|  |  |
| --- | --- |
| vd_logo_noir_36mm |  |

**Mandat de traitement**

**Interruption de grossesse médicamenteuse à domicile**

J’ai eu aujourd’hui un entretien d’information avec le/la Dr·e …………………………………….

J’ai compris ses explications et j’ai pu poser toutes les questions qui m’intéressaient. Un double du protocole d’information de la Société suisse de Gynécologie et d’Obstétrique m’a été remis.

Je donne mon accord pour le traitement prévu, de même que pour les modifications et les compléments qui s’avéreraient nécessaires en cours de traitement. Je m’engage à ne pas remettre les médicaments que j’ai reçus (mifépristone et misoprostol) à une autre personne pour utilisation.

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu et date : ………………………, le …..…..………… |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom :……………………... | Nom : ………………………. | Signature : ………..………….. |

Le protocole d’information a été discuté avec la patiente. Ses questions ont été abordées et une copie du protocole d’information lui a été remise.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date : ……………………… | Heure : ….. : ….. |  |
|  |  |  |
| Médecin : …………………………. | | Signature : …………………….……... |