

CONFIRMATION DE DEMANDE D'IVG Par voie médicamenteuse à domicile

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

Je, soussignée Madame (nom et prénom) confirme que j'ai décidé 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.
- 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 - adresse précise et numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention – 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, 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 »

MINEURE EN DEMANDE D'IVG

Si la femme est mineure non émancipée, la remise du consentement écrit d'un parent ou d'un représentant légal est nécessaire.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame.....

En qualité de : Père Mère Tuteur légal

Détenteur/trice de l'autorité parentale, autorise la mineure :

NOM, Prénom :

Date de naissance :/...../.....

A effectuer une interruption volontaire de grossesse.

Fait à

Le :/...../.....

Signature des parents ou de l'autorité qualifiée :



Si la mineure souhaite garder le secret ou si elle n'obtient pas le consentement des parents, la mineure désigne un majeur référent l'accompagnant.

Je soussigné(e), Madame.....

Etant mineure et n'ayant pas de consentement écrit de l'autorité parentale pour la réalisation de mon IVG, désigne un adulte référent pour m'accompagner dans toutes mes démarches en lien avec mon IVG.

Cet accompagnant majeur ne se substitue pas aux parents, sa responsabilité civile ou pénale ne peut être engagée. Il intervient à titre gratuit. Il est tenu au secret.

Fait à

Le :/...../.....

Signature de la mineure en demande d'IVG :

Le rôle du majeur accompagnant est d'apporter une aide morale, une écoute, et éventuellement une présence le jour de l'IVG. Il est obligatoirement présent à la sortie d'hospitalisation si l'IVG a nécessité une anesthésie. Le fait que la personne accompagnante soit majeure doit pouvoir être vérifié. Les modalités d'accompagnement sont définies par la mineure et le majeur. Les modalités de la vérification de la majorité de l'accompagnant ne sont pas spécifiées dans les textes réglementaires, mais il est nécessaire de rencontrer la personne majeure au plus tard avant la prise des premiers médicaments pour s'assurer de son existence et de son âge. L'identité de cette personne est couverte par le secret.

La vérification est mentionnée par écrit dans le dossier médical et une attestation du choix du majeur accompagnant est établie.