



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 Dott. _____ 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 (soggetto non interdetto e non inabilitato).

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____