

Allegato 6.



Consenso informato per il trattamento dell'aborto spontaneo ritenuto o incompleto con metodo farmacologico in regime di D.H

Io sottoscritta _____,
nata a _____ il _____, al fine di poter accedere alla procedura di interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico, dichiaro di aver letto tutte le informazioni consegnatemi, e di aver avuto risposta alle mie domande su tale procedura.

DICHIARO DI AVER CAPITO:

1. di essere nelle condizioni di potere scegliere il metodo farmacologico, poiché la gravidanza è dentro l'utero e di epoca gestazionale inferiore a 63 giorni
2. quali farmaci mi verranno somministrati, come e quando
3. che nel 5% dei casi potrei avere un sanguinamento, anche abbondante e con grossi coaguli già dopo l'assunzione del primo farmaco e che, in occasione del ricovero in DH, il medico deciderà se eseguire ulteriori accertamenti prima della somministrazione del secondo farmaco
4. quali sono i sintomi che accompagneranno l'aborto
5. che nel 2-5% dei casi l'espulsione non è completa e che potranno quindi essere necessari ulteriori trattamenti, medici o chirurgici
6. che, una volta dimessa dall'ospedale, in caso di comparsa di complicazioni, dovrò rivolgermi tempestivamente all'ospedale di riferimento, dove potrebbe anche rendersi necessario un ricovero
7. che le perdite di sangue saranno generalmente più abbondanti di una normale mestruazione e che nell'1-3% dei casi, se eccessive, potranno richiedere un trattamento chirurgico
8. che nello 0,1% dei casi è necessaria una trasfusione di sangue come conseguenza di una forte emorragia e/o di una grave anemia
9. che il rischio di morte per complicazioni (rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto, mediche o chirurgiche) è stimato nel mondo in circa 1/100.000 aborti
10. di essere stata informata che non vi sono evidenze scientifiche sull'utilità della somministrazione profilattica di antibiotici, ma che, se dovesse comparire febbre resistente agli antipiretici (ad es. paracetamolo), dovrò recarmi in ospedale per un controllo
11. di avere ricevuto indicazioni circa l'ospedale di riferimento cui rivolgermi in caso di necessità
12. di impegnarmi ad eseguire un controllo della betaHCG, due settimane dopo l'assunzione del secondo farmaco, il misoprostolo
13. di aver ricevuto un indirizzo mail o un numero telefonico a cui rivolgermi per consigli e per comunicare il risultato della betaHCG plasmatica
14. di impegnarmi a sottopormi a visita ed eventuale ecografia su indicazione del/la ginecologo/a

Avendo letto e compreso tutte le informazioni date, ed avendo avuto risposte esaurienti alle mie domande, dal Dott./dalla Dott.ssa _____,

io sottoscritta decido quindi di chiedere il trattamento farmacologico per l'aborto spontaneo ritenuto o incompleto, impegnandomi a seguire le istruzioni che mi verranno date.

Roma, li _____

Firma della donna

Firma e timbro del medico