

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER I.V.G.
CON METODO FARMACOLOGICO**

Io sottoscritta

Cognome e Nome della paziente _____

Codice I.S.S. _____ nata a _____

il _____ residente a _____

Cognome e nome dei genitori (in caso di minore)

Madre _____ Padre _____

Cognome e nome del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di
autonomia decisionale) _____

Dichiaro che il

Dott./Prof. _____

mi ha fornito, in approfondito colloquio, informazioni adeguate sulla natura degli interventi idonei ad interrompere la gravidanza, come da me richiesto, sulle loro conseguenze, rischi e controindicazioni, anche al fine di permettermi di scegliere se interrompere la gravidanza attraverso un intervento chirurgico o con un trattamento farmacologico a base di mifepristone e misoprostolo, quest'ultimo possibile solo entro la 9 settimana (63 gg). Dal momento che ho espresso la mia preferenza per il ricorso all'intervento farmacologico dichiaro:

- avere avuto le informazioni sull'interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e avere avuto le risposte alle mie domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico
- avere capito di essere nelle condizioni di potere scegliere l'aborto con "metodo medico", poichè dai dati clinici risulta che la mia gravidanza è di epoca gestazionale appropriata. (inferiore a 63 gg)
- avere compreso quali farmaci mi verranno somministrati, e con quali modalità
- avere capito che esiste una piccola probabilità che l'aborto possa verificarsi già dopo l'assunzione del mifepristone, prima dell'assunzione del misoprostolo
- avere capito che potrebbe essere necessario un ricovero
- avere capito che in una piccola percentuale di casi l'aborto non avviene completamente e che potrebbe quindi essere necessario prendere altri provvedimenti medici o chirurgici
- avere capito che le perdite ematiche vaginali saranno più abbondanti di un normale flusso mestruale e che in una piccola percentuale di casi, se eccessive, potrebbero condurre anche alla necessità di un raschiamento chirurgico
- essere stata informata che, come per l'aborto chirurgico, non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione come conseguenza dell'insorgere in una forte emorragia e/o di una grave anemia.

- sapere che potrò abbandonare il trattamento in qualunque momento del percorso, consapevole del fatto che in questo caso l'aborto potrebbe comunque avvenire nei giorni successivi
- essere stata informata che, se la gravidanza dovesse proseguire dopo il trattamento (< 1%) o nel caso in cui decidessi di interrompere il percorso, vi sarebbe una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita e, nel caso confermassi la scelta di abortire, mi verrebbe proposto l'aborto chirurgico
- essere stata informata su quali sono i prevedibili sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti sintomatici consigliati
- essere stata informata sul numero telefonico (0549/994935-994936) a cui rivolgermi c/o Consultorio nei seguenti orari Lunedì –Mercoledì dalle 8.00-17.30 e martedì- giovedì-venerdì dalle 8-14 per dubbi o informazioni suppletive. Nei giorni di chiusura del consultorio chiamare il 0549/994506 reparto di Ginecologia.
- essere stata informata che dovrò presentarmi presso il Consultorio tra circa 14 giorni per accertare che l'aborto sia avvenuto senza complicazioni
- Essere stata edotta dei rischi sopraesposti connessi alla procedura
- essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.
- avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

A questo riguardo dichiaro di avere ricevuto e compreso le informazioni fornitemi, i risultati attesi dalla procedura, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta, e quindi, in piena coscienza acconsento all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Quindi, consapevolmente, decido di chiedere il trattamento farmacologico per l'interruzione volontaria di gravidanza e di seguire le istruzioni che mi verranno date su come comportarmi, sia per le evenienze prevedibili e sia per quelle imprevedibili, dichiarando di

AUTORIZZARE l'intervento di I.V.G. farmacologica NON AUTORIZZARE l'intervento di I.V.G. farmacologica

Dichiaro altresì di AUTORIZZARE NON AUTORIZZARE eventuali trasfusioni di sangue e/o plasmaderivati dovessero rendersi necessari.

Data _____

FIRMA DELLA PAZIENTE _____
(o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____
che acquisisce il consenso

PRIVACY

In ottemperanza alle disposizioni in materia di privacy, nessuna informazione potrà essere fornita a parenti o accompagnatori salvo preventivo consenso rilasciato dalla paziente.

Telefono: _____

Nominativo: _____

Firma della paziente
o di chi esercita la potestà genitoriale o tutoriale _____