

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Certificazione sostituti latte materno (DIS.MO.0302.01).doc
		pag1/1

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEI SOSTITUTI DEL LATTE
MATERNO AI SENSI DEL D.M. 8.6.2001 E DGR 13-8266 DEL 25.2.2008**

Il/la sottoscritto/a _____

Pediatra del Punto Nascita di _____

Medico di Medicina Generale

CERTIFICA

Che la Sig.a _____ residente in _____

Via _____ madre del bambino _____

Nato a _____ il _____ presenta le seguenti controindicazioni
assolute all'allattamento al seno continuative o temporanee indicate dall'O.M.S.: (barrare la voce
che interessa)

- Sieropositività HIV e AIDS conclamato
- Sieropositività HTLV
- Psicosi post partum
- Cancro mammario
- Alcolismo e tossicodipendenza
- Herpes bilaterale al capezzolo
- Epatiti in fase acuta
- Assunzione permanente di farmaci e sostanze controindicate elencate nella tabella 1 Allegato A)
DGR 13-8266 del 25.2.2008

Situazioni particolari:

- morte materna
- agenesia mammaria e mastectomia bilaterale

e pertanto necessita della fornitura gratuita sino a 6 mesi di vita del bambino suindicato di sostituto
del latte materno.

_____ li, _____

Timbro e firma del Medico

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			