

G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
<13	13- <14	14- <15	15- <16	16- <17	17- <18						
I.V.G.	Aborto Spontaneo	Percorso Nascita									



A.S.L.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Direttore:

## RICHIESTA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA DA PARTE DI MINORENNI

SEDE CONSULTORIALE						DATA	
Cognome				Nome			
Luogo e data di nascita							
Cittadinanza			Eventuale intervento del mediatore linguistico/culturale				
Residenza							
Recapito Telefonico		Minore accompagnata da	Madre	Padre	Madre e Padre	Altri	Nessuno
Stato Civile		Titolo di studio			Occupazione		
NUBILE		Nessuno			Studentessa		
Coniugata		Licenza elementare			Nessuna		
Convivente		Licenza media					
Separata legalmente		Diploma superiore					
Divorziata		Altro					

**PARA** \_\_\_\_\_

### Accertamento dello Stato di Gravidanza

<b>Colloquio di accoglienza</b>		Data	Firma dell'Operatore
<b>Test di gravidanza</b>		Data	Firma dell'Operatore o del Medico
<b>Ecografia di datazione</b>		Data	Firma del Medico richiedente
<b>Visita ginecologica</b>		Data	Firma del Medico

PADRE	
Cognome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
	Stato civile.
RECAPITO TELEFONICO	L'utente acconsente al contatto telefonico diretto e con la minore Data e Firma del Padre

MADRE	
Cognome	Nome .
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Cittadinanza	Stato civile
RECAPITO TELEFONICO	L'utente acconsente al contatto telefonico diretto e con la minore Data e Firma della Madre

TUTORE	
Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Cittadinanza	.
RECAPITO TELEFONICO	L'utente acconsente al contatto telefonico diretto e con la minore Data e Firma del Tutore

Informazione ed assenso degli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela	
Gli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela sono entrambi informati ed autorizzano l'I.V.G.	
Gli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela sono entrambi informati e non autorizzano l'I.V.G.	
Gli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela sono entrambi informati, ma esprimono pareri difformi	
La minore chiede di NON informare gli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela	
Gli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela sono entrambi assenti dal territorio nazionale	
Uno degli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela è impossibilitato all'esercizio	
L'esercizio della responsabilità è di un solo genitore a causa della morte dell'altro	
La minore non possiede documenti attestanti la propria identità	
L'identità degli esercenti la responsabilità genitoriale o tutela è dubbia	

### Sostegno ad una scelta responsabile

Colloquio con l'interessata per approfondire gli elementi che hanno portato alla scelta		
Colloquio informativo sulle procedure previste dalla L.194/78		
Descrizione del percorso		
Valutazione con l'interessata di possibili alternative all'I.V.G.		
Informazioni su interventi possibili a sostegno socio-economico in gravidanza e dopo il parto		
Informazioni su associazioni di volontariato e riferimenti di legge		
Data	Firma dell'Operatore	

<b>Colloquio con l'Assistente Sociale</b>	Data	Firma dell'Assistente Sociale
NOTE		
<b>Colloquio Psicologico</b>	Data	Firma dello Psicologo
NOTE		

<b>CERTIFICAZIONE</b>	7 GIORNI	URGENZA	Data	Firma del Medico
NOTE				
Eventuale valutazione delle condizioni di cui all'Art. 6 della L.194/78 in caso di gestazione <b>oltre i 90 giorni</b> ed invio a Servizio Ginecologico Ospedaliero			Data	Firma del Medico
NOTE				

<b>Relazione medica per il Giudice Tutelare</b>	Data invio o consegna		Firma del Medico relazionante
<b>Relazione psico-sociale per il Giudice Tutelare</b>	Data invio o consegna		Firma dell'operatore
<b>Richiesta di udienza al Giudice Tutelare</b>	Data richiesta	Data appuntamento	Data e firma dell'operatore
<b>Accompagnamento della minore dal Giudice Tutelare</b>	Data accompagnamento		Firma dell'operatore accompagnatore
<b>Provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare</b>	Autorizzazione		Data protocollo di arrivo
	SÌ	NO	

<b>Contatto con la struttura ospedaliera identificata per l'intervento</b>	Data	Firma dell'Operatore
<i>NOTE</i>		
<b>Accompagnamento della minore presso la struttura ospedaliera</b>	Data	Firma dell'operatore
<b>Appuntamento per la visita di controllo e counseling contraccettivo</b>	<i>Data Appuntamento</i>	Data e Firma dell'Operatore
<b>Appuntamento per colloquio psicologico post - I.V.G.</b>	<i>Data Appuntamento</i>	Data e Firma dell'Operatore
<b>Visita di controllo post-I.V.G.</b>	Data	Firma del Medico
<i>NOTE</i>		
<b>Counseling Contraccettivo post-I.V.G.</b>	Data	Firma dell'Operatore
<i>NOTE</i>		
<b>Colloquio Psicologico post-I.V.G.</b>	Data	Firma dello Psicologo
<i>NOTE</i>		

**ANNOTAZIONI /AGGIORNAMENTI**