

A cubrir polo médico de atención primaria ou xinecólogo do Servizo Público de Saúde

Sr/Sra médico do Servizo Público de Saúde
 de , colexiado núm. especialista en
 que asiste habitualmente á Sra. co
 número de DNI que se atopa en situación de:
 Embarazo Lactación natural

Certifica

1. En caso de embarazo (marque o que proceda)

A) Se presenta a xestante algunha patoloxía obstétrica e/ou patoloxía asociada ó seu embarazo, do seguinte listado:

(a modo de exemplo, considéranse riscos obstétricos que incapacitan para traballar)

- Hiperémese en fase aguda
- Anemia con Hb<9 g/dl
- Ameaza de aborto
- Preeclampsia: edema xestacional severo
- Agravación severa de enfermidades previas ó embarazo
- Hemorroides en fase aguda
- Embarazo múltiple con risco
- Outros
- Mareos matutinos en fase aguda
- Crecemento intrauterino retardado severo
- Ameaza de parto prematuro
- Preeclampsia: HTA severa
- Varices en fase aguda
- Lumbalxia en fase aguda
- Antecedentes reprodutivos

B) Non presenta a xestante ningunha patoloxía obstétrica e/ou patoloxía asociada ó seu embarazo

A idade xestacional é de semanas e días Embarazo múltiple

A data prevista de parto é - -

2. En caso de lactación natural

Que o fillo está a recibir lactación natural no momento actual

Que o fillo non recibe lactación natural dende a data - -

E para que conste, asino en , a de de

Sinatura do médico