

CONFIRMATION DE DEMANDE D'IVG Par voie médicamenteuse à domicile

(Ce formulaire de consentement éclairé à l'IVG est à conserver par le praticien réalisant la procédure d'IVG)

Je, soussignée Madame (nom et prénom)
née le confirme que je décide d'interrompre ma grossesse ainsi que la loi m'y autorise.

- Je sais que cette interruption peut se faire par la méthode médicamenteuse ou par la méthode chirurgicale. J'ai choisi la méthode médicamenteuse d'interruption de grossesse en accord avec le délai légal.
- Je déclare avoir pris connaissance du contenu du « dossier-guide IVG » et être informée du déroulement de l'IVG.
- J'atteste que les contre-indications de cette méthode m'ont été expliquées.
- Les coordonnées de l'établissement de santé de référence à contacter en cas d'urgence m'ont bien été indiquées par écrit.
- J'ai compris :
 - que la prise du comprimé de Mifépristone, qui interrompt la grossesse, doit être obligatoirement suivie, 36 à 48 heures plus tard, de l'administration du Misoprostol, qui provoque l'expulsion de la grossesse,
 - qu'il est recommandé que je ne sois pas seule à mon domicile après la prise du misoprostol,
 - que la visite de contrôle, au cabinet du médecin/sage-femme, 14 jours au minimum à 21 jours au maximum, après la prise de Mifépristone, est indispensable pour vérifier l'efficacité de l'IVG.
- Je sais que cette méthode n'est pas efficace à 100% et certifie avoir été informée des complications éventuelles.
- En cas d'échec de l'IVG par voie médicamenteuse, l'interruption de grossesse sera obtenue par des moyens chirurgicaux à l'établissement de santé de référence.
- En cas d'échec de l'IVG par voie médicamenteuse, si je décide de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risque pour l'enfant à naître.

Identité de la patiente :

A

Le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »