

Consenso informato per la procedura farmacologica ambulatoriale per l'aborto spontaneo ritenuto o incompleto

Io sottoscritta

nata a il, dichiaro di
aver letto tutte le informazioni sul metodo farmacologico, e di aver avuto risposta alle mie domande su tale procedura,
che chiedo di poter eseguire in regime ambulatoriale.

DICHIARO DI AVER CAPITO:

1. che il **regime ambulatoriale, non prevedendo il ricovero in ospedale**, richiede da parte mia un'attenta vigilanza sulla possibile comparsa di complicazioni;
2. quali farmaci mi verranno somministrati, come e quando;
3. che, anche se nel 5% dei casi un sanguinamento abbondante, anche con grossi coaguli, potrebbe far supporre che l'espulsione sia avvenuta, in assenza di problemi non sono necessari accertamenti ulteriori prima di prendere il secondo farmaco;
4. che il **secondo farmaco deve essere preso comunque**, secondo le indicazioni ricevute dai medici;
5. quali sono i sintomi che accompagneranno l'espulsione e i trattamenti consigliati;
6. che nel 2-5% dei casi l'espulsione non avviene o non avviene completamente e che potranno quindi essere necessari ulteriori trattamenti, medici o chirurgici;
7. che, in caso di comparsa di complicazioni, dovrò rivolgermi tempestivamente all'ospedale di riferimento, dove potrebbe anche rendersi necessario un ricovero;
8. che le perdite di sangue saranno generalmente più abbondanti di una normale mestruazione e che nello 0,3-2,6% dei casi, se eccessive, potranno richiedere un trattamento chirurgico;
9. che non si può escludere la rara possibilità (0,1% dei casi) di una trasfusione come conseguenza di una forte emorragia e/o di una grave anemia;
10. che il rischio di morte per complicazioni (rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto, mediche e chirurgiche) è stimato nel mondo in circa 1/100.000 aborti;
11. che non vi sono evidenze scientifiche sull'utilità della somministrazione profilattica di antibiotici, ma che se dovesse comparire febbre resistente agli antipiretici (paracetamolo) dovrò recarmi in ospedale per un controllo.

DICHIARO INOLTRE:

1. di avere ricevuto indicazioni circa l'ospedale di riferimento cui rivolgermi in caso di necessità;
2. di impegnarmi ad eseguire un controllo della betaHCG due settimane dopo l'assunzione del secondo farmaco, il misoprostolo;
3. di aver ricevuto un indirizzo mail o un numero telefonico cui rivolgermi per consigli, per comunicare il risultato della betaHCG e per ricevere indicazioni su eventuali ulteriori controlli;
4. di impegnarmi a sottopormi a visita ed eventuale ecografia su indicazione del ginecologo che ha valutato il risultato delle betaHCG plasmatiche.

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 ambulatoriale, senza ricovero ospedaliero, impegnandomi a seguire le istruzioni che mi verranno date.

Roma, li

Firma della donna

Firma e timbro del medico