

A emplenar pel metge d'Atenció Primària o el ginecòleg del Servei Públic de Salut

Sr/Sra. _____ metge/essa del Servei Públic de la Salut de _____, col·legiat/ada núm. _____ especialista en _____ que assisteix habitualment la Sra. _____ amb número de DNI _____ que es troba en situació de:
embaràs lactància natural

Certifica (marqueu amb una creueta el que s'escaigui)

1. En cas d'embaràs

A) Sí presenta la gestant alguna patologia obstètrica i/o patologia associada a l'embaràs d'aquesta llista.

(a manera d'exemple, es consideren riscos obstètrics que incapaciten treballar):

- hiperèmesi en fase aguda
- marejos matinals en fase aguda
- anèmia amb Hb<9 g/dl
- creixement intrauterí retardat sever
- amenaça d'avortament
- amenaça de part prematur
- preeclàmpsia: edema gestacional sever
- preeclàmpsia: HTA severa
- agreujament sever de malalties prèvies a l'embaràs
- varius en fase aguda
- hemorroides en fase aguda
- lumbàlgia en fase aguda
- embaràs múltiple amb risc
- antecedents reproductius
- d'altres

B) No presenta la gestant cap patologia obstètrica i/o patologia associada a l'embaràs.

L'edat gestacional és de _____ setmanes i _____ dies Embaràs múltiple

La data prevista del part és - -

2. En cas de lactància natural

Que el nadó rep lactància natural en el moment actual.

Que el nadó no rep lactància natural des del dia - -

I, perquè consti, firmo aquest certificat a _____, _____ de/d' _____ de _____

Firma del metge/essa