

VIDEO SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI  
*Never, Ever Shake a Baby (Mai scuotere un neonato)*

MODULO FIRMA GENITORE/I

I. Io sottoscritto/Noi sottoscritti sono consapevole/siamo consapevoli che lo scopo della visione del video *Never, Ever Shake a Baby (Mai scuotere un neonato)* è di far comprendere ai genitori che scuotere neonati o bambini piccoli comporta dei rischi, oltre a informarli sui sintomi della Sindrome del bambino scosso/Trauma cranico abusivo. Comprendo/Comprendiamo altresì l'importanza del fatto che entrambi i genitori guardino il video.

II. Io sottoscritto/Noi sottoscritti confermo/confermiamo di aver guardato il video sui pericoli dello scuotimento di neonati e bambini piccoli e sui sintomi della Sindrome del bambino scosso/Trauma cranico abusivo. Nel caso in cui l'altro genitore non sia disponibile, ho spuntato la casella qui sotto riportata a conferma del fatto che farò del mio meglio affinché le informazioni presentate in questo video gli vengano comunicate.

**SPUNTARE QUESTA CASELLA SE L'ALTRO GENITORE NON E' DISPONIBILE**

Genitore 1 Firma	Data	Genitore 2 Firma	Data
Genitore 1 Nome (in stampatello)		Genitore 2 Nome (in stampatello)	

III. Il (nome dell'ospedale o del centro di ostetricia) ha richiesto che io sottoscritto/noi sottoscritti guardi/guardiamo il video sui pericoli dello scuotimento di neonati e bambini piccoli e sui sintomi della Sindrome del bambino scosso/Trauma cranico abusivo. Io sottoscritto/Noi sottoscritti declino/decliniamo la richiesta di guardare il video.

Genitore 1 Firma	Data	Genitore 2 Firma	Data
Genitore 1 Nome (in stampatello)		Genitore 2 Nome (in stampatello)	