

MODÈLE

**Confirmation de demande**

**d’une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)\***

Je soussignée, Madame

Née le ………/………/……….

déclare confirmer ma décision d’interrompre ma grossesse.

J’ai clairement été informée par

(nom du médecin ou de la sage-femme), en date du ………/………/………. que cette interruption de grossesse peut se faire par la méthode médicamenteuse ou par la méthode chirurgicale.

J’ai clairement été informée du déroulement de l’IVG et j’ai compris les risques éventuels que comporte cet acte.

J’ai compris que la méthode médicamenteuse n’est pas efficace à 100% et qu’en cas d’échec, la méthode chirurgicale peut être nécessaire.

Je reconnais avoir pris connaissance du document d’information qui m’a été remis.

Dans le cadre d’une consultation non médicale préalable à l’IVG\*\*, j’ai été reçu par

(nom du professionnel habilité),

le ………/………/……….

**IDENTITE DE LA PATIENTE :**

NOM :

PRÉNOM :

Fait à , le ……../……/…….….

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de la patiente  précédée de la mention « Lu et approuvé » | Signature du praticien |
|  |  |

*\* Cette confirmation ne peut intervenir qu’à l’expiration d’un délai de deux jours suivant la consultation non médicale préalable à l’IVG, si la patiente a bénéficié de cette consultation. (article L2212-5 du Code de la santé publique tel qu’applicable en Polynésie française)*

*\*\* La consultation non médicale préalable à l’IVG est obligatoire pour la patiente mineure non émancipée*