



**CONSENSO INFORMATO PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (I.V.G)
CON METODO FARMACOLOGICO**

RAG 14

MOD. AMB./Ost. Gin. Rev. 00

Data: 03/4/2020

DIREZIONE SANITARIA

Pagina 1 di 2

Gentile Signora,

La tutela del diritto alla scelta della donna di non dar seguito alla gestazione e la garanzia di ricevere un'assistenza sanitaria di alto profilo specialistico sono i capisaldi della suddetta norma, il tutto preservando sempre il diritto alla riservatezza. Tutto il personale sanitario ed amministrativo è vincolato al segreto professionale, la cui violazione rappresenta un reato perseguibile. Soltanto l'autorità giudiziaria nell'ambito dell'esercizio delle proprie funzioni può acquisire informazioni in merito.

Per la Costituzione Italiana ogni atto medico richiede, per essere corretto, l'assenso dell'interessata, dopo adeguata informazione. Pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura medica Le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento al momento del ricovero. La prestazione che ha richiesto, ai sensi della legge 194 del 1978, è quella dell'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico.

Queste note forniscono qualche informazione aggiuntiva sull'assistenza che Lei riceverà in questo ospedale nel caso in cui scelga di interrompere la gravidanza con un trattamento farmacologico. Esse non intendono in nessun modo sostituire il colloquio con il suo medico.

L'I.V.G. farmacologica richiede la presenza in ospedale per tre giorni in regime di day hospital: per l'assunzione dei farmaci e per la visita di controllo. E' possibile effettuare il medesimo profilo di trattamento anche in regime di ricovero ordinario che comporta una degenza continuativa per un periodo di durata variabile con un minimo di 3 giorni e fatto salvo il controllo al 14° giorno.

CRITERI PER L'AMMISSIONE ALLA PROCEDURA

Gravidanza in utero con datazione ecografica ≤ 90 giorni
Possesso del Certificato per I.V.G.
Consenso informato per trattamento farmacologico

Modulo informativo

L'aborto indotto farmacologicamente è un aborto provocato simile all'aborto spontaneo dovuto all'assunzione di due farmaci entro la settima settimana di gravidanza, contando dal primo giorno di mestruazione. Il primo farmaco, il mifepristone, blocca l'attività del progesterone, ormone che consente l'impianto ed il proseguimento della gravidanza nelle prime settimane, determinando in questo momento l'interruzione della gravidanza. Dopo l'assunzione del mifepristone di solito non ci sono sintomi significativi, solo nel 3-4% delle donne può iniziare una mestruazione, anche abbondante. Il secondo farmaco, il misoprostolo, assunto dopo 48 ore dal primo, è una prostaglandina e agisce determinando contrazioni uterine e l'inizio di una perdita ematica simile ad una mestruazione abbondante durante la quale verranno espulsi i tessuti embrionali (l'embrione a queste epoche di gravidanza misura dai 2 agli 8 mm). Tale perdita ematica simile alla mestruazione oltre ad essere abbondante potrà protrarsi per diversi giorni oltre quelli abituali. Dopo 14 giorni dall'assunzione del misoprostolo è previsto un controllo clinico ed ecografico per verificare l'avvenuto aborto ed escludere la necessità di ulteriori trattamenti (medici o chirurgici). In circa il 95-98% dei casi non sarà necessario alcun trattamento chirurgico. Nel **2-5% dei casi sarà necessaria revisione di cavità chirurgica**, in caso di aborto incompleto. Nel caso estremamente raro che la gravidanza dovesse continuare dopo l'assunzione di mifepristone e misoprostolo, esiste la possibilità di malformazioni congenite. Le perdite ematiche (emorragia) sono analoghe a quelle che si verificano in un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore ("mestruazioni abbondanti"). Per valutare oggettivamente l'emorragia occorre confrontarla con la propria emorragia mestruale. Il flusso sarà abbondante con dolori e perdite di "coaguli" per alcune ore, dopo aver avuto delle perdite di sangue più scarse di prima. Le perdite di sangue più ridotte (minori di un flusso mestruale) continueranno per alcuni giorni (in media 9 giorni). La paziente dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive, avrà cambiato quattro assorbenti "maxi" o "large" (del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte") o se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti. In questo caso potranno esserle prescritti dei farmaci e nell'1-3% dei casi sarà necessario un raschiamento. I sintomi che potrebbero insorgere sono: **Dolori crampiformi addominali** di tipo mestruale, Un **mal di testa** si può verificare dal 2 al 30% dei casi, **Nausea** (40-60%) e **vomito** (20%) possono essere presenti, La **diarrea** (10-20%) è transitoria o Un **rialzo febbrile inferiore a 38 gradi** è normale

SCHEMA DEL TRATTAMENTO

Il metodo farmacologico per l'interruzione della gravidanza prevede l'uso di una dose di mifepristone (anti-progesterone) seguita da una o più dosi di prostaglandine, per via orale o vaginale. L'associazione mifepristone/misoprostolo rappresenta la modalità più diffusa. Lo schema proposto dai produttori del mifepristone e approvato da FDA (Food and Drug Administration) e AIFA è il seguente: - 600 mg di mifepristone orale seguita, dopo circa 48 ore, da 400 mg di misoprostolo orale.

CRITERI DI ESCLUSIONE AL TRATTAMENTO

CLINICI	NON CLINICI
<ul style="list-style-type: none"> Sospetto di gravidanza extrauterina o di masse annessiali non precedentemente diagnosticate o presenza di IUD Convulsioni non controllate o Iperpiressia da causa non determinata Terapia corticosteroidica in atto da lungo tempo Insufficienza surrenalica cronica Anemia grave Porfria Disordini della coagulazione e trattamenti in corso con anticoagulanti Intolleranza o allergia al mifepristone o al misoprostolo Malattia epatica, renale O respiratoria severa Iperensione non controllata Malattia cardiovascolare (angina, valvulopatie, aritmie, scompensO) 	<ul style="list-style-type: none"> Persone che non comprendono le istruzioni per problemi linguistici (nonostante l'attivazione di mediatori culturali) o altre barriere Persone labili psicologicamente con evidente inadeguatezza a gestire l'evento Persone che non possono ritornare ai controlli previsti



**CONSENSO INFORMATO PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (I.V.G)
CON METODO FARMACOLOGICO**

RAG 14

MOD. AMB./Ost. Gin. Rev. 00

Data: 03/4/2020

DIREZIONE SANITARIA

Pagina 2 di 2

CONSENSO

La/Il sottoscritta/o _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____

il genitore o tutore legale di

DICHIARA, nel rispetto del principio dell'autonomia della persona e l'autodeterminazione decisionale di chi necessita e richiede una prestazione medico-chirurgica, di:

- Ha letto le informazioni consegnate sull'interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e che ha avuto le risposte alle sue domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico
- Ha capito che è nelle condizioni di potere scegliere l'aborto con "metodo medico", poiché dai dati clinici risulta che la sua gravidanza è dentro l'utero e di epoca gestazionale appropriata. (inferiore a 49 gg)
- Ha compreso quali farmaci le verranno somministrati, come e quando
- Ha capito che c'è una piccola probabilità che l'aborto possa verificarsi già dopo l'assunzione del mifepristone, prima dell'assunzione del misoprostol
- Ha capito che può essere necessario un ricovero
- Ha capito che in una piccola percentuale di casi l'aborto non avviene completamente e che potrà quindi essere necessario prendere altri provvedimenti medici o chirurgici
- Ha capito che le perdite ematiche vaginali saranno più abbondanti di un normale flusso mestruale e che in una piccola percentuale di casi, se eccessive, potranno condurre anche alla necessità di un raschiamento chirurgico
- È stata informata che, come per l'aborto chirurgico, non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione come conseguenza dell'insorgere in una forte emorragia e/o di una grave anemia. In tale eventualità le verrà chiesto di sottoscrivere un ulteriore documento di autorizzazione
- Sa che potrà abbandonare il trattamento in qualunque momento ma sa anche che in questo caso è probabile comunque che l'aborto avvenga nei giorni successivi
- È stata informata che, se la gravidanza dovesse proseguire dopo il trattamento (< 1%) o per la sua decisione di interromperlo, vi sarebbe una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita e, nel caso confermasse da scelta di abortire, le verrebbe proposto l'aborto chirurgico
- È stata informata su quali sono i prevedibili sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti sintomatici consigliati
- È stata informata sul numero telefonico a cui rivolgersi per consigli e sa che potrà recarsi a qualsiasi ora presso il reparto
- Sa che dovrà venire tra circa 14 giorni per accertare che l'aborto sia avvenuto senza complicazioni
- Essere stato Edotto dei rischi sopraesposti connessi alla procedura
- di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.
- di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e documentali fornitemi, i risultati attesi dalla procedura, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta, e quindi, in piena coscienza acconsento all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Quindi, consapevolmente, decide di chiedere il trattamento farmacologico e di seguire le istruzioni che le verranno date su come comportarsi, sia per le evenienze prevedibili e sia per quelle imprevedibili, dichiarando di

DARE IL CONSENSO NON DARE IL CONSENSO all'intervento di I.V.G.

inoltre ACCONSENTO NON ACCONSENTO

i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Data	Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)	
	Timbro e Firma del Medico che acquisisce il consenso	
PRIVACY	In ottemperanza alle disposizioni in materia di privacy, nessuna informazione potrà essere fornita a parenti o accompagnatori salvo preventivo consenso rilasciato dalla paziente	Telefono:
	Firma del Paziente	Nominativo: