

**4bis - CONSENSO ALLA INTERRUZIONE
VOLONTARIA DI GRAVIDANZA PER VIA
FARMACOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO
ORDINARIO**

Io sottoscritta _____

Nata il _____ a _____

Dichiaro che il medico curante dott./prof. _____

mi ha fornito, in approfondito colloquio ed attraverso la consegna di materiale informativo, 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 ovvero con un trattamento farmacologico a base di mifepristone e misoprostolo.

Dal momento che ho espresso la mia preferenza per il ricorso ad un trattamento farmacologico optando per il regime di ricovero ordinario che comporta una degenza continuativa in ospedale per un periodo di durata variabile con un minimo di 3 giorni e fatto salvo il controllo al 14° giorno, sono stata informata in particolare:

- degli accertamenti cui sarò sottoposta preventivamente e dei controlli successivi al trattamento farmacologico che saranno necessari per verificare lo stato della mia gravidanza;
- delle modalità con cui verrà effettuata la interruzione farmacologica della gravidanza, del meccanismo d'azione e dei possibili rischi che l'assunzione di questi farmaci può comportare;
- del fatto che, in alcuni casi, il trattamento cui sarò sottoposta potrebbe non comportare la interruzione della gravidanza;
- del fatto che posso decidere di sospendere il trattamento in qualsiasi momento;
- del fatto che, se la gravidanza dovesse continuare dopo il trattamento con mifepristone e misoprostolo, esiste la possibilità di malformazioni congenite. In questo caso, considererò con il mio medico curante le diverse possibilità, che comprendono anche la interruzione chirurgica della gravidanza.
- della possibilità di effettuare il medesimo profilo di trattamento in regime di ricovero di day hospital.

Firma della Signora

Confermo di aver fornito alla Signora adeguate informazioni sul trattamento e ritengo che queste siano state comprese.

Firma del Medico

IN CASO DI PRESCRIZIONE DI MISOPROSTOLO (400 μ gr per via orale)

Dichiaro che il medico curante mi ha fornito le informazioni sul farmaco, per il quale sono disponibili dati favorevoli di sperimentazioni cliniche che ne dimostrano l'efficacia e che in altri paesi europei è utilizzato per l'interruzione volontaria di gravidanza, e acconsento al trattamento.

Firma della Signora

Confermo di aver fornito alla Signora adeguate informazioni sul trattamento e ritengo che queste siano state comprese.

Firma del Medico
