

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER I.V.G. CHIRURGICA

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 giorni). Dal momento che ho espresso la mia preferenza per il ricorso all'intervento chirurgico in regime di ricovero in day-surgery sono stata informata:

- che se la richiesta di IVG viene effettuata per gravidanza oltre la 9° settimana di gravidanza è indicato procedere con procedura chirurgica essendo sconsigliata la procedura farmacologica oltre la 9 settimana di gravidanza.

- delle modalità di controllo del dolore durante l'intervento in anestesia locale ovvero in anestesia generale;

- delle modalità con cui verrà effettuata la interruzione chirurgica della gravidanza e delle possibili complicanze correlate all'intervento e al tipo di anestesia scelta;

- della possibilità di una preparazione farmacologica della cervice all'intervento, dei vantaggi e svantaggi di tale procedura anche in relazione ai farmaci utilizzati e alla loro via di somministrazione;

- che non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione come conseguenza dell'insorgere in una forte emorragia e/o di una grave anemia.

- del fatto che, in alcuni casi rari, nonostante l'intervento chirurgico la gravidanza

potrebbe proseguire e che in tal caso sarà necessario procedere ad un ulteriore intervento chirurgico

- del fatto che dovrò eseguire una visita di controllo entro 2-3 settimane dall'intervento presso il Consultorio

- del fatto che posso decidere di rinunciare all'intervento in qualsiasi momento.

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 chirurgico 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. chirurgica

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

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

FIRMA DELL'ASSISTITA _____

Firma dei genitori (in caso di minorenni) _____

Firma del tutore legale (in caso di persona sotto tutela) _____

Confermo di aver fornito alla Signora adeguate informazioni, anche scritte, sull'intervento e ritengo che queste siano state comprese.

Data _____ Firma del medico _____

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 _____