



ISTITUTO DON CALABRIA - OSPEDALE CLASSIFICATO "SACRO CUORE"
37024 NEGRAR (Verona) - Via Don A. Sempredoni, 5

DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA QUALITA' DI VITA DELLA DONNA
Direttore Dott. Marcello Ceccaroni

Segreteria: Tel. 045. 601. 3313 - Fax 0456000410

ISCRIZIONE AL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Cara Mamma,

La gravidanza, il parto e l'iniziale vita con il bambino rappresentano tappe evolutive intense, esaltanti e coinvolgenti della vita di una donna. Per prepararti a compiere questo importante cambiamento, le Ostetriche ti propongono un percorso insieme ad altre future mamme.

Il Corso di Accompagnamento alla Nascita prevede 8 incontri tenuti dalle Ostetriche della struttura presso **l'Aula di Psicoprofilassi Ostetrica** all'interno dell'Ospedale e 2 incontri rispettivamente con il Pediatra e con l'Anestesista presso il **Centro Formazione e Solidarietà o Sala Perez** dell'Ospedale.

Gli incontri si suddividono in una parte teorica e una pratica. Verranno trattati argomenti inerenti la gravidanza, il travaglio e il parto, l'allattamento (Linee Guida UNICEF), il post parto e il ritorno a casa (*il programma dettagliato è disponibile sul sito internet*).

Il corso è **gratuito** ed è possibile **isciversi entro la 24^a settimana di gravidanza** lasciando il tagliando compilato e l'impegnativa all'accettazione dei poliambulatori o scaricando il modulo dal sito dell'Ospedale ed inviandolo tramite posta elettronica, con allegata copia dell'impegnativa del medico di base riportante la dicitura "Corso di accompagnamento alla nascita" e codice di esenzione, all'indirizzo: ostetriche@sacrocuore.it.

Gli incontri si terranno negli ultimi due mesi di gravidanza e la data di inizio verrà comunicata telefonicamente dalle Ostetriche. Giorni e orari del corso verranno comunicati dall'Ostetrica in occasione del primo incontro.

Desidero partecipare al Corso di Accompagnamento alla Nascita:

Cognome _____ Nome _____

Nata il _____ / _____ / _____

Data dell'ultima mestruazione _____ / _____ / _____

Data presunta del parto _____ / _____ / _____

Comune di Residenza _____

Recapito telefonico _____

Data _____ / _____ / _____

Firma
