



## CONSENSO INFORMATO ALLA CONTRACCEZIONE CON LEVONORGESTREL ( PZ MINORENNE CON ETA' TRA I 13 E I 17 ANNI)

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Rilasciato a \_\_\_\_\_ con scadenza  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Richiede la prescrizione di Levonorgestrel ( Pillola dei giorno dopo) e a tale fine :  
Dichiara***

Di avere esposto correttamente ed esaurientemente al medico tutte le circostanze in merito alle motivazioni della richiesta e **di essere stata adeguatamente informata** dal D0tt. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ come da riferimento del registro n \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Sul significato della "Pillola del giorno dopo " (Levonorgestrel) che rappresenta una contraccezione di emergenza e non deve in nessun caso sostituire l'uso di un metodo anticoncezionale regolare
- Circa le modalità , gli svantaggi e i possibili rischi generali e specifici , gli effetti collaterali , le controindicazioni immediate e tardive della assunzione della pillola del giorno dopo
- Sugli effetti collaterali più comuni che possono verificarsi : nausea , vomito , astenia , cefalea , dolori addominali , perdite ematiche uterine , vertigini , tensione mammaria , alterazioni del ciclo , tromboembolismo , e altri meno frequenti come diarrea e perdite vaginali ma che comunque non è possibile escludere altri effetti collaterali ancora non noti , diversi per tipologia o gravità
- Sulle controindicazioni ed in particolare che le trombofilie congenite ( rilevabili solo dopo esami che non possono essere eseguiti in urgenza ) sono una controindicazione alla assunzione del farmaco
- Che anche l'assunzione corretta e tempestiva della "pillola del giorno dopo" non dà certezza assoluta dell'efficacia del farmaco e che pertanto potrebbe essere necessario verificare con indagini specifiche e differite la non insorgenza di gravidanza.

Il sottoscritto Dr \_\_\_\_\_ ha verificato che la scelta di non informare i genitori della minore deriva da una precisa richiesta della stessa e che tale espressione di volontà proviene da una persona con buona maturità psichica e con piena capacità di discernimento e autodeterminazione ( sogg non interdetto e non inabilitato).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_