SUPPORTO MAGNETICO SI ATTENGANO A EVENTUALI DISPOSIZIONI DELLA REGIONE CONCORDATE CON L'ISTAT.

Codice Ministero Salute
dell'Istituto di cura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ISTITUTO _____

PROVINCIA DI _____

COMUNE DI _____

A.S.L. _____

Codice ISTAT

Codice Min. Salute

NOTIZIE SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA

1. Data di nascita _____

Giorno	Mese	Anno

2. Comune di nascita _____

(specificare) _____

3. Comune di residenza _____

(specificare) _____

4. Cittadinanza _____

(specificare - Italiana = 600) _____

5. Stato civile _____

Nubile _____ 1. ☐

Coniugata _____ 2. ☐

Separata o Divorziata _____ 3. ☐

Vedova _____ 4. ☐

6. Titolo di studio (se più di uno, indicare solo il più elevato) _____

Nessuno o Licenza di scuola elementare _____ 1. ☐

Licenza di scuola media inferiore _____ 2. ☐

Diploma e maturità di scuola media superiore _____ 3. ☐

Laurea o altro titolo universitario _____ 4. ☐

7. Condizione professionale/ non professionale _____

7.1 - Occupata _____ 1. ☐

Disoccupata _____ 2. ☐

In cerca di prima occupazione _____ 3. ☐

Casalinga _____ 4. ☐

Studentessa _____ 5. ☐

Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro, ...) _____ 6. ☐

7.2 - Se occupata indicare posizione nella professione: _____

Imprenditrice o libera professionista _____ 1. ☐

Altra lavoratrice autonoma _____ 2. ☐

Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo _____ 3. ☐

Lavoratrice dipendente: impiegata _____ 4. ☐

Lavoratrice dipendente: operaia _____ 5. ☐

Altra lavoratrice dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ...) _____ 6. ☐

7.3 - Ramo di attività economica _____

Agricoltura, caccia e pesca _____ 1. ☐

Industria _____ 2. ☐

Commercio, pubblici servizi, alberghi _____ 3. ☐

Pubblica amministrazione _____ 4. ☐

Altri servizi privati _____ 5. ☐

8. Numero gravidanze precedenti _____

Nati vivi _____

Nati morti (a) _____

Aborti spontanei (b) _____

Interruzioni volontarie di gravidanza _____

9. Età gestazionale _____

Settimane compiute di amenorrea (da 01 a 26) _____

NOTIZIE SULL'ABORTO

10. Data dell'aborto _____

Giorno	Mese	Anno

11. Luogo dove si è verificata l'espulsione dell'embrione o del feto _____

Istituto di cura pubblico _____ 1. ☐

Casa di cura _____ 2. ☐

Abitazione privata _____ 3. ☐

Altro (specificare) _____ 4. ☐

12. Causa dell'aborto (indicare per esteso e codificare in base ai codici dell'elenco riportato sul retro) _____

13. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita (PMA) _____

SI _____ 1. ☐

NO _____ 2. ☐

13.1 - se SI specificare il metodo seguito: _____

Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione _____ 1. ☐

IUI (Inseminazione intrauterina) _____ 2. ☐

GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) _____ 3. ☐

FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) _____ 4. ☐

ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) _____ 5. ☐

Altro (specificare) _____ 6. ☐

14. Tipo di intervento (indicare una sola risposta) _____

Raschiamento _____ 1. ☐

Isterosuzione _____ 2. ☐

Altro (specificare) _____ 3. ☐

Nessuno _____ 4. ☐

15. Terapia antalgica durante l'intervento (indicare una sola risposta) _____

Anestesia totale _____ 1. ☐

Anestesia locale _____ 2. ☐

Analgesia senza anestesia _____ 3. ☐

Sedazione profonda _____ 4. ☐

Altra (specificare) _____ 5. ☐

Nessuna _____ 6. ☐

16. Regime di ricovero _____

Ordinario _____ 1. ☐

Giornate/Accessi _____

Day hospital/Day surgery _____ 2. ☐

17. Complicazioni (se più di una indicare solo la più grave) _____

Nessuna _____ 1. ☐

Emorragia _____ 2. ☐

Infezione _____ 3. ☐

Decesso _____ 4. ☐

Altra (specificare) _____ 5. ☐

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA,
TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, compresa nel Programma statistico nazionale 2008-2010, sono tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa in materia di protezione dei dati personali e potranno essere utilizzati, anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistici dei soggetti del Sistema statistico nazionale, nonché essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. I medesimi dati saranno diffusi solo in forma aggregata, secondo modalità che rendano non identificabili gli interessati.

L'obbligo di risposta per questa rilevazione è stabilito, per gli istituti di cura pubblici, dall'art. 7, comma 1, del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e, per gli istituti di cura privati, dal DPR 11 novembre 2008.

Il modello deve essere compilato, per ogni caso di AS, dal medico all'atto della dimissione. Al momento dell'acquisizione dei dati, l'assistente deve essere resa idonea informativa sull'utilizzo, anche a fini statistici, dei dati che la riguardano e della stessa fornita per finalità di prevenzione, diagnosi e cura. Qualora l'assistente esprima una volontà contraria all'uso statistico dei propri dati, l'Istituto di cura è tenuto a prenderne nota. In tale eventuale, i dati possono essere trasmessi all'Istat solo in forma anonima, senza che sia possibile risalire all'identità dell'interessata nemmeno in modo indiretto. Pertanto, il modello dovrà comunque essere compilato, ai fini della rilevazione dell'evento, con l'esclusione dei seguenti campi:

- Resistenza (non indicare né comune né provincia né stato estero)
- Data AS (indicare solo l'anno)
- Data di nascita dell'assistita (indicare solo l'anno)

* Luogo di nascita (non indicare il comune ma solo la provincia).

Titolare del trattamento statistico dei dati personali è l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma. Responsabili del trattamento dei dati personali sono, per le fasce di rispettiva competenza: il Direttore centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali dell'ISTAT e il preposto all'ufficio di statistica della Regione o della Provincia Autonoma; ad essi è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti degli interessati e per conoscere il nominativo degli eventuali altri responsabili. Principali trattamenti normativi:

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni ed integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" - art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), art. 7-10 (diritti dell'interessato), art. 13 (informativa), art. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), art. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);

- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti dei dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali - d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 agosto 2008 - "Approvazione del Programma statistico nazionale per il triennio 2008-2010" (Supplemento ordinario n.237 alla Gazzetta ufficiale del 27 ottobre 2008 - serie generale - n. 252);

- Decreto del Presidente della Repubblica 11 novembre 2008 - "Elenco delle rilevazioni statistiche, rientranti nel Programma statistico nazionale 2008-2010, per le quali sussiste l'obbligo dei soggetti privati di fornire i dati e le notizie che siano loro richieste" (Gazzetta ufficiale 26 gennaio 2009 - serie generale - n. 20).

CODICI DELLE CAUSE D'ABORTO

Traumi fisici professionali	01	Insufficienza cervicale	19
Altri traumi fisici	02	Endometriti	20
Traumi psichici	03	Malattie infiammatorie degli annessi	21
Sifilide e sue conseguenze (comprese le localizzazioni genitali)	04	Fibromiomi uterini	22
Influenza e altre virosi	05	Carcinomi a sede genitale	23
Altre malattie infettive e parassitarie	06	Altre malattie genitali	24
Diabete	07	Incompatibilità Rh	25
Altre mal. delle ghiand. endocr. (escl. squilibrio ormonale ovario-placent.)	08	Altre incompatibilità di gruppo sanguigno	26
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	09	Tossiemie della gravidanza	27
Malattie del sistema circolatorio	10	Placenta praevia	28
Malattie dell'apparato respiratorio	11	Altre inserzioni anomale della placenta o s.a.i.	29
Malattie dell'apparato digerente	12	Altre anomalie della placenta	30
Malattie dell'apparato urinario	13	Gravidanza molare	31
Altre malattie extra genitali non connesse con la gravidanza	14	Gravidanza multipla	32
Anomalia di sviluppo e di forma dell'utero	15	Malformazione fetale	33
Anomalie di posizione dell'utero	16	Polidramnios ed altre cause ovulari	34
Squilibrio ormonale ovario-placentare	17	Morte endouterina del feto	35
Lacerazioni e flogosi del collo	18	Altre o non determinata	36

ELENCO A - NUMERI DI CODICE DELLE PROVINCE

Aggrigento	084	Caltanissetta	085	Genova	010	Milano	015	Pordenone	093	Terni	055
Alessandria	006	Campobasso	070	Gorizia	031	Modena	036	Potenza	076	Torino	001
Ancona	042	Carbonia - Iglesias	107	Grosseto	053	Monza e Brianza	108	Prato	100	Trapani	081
Aosta	007	Caserta	061	Imperia	008	Napoli	083	Ragusa	088	Trento	022
Arezzo	061	Catania	087	Isernia	094	Novara	003	Ravenna	039	Treviso	026
Ascoli Piceno	044	Catanzaro	079	L'Aquila	066	Nuoro	091	Reggio Calabria	080	Trieste	032
Asti	005	Chieti	069	La Spezia	011	Ogliastro	105	Reggio Emilia	035	Udine	030
Avellino	064	Como	013	Latina	059	Olbia-Tempio	104	Rieti	057	Varazze	012
Bari	072	Cosenza	078	Lecco	075	Cristiano	095	Rimini	099	Venezia	027
Barletta-Andria-Trani	110	Cremona	019	Lecco	097	Padova	028	Roma	058	Verbania-Cusio-Ossola	103
Belluno	025	Crotone	101	Livorno	049	Palermo	032	Rovigo	029	Vercelli	002
Benevento	062	Cuneo	004	Lodi	098	Parma	034	Salerno	085	Verona	023
Bergamo	016	Enna	088	Lucca	046	Pavia	018	Sassari	090	Vibo Valentia	102
Bielia	086	Fermo	109	Macerata	043	Perugia	054	Savona	009	Vicenza	024
Bologna	037	Ferrara	038	Mantova	020	Pesaro-Urbino	041	Siena	052	Viterbo	056
Bolzano-Bozen	021	Firenze	048	Massa Carrara	045	Pescara	068	Siracusa	089		
Brescia	017	Foggia	071	Matera	077	Piacenza	033	Sondrio	014		
Brindisi	074	Forlì-Cesena	040	Medio Campidano	106	Pisa	050	Taranto	073		
Cagliari	092	Frosinone	060	Messina	083	Pistoia	047	Teramo	067		

ELENCO B - NUMERI DI CODICE DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

EUROPA		Russa, Federazione	245	Mozambico	440	Messico	527	Maldiva	339
UE (Unione Europea)		San Marino	236	Namibia	441	Nicaragua	529	Mongolia	341
Austria	203	Santa Sede	246	Niger	442	Panama	530	Myanmar (ex Birmania)	307
Belgio	206	Serbia, Repubblica di	271	Nigeria	443	Paraguay	614	Nepal	342
Bulgaria	209	Svizzera	241	Ruanda	446	Perù	615	Oman	343
Ceca, Repubblica	257	Turchia	351	Sao Tomè e Principe	448	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344
Cipro	315	Ucraina	243	Senegal	450	Saint Lucia	532	Qatar	345
Danimarca	212			Seychelles	449	Saint Vincent e Grenadine	533	Singapore	346
Estonia	247	AFRICA		Sierra Leone	451	Stati Uniti d'America	536	Siria	348
Finlandia	214	Algeria	401	Somalia	453	Suriname	616	Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Francia	215	Angola	402	Sud Africa	454	Trinidad e Tobago	617	Tajikistan	362
Germania	216	Benin (ex Dahomey)	406	Sudan	455	Uruguay	618	Taiwan (ex Formosa)	363
Grecia	220	Botswana	408	Swaziland	456	Venezuela	619	Territori Autonomia Palestinese	324
Irlanda	221	Burkina Faso (ex Alto Volta)	409	Tanzania	457	ASIA		Thailandia	349
Lettonia	248	Burundi	410	Togo	458	Afghanistan	301	Timor Orientale	338
Lituania	249	Camerun	411	Tunisia	460	Arabia Saudita	302	Turkmenistan	364
Lussemburgo	226	Capo Verde	413	Uganda	461	Armenia	358	Uzbekistan	357
Malta	227	Centrafricana, Repubblica	414	Zambia	464	Azerbaigian	359	Vietnam	353
Paesi Bassi	232	Ciad	415	Zimbabwe (ex Rhodesia)	465	Bahrain	304	Yemen	354
Polonia	233	Comore	417	AMERICA		Bangladesh	305	OCEANIA	
Portogallo	234	Congo, Rep. del	418	Antigua e Barbuda	503	Bhutan	306	Australia	701
Regno Unito	219	Congo, Rep. Dem. (ex Zaire)	463	Argentina	602	Brunei	309	Fiji	703
Romania	235	Costa d'Avorio	404	Bahamas	505	Cambogia	310	Kiribati	708
Slovacchia	255	Egitto	419	Barbados	506	Cina, Rep. Popolare	314	Marshall, Isole	712
Slovenia	251	Eritrea	466	Belize	507	Corea, Rep. (Corea Sud)	320	Micronesia, Stati Federati	713
Spagna	239	Etiopia	420	Bolivia	604	Corea, Rep. Pop. Dem. (Corea Nord)	319	Nauru	715
Svezia	240	Gabon	421	Brasile	605	Emirati Arabi Uniti	322	Nuova Zelanda	719
Ungheria	244	Gambia	422	Canada	509	Filippine	323	Palau	720
Altri paesi europei		Ghana	423	Cile	606	Georgia	360	Papua Nuova Guinea	721
Albania	201	Gibuti	424	Colombia	608	Giappone	326	Salomone, Isole	725
Andorra	202	Guinea	425	Costa Rica	513	Giordania	327	Samoa	727
Bielorussia	256	Guinea Bisau	426	Cuba	514	India	330	Tonga	730
Bosnia-Erzegovina	252	Guinea Equatoriale	427	Dominica	515	Indonesia	331	Tuvalu	731
Croazia	250	Kenya	428	Dominicana, Repubblica	516	Iran, Rep. Islamica del	332	Vanuatu	732
Islanda	223	Lesotho	429	Ecuador	609	Iraq	333		
Kosovo	272	Liberia	430	El Salvador	517	Israele	334		
Liechtenstein	225	Libia	431	Giamica	518	Kazakistan	356	APOLIDE	999
Macedonia, ex Rep. Jugos. di	253	Madagascar	432	Grenada	519	Kirghizistan	361	Non indicato	888
Moldova	254	Malawi	434	Guatemala	523	Kuwait	335		
Monaco	229	Malì	435	Guyana	612	Laos	336		
Montenegro	270	Marocco	436	Haiti	524	Libano	337		
Norvegia	231	Mauritania	437	Honduras	525	Malaysia	340		
		Mauritius	438						

Data

Timbro Istituto di cura

Timbro - Firma del Direttore Sanitario

(a) Nato morto: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.

(b) Aborto spontaneo: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

AVVERTENZA - ☒ Barrare il quadrato che fa al caso. Rispondere a tutti i quesiti compilando il modello a macchina o a carattere stampatello.

Per Istituto di cura s'intende qualsiasi entità ospedaliera funzionalmente autonoma, dipendente da una struttura pubblica (ad es. A.S.L.) o privata. Inviare all'ISTAT entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento esclusivamente in allegato alla PARTE A del Mod ISTAT D.14 debitamente compilata.

DICHIARAZIONE DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA - ANNO 2013

TALE SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA PER TUTTI I CASI DAL MEDICO CHE PROCEDE ALL'INTERUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA E INVIATA IMMEDIATAMENTE ALLE DIREZIONI DELLE AZIENDE USL CHE PROVVEDERANNO ALL'INVIO AL COMPETENTE UFFICIO DELLA REGIONE PER IL SUCCESSIVO INOLTRO ALL'ISTAT.

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELL'ISTITUTO DI CURA
O ALTRA STRUTTURA OVE AVVIENE L'INTERUZIONE

PROVINCIA



COMUNE

A.S.L.

CODICE MIN. SALUTE
DELL'ISTITUTO DI CURA

NOTIZIE SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA

1. Data di nascita

Giorno Mese Anno

2. Comune di nascita

(specificare)

0 0 0 (provincia) (comune) (Stato estero)

3. Comune di residenza

(specificare)

0 0 0 (provincia) (comune) (Stato estero)

4. Cittadinanza

(specificare - Italiana = 000)

Codice ISTAT

5. Stato civile

- Nubile ☐ 1.
Coniugata ☐ 2.
Separata o Divorziata ☐ 3.
Vedova ☐ 4.

6. Titolo di studio (se più di uno, indicare solo il più elevato)

- Nessuno o Licenza di scuola elementare ☐ 1.
Licenza di scuola media inferiore ☐ 2.
Diploma e maturità di scuola media superiore ☐ 3.
Laurea o altro titolo universitario ☐ 4.

7. Condizione professionale/ non professionale

- 7.1 - Occupata ☐ 1.
Disoccupata ☐ 2.
In cerca di prima occupazione ☐ 3.
Casalinga ☐ 4.
Studentessa ☐ 5.
Altra condizione (Inabile, ritirata dal lavoro, ...) ☐ 6.

7.2 - Se occupata indicare posizione nella professione:

- Imprenditrice o libera professionista ☐ 1.
Altra lavoratrice autonoma ☐ 2.
Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo ☐ 3.
Lavoratrice dipendente: impiegata ☐ 4.
Lavoratrice dipendente: operaia ☐ 5.
Altra lavoratrice dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ...) ☐ 6.

7.3 - Ramo di attività economica

- Agricoltura, caccia e pesca ☐ 1.
Industria ☐ 2.
Commercio, pubblici servizi, alberghi ☐ 3.
Pubblica amministrazione ☐ 4.
Altri servizi privati ☐ 5.

8. Numero gravidanze precedenti

Nati vivi

Nati morti ^(a)Aborti spontanei ^(a)

Interruzioni volontarie di gravidanza

9. Età gestazionale

Primi 90 giorni ☐ 1Oltre 90 giorni ☐ 2

Precisare le settimane compiute di amenorrea

10. Presenza di malformazioni fetali ☐ 1

NOTIZIE SULL'INTERUZIONE DELLA GRAVIDANZA

11. Data dell'interruzione

Giorno Mese Anno

In caso di intervento farmacologico (Cusella 17 modelli 4, 5 e 6)
Inserire la data di assunzione del primo farmaco.

12. Data della certificazione

Giorno Mese Anno

13. Certificazione di autorizzazione rilasciata da

- Consultorio familiare pubblico ☐ 1.
Medico di fiducia ☐ 2.
Servizio ostetrico-ginecologico dell'Istituto di cura ☐ 3.
Altra struttura socio-sanitaria ☐ 4.
Mancante per immediato pericolo di vita della donna ☐ 5.
Autorizzazione del giudice tutelare a Interdetta per malattia mentale ☐ 6.

14. Urgenza

- Urgente ☐ 1.
Non urgente ☐ 2.

15. Assenso per la minore

- Dato dai genitori ☐ 1.
Dato dal giudice tutelare ☐ 2.
Mancante per urgenza ☐ 3.
Mancante per interruzione oltre 90 giorni ☐ 4.

16. Luogo

- Ambulatorio pubblico ☐ 1.
Ambulatorio privato ☐ 2.
Istituto di cura pubblico ☐ 3.
Casa di cura ☐ 4.
Altro (specificare) ☐ 5.

17. Tipo di intervento (indicare una sola risposta)

- Raschiamento ☐ 1.
Metodo di Karman ☐ 2.
Altre forme di isterosuzione ☐ 3.
Somministrazione di solo mifepristone ☐ 4.
Somministrazione di mifepristone + prostaglandina ☐ 5.
Somministrazione di sola prostaglandina ☐ 6.
Altra (specificare) ☐ 7.

18. Terapia analgica (indicare una sola risposta)

- Anestesia generale ☐ 1.
Anestesia locale ☐ 2.
Analgesia senza anestesia ☐ 3.
Sedazione profonda ☐ 4.
Altra (specificare) ☐ 5.
Nessuna ☐ 6.

19. Regime di ricovero

- Ordinario ☐ 1. Giornate/accessi ☐ ☐ ☐
Day hospital/Day surgery ☐ 2.

20. Complicazioni (se più di una indicare la più grave)

- Nessuna ☐ 1.
Emorragia ☐ 2.
Infezione ☐ 3.
Decesso ☐ 4.
Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico ☐ 5.
Altra (specificare) ☐ 6.

Data della compilazione

Dichiaro in scienza e coscienza che le informazioni sopraindicate
corrispondono a verità
IL MEDICO DICHIARANTE

Timbro

Firma e timbro

ELENCO A - NUMERI DI CODICE DELLE PROVINCE

Agrigento	084	Calitanisetta	085	Genova	010	Milano	016	Forloneone	093	Terni	055
Alessandria	006	Campobasso	070	Gorizia	031	Modena	036	Potenza	076	Torino	001
Ancona	042	Carbonia - Iglesias	107	Grosseto	053	Monza e Brianza	108	Prato	100	Trapani	081
Aosta	007	Caserta	061	Imperia	008	Napoli	063	Ragusa	088	Trento	022
Arezzo	051	Catania	087	Isernia	094	Novara	003	Ravenna	039	Trivisio	026
Ascoli Piceno	044	Catanzaro	079	L'Aquila	066	Nuoro	091	Reggio Calabria	080	Trieste	032
Asti	005	Chieti	089	La Spezia	011	Ogliastro	105	Reggio Emilia	035	Udine	030
Avellino	064	Como	013	Latina	058	Ostia-Tempio	104	Rieti	057	Varese	012
Bari	072	Cosenza	078	Lecce	075	Oriстано	085	Rimini	098	Venezia	027
Barietta-Andria-Trani	110	Cremona	019	Lecco	097	Padova	028	Roma	058	Verbania-Cusio-Ossola	103
Belluno	025	Crotone	101	Livorno	049	Palermo	082	Rovigo	029	Vercelli	002
Benevento	082	Cuneo	004	Lodi	098	Parma	034	Salerno	085	Verona	023
Bergamo	018	Enna	086	Luca	046	Pavia	018	Sassari	090	Vibo Valentia	102
Biella	088	Fermo	109	Macerata	043	Perugia	054	Savona	009	Vicenza	024
Bologna	037	Ferrara	038	Manitova	020	Pesaro-Urbino	041	Siena	052	Viterbo	056
Bolzano-Bozen	021	Firenze	048	Massa Carrara	045	Pescara	088	Siracusa	089		
Brescia	017	Foggia	071	Matera	077	Piacenza	033	Sondrio	014		
Brindisi	074	Forlì-Cesena	040	Medio Campidano	106	Pisa	050	Taranto	073		
Cagliari	092	Frosinone	060	Messina	093	Pistoia	047	Teramo	067		

ELENCO B - NUMERI DI CODICE DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

EUROPA											
UE (Unione Europea)											
Austria	203	Russia, Federazione	245	Mozambico	440	Messico	527	Maldiva	339		
Belgio	206	San Marino	236	Namibia	441	Nicaragua	529	Mongolia	341		
Bulgaria	209	Santa Sede	248	Niger	442	Papama	530	Myanmar (ex Birmania)	307		
Ceca, Repubblica	257	Serbia, Repubblica di	271	Nigeria	443	Paraguay	514	Nepal	342		
Cipro	315	Svizzera	241	Ruanda	446	Perù	515	Oman	343		
Danimarca	212	Turchia	351	Sao Tomé e Principe	448	Saint Kitt e Nevis	534	Pakistan	344		
Estonia	247	Ucraina	243	Senegal	450	Saint Lucia	532	Qatar	345		
Finlandia	214	AFRICA		Seychelles	449	Saint Vincent e Grenadine	533	Singapore	346		
Francia	215	Algeria	401	Sierra Leone	451	Stati Uniti d'America	536	Siria	348		
Germania	216	Angola	402	Somalia	463	Suriname	618	Sri Lanka (ex Ceylon)	311		
Grecia	220	Benin (ex Dahomey)	406	Sud Africa	454	Trinidad e Tobago	617	Tagikistan	362		
Irlanda	221	Botswana	408	Sudania	455	Uruguay	618	Taiwan (ex Formosa)	363		
Lettonia	248	Burkina Faso (ex Alto Volta)	409	Swaziland	456	Venezuela	619	Territori Autonomi Palestinesi	324		
Lituania	249	Burundi	410	Tanzania	457			Thailandia	349		
Lussemburgo	226	Cameroon	411	Togo	458	ASIA		Timor Orientale	338		
Malta	227	Capo Verde	413	Tunisia	460	Afghanistan	301	Turkmenistan	364		
Paesi Bassi	232	Costa d'Avorio	404	Uganda	481	Arabia Saudita	302	Uzbekistan	357		
Polonia	233	Centrafricana, Repubblica	414	Zambia	464	Armenia	358	Vietnam	353		
Portogallo	234	Ciad	415	Zimbabwe (ex Rhodesia)	465	Azerbaijan	359	Yemen	354		
Regno Unito	219	Comore	417	AMERICA		Bahrain	304				
Romania	235	Congo, Rep. del	418	Antigua e Barbuda	503	Bangladesh	305	OCEANIA			
Slovacchia	255	Congo, Rep. Dem. (ex Zaire)	463	Argentina	602	Bhutan	306	Australia	701		
Slovenia	251	Costa d'Avorio	404	Bahamas	505	Brunei	309	Fiji	703		
Spagna	239	Egitto	419	Barbados	506	Cambogia	310	Kiribati	708		
Svezia	240	Eritrea	466	Belize	507	Cina, Rep. Popolare	314	Marshall, isole	712		
Ungheria	244	Etiopia	420	Bolivia	604	Corea, Rep. (Corea Sud)	320	Micronesia, Stati Federati	713		
Altri paesi europei		Gabon	421	Brasile	605	Corea, Rep. Pop. Dem. (Corea Nord)	319	Nauru	715		
Albania	201	Gambia	422	Canada	509	Emirati Arabi Uniti	322	Nuova Zelanda	719		
Andorra	202	Ghana	423	Cile	606	Filippine	323	Palau	720		
Bielorussia	256	Gibuti	424	Colombia	608	Georgia	360	Papua Nuova Guinea	721		
Bosnia-Erzegovina	252	Guinea	425	Costa Rica	513	Giappone	326	Samotone, isole	725		
Croazia	250	Guinea-Bissau	426	Cuba	514	Giordania	327	Samoa	727		
Islanda	223	Guinea Equatoriale	427	Dominica	515	India	330	Tonga	730		
Kosovo	272	Kenya	428	Dominicana, Repubblica	516	Indonesia	331	Tuvalu	731		
Liechtenstein	225	Lesotho	429	Equador	609	Iran, Rep. Islamica del	332	Vanuatu	732		
Macedonia, ex Rep. Jugos. di	253	Liberia	430	El Salvador	517	Iraq	333				
Moldova	254	Libia	431	Giamica	518	Israele	334	APOLIDE	999		
Monaco	229	Madagascar	432	Grenada	519	Kazakhstan	356	Non Indicato	888		
Montenegro	270	Malawi	434	Guatemala	523	Kirghizistan	361				
Norvegia	231	Mali	435	Guyana	524	Kuwait	335				
		Marocco	436	Haiti	524	Laos	336				
		Mauritania	437	Honduras	525	Libano	337				
		Mauritius	438			Malaysia	340				

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, compresa nel Programma statistico nazionale 2008-2010, sono tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa in materia di protezione dei dati personali e potranno essere utilizzati, anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistiche dei soggetti del Sistema statistico nazionale, nonché essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. I medesimi dati saranno diffusi solo in forma aggregata, secondo modalità che rendano non identificabili gli interessati.

L'obbligo di risposta per questa rilevazione è stabilito, per gli istituti di cura pubblici, dall'art. 7, comma 1, del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e, per gli istituti di cura privati, dal DPR 11 novembre 2008.

Il modello deve essere compilato, per ogni caso di IVG, dal medico all'atto della dimissione. Al momento dell'acquisizione dei dati, all'assistita deve essere resa idonea informativa sull'utilizzo, anche a fini statistici, dei dati che la riguardano e della stessa finalità per finalità di prevenzione, diagnosi e cura. Qualora l'assistita esprima una volontà contraria all'uso statistico dei propri dati, l'istituto di cura è tenuto a prenderne nota. In tale eventualità, i dati possono essere trasmessi all'ISTAT solo in forma anonima, senza che sia possibile risalire all'identità dell'interessata nemmeno in modo indiretto. Pertanto, il modello dovrà comunque essere compilato, ai fini della rilevazione dell'evento, con l'esclusione dei seguenti campi:

- Residenza (non indicare né comune né provincia né stato estero)
- Data IVG (indicare solo l'anno)
- Data di nascita dell'assistita (indicare solo l'anno)
- Data certificazione (indicare solo l'anno)

• Luogo di nascita (non indicare il comune ma solo la provincia).

Titolare del trattamento statistico dei dati personali è l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma. Responsabili del trattamento dei dati personali sono, per le fasi di rispettiva competenza: il Direttore centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali dell'ISTAT e il preposto all'ufficio di statistica della Regione o della Provincia Autonoma; ad essi è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti degli interessati e per conoscere il nominativo degli eventuali altri responsabili. Principali riferimenti normativi:

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni ed integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" - art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), art. 7-10 (diritti dell'interessato), art. 13 (informativa), art. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), art. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti dei dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali - d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 agosto 2008 - "Approvazione del Programma statistico nazionale per il triennio 2008-2010" (Supplemento ordinario n.237 alla Gazzetta ufficiale del 27 ottobre 2008 - serie generale - n. 252);
- Decreto del Presidente della Repubblica 11 novembre 2008 - "Elenco delle rilevazioni statistiche, rientranti nel Programma statistico nazionale 2008-2010, per le quali sussiste l'obbligo dei soggetti privati di fornire i dati e le notizie che siano loro richieste" (Gazzetta ufficiale 28 gennaio 2009 - serie generale - n. 20).

- (a) Nato morto: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.
- (b) Aborto spontaneo: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

AVVERTENZA - ☒ Barrare il quadrato che fa al caso. Rispondere a tutti i quesiti compilando il modello a macchina o a carattere stampatello.

- connettendosi al sito internet <http://dimessi.istat.it> e seguendo le istruzioni in esso riportate;
- oppure trasmettendo il modello via fax al numero 06-46738281;
- oppure spedendo il modello per posta.



MINISTERO
DELLA
SALUTE



Istat

Istituto nazionale di statisticaISTAT **D.14** - Parte A - edizione 2012

Timbro Istituto di cura

Telefono n.

A.S.L.

Telefono n. _____

Codice Ministero della Salute dell'istituto di cura

20

All'Istituto Nazionale di Statistica

Servizio Sanità, salute e assistenza – SAN/A

Prot. n. _____ Allegati vari
nessuno

Casella Postale 2110

ROMA 158

Trasmissione schede nosologiche aggiuntive per le dimesse per aborto spontaneo (mod. ISTAT D.11)

— Anno 20

Si allegano alla presente n.

schede relative alle donne che hanno subito un aborto spontaneo dimesse nel
decorso mese di _____ (Vanno incluse anche le donne ent

(Vanno incluse anche le donne entrate e dimesse nello stesso giorno di calendario).

Nome della persona che ha compilato il modello D. 14

Tel.

Timbro - Firma del Direttore Sanitario

N.B. per istituto di cura s'intende qualsiasi entità ospedaliera funzionalmente autonoma, dipendente da una struttura pubblica (ad es. A.S.L.) o privata.

Rubbertino print

16/4



PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA

UNITA' OPERATIVA di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore Dr. Roberto Provaroni

SI CERTIFICA

Che in data _____ la sig.ra _____

Nata a _____ il _____

Ha partorito un feto nato morto alla _____ settimana di gravidanza (UMR _____)

Di sesso _____ del peso di gr. _____

Causa della morte _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge

Data _____ Firma del medico _____

SANITARIO NAZIONALE REGIONE DELL'UMBRIA
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 4 TERNI
Sede Legale - Via Bramante, 37 05100 Terni



PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA



AL DISTRETTO NARNI CENTRO

IL sottoscritto sig. _____

Chiede alla SV il permesso di trasporto e sepoltura del:

- ☐ prodotto abortivo di presunta età gestazionale inferiore alle 20 settimane
- ☐ prodotto abortivo di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane complete
- ☐ feto che ha presumibilmente compiuto 28 settimane di vita intrauterina.

Della gestante sig.ra _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Si allega certificato medico redatto il _____

Dal Dr. _____

Data _____ Firma _____

La domanda deve essere presentata entro le 24 ore dall'esplulsione o estrazione del feto.

REGIONE UMBRIA
CERTIFICATO NECROSCOPICO
(DPR n. 285/90)

Il sottoscritto _____, medico necroscopo, dichiara
di avere eseguito l'ispezione del cadavere _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____

L'identificazione della salma è stata possibile mediante:

- ☐ A documento _____ n. _____ rilasciato da _____
☐ B testimonianza di:
1. _____ documento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____ firma _____
2. _____ documento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____ firma _____
☐ C conoscente personale.

Il cadavere presenta i caratteri di una morte reale avvenuta il _____ / _____ / _____ alle ore _____
presso _____ in via _____ città _____
(domicilio, casa di cura, altro luogo)

accertata tramite:

- ☐ Segni abiotici consecutivi (ipostasi, rigidità, putrefazione, ecc.)
☐ Altro _____

Considerato che:

- ☐ Non ricorrono le ipotesi seguenti, non si dettano disposizioni.
☐ Ricorre la seguente situazione (segnare l'ipotesi che ricorre):
○ sussistono elementi che rendono necessario il nulla-osta dell'Autorità Giudiziaria
○ la morte è dovuta a malattia infettiva e diffusiva (comma 1 art. 11 DPR 258/90)
○ altro

nelle diverse operazioni dovranno essere rispettate le seguenti disposizioni _____

La sepoltura può avvenire dopo _____ ore dalla morte.

Il presente certificato è rilasciato in _____ il _____ alle ore _____

IL MEDICO NECROSCOPO
(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)