

Entête du médecin -code prestataire
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
Agréé(e)
(Tampon +Signature)

Date :

Coordonnées de la patiente:
Matricule:
Nom
Prénom
ou étiquette

Attestation de grossesse pour une femme mineure et non émancipée¹

Le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique soussigné déclare que (Nom/Prénom) née le/...../..... domiciliée à a consulté et a demandé une interruption volontaire de grossesse le/...../..... .

Date des dernières règles :/...../.....

Confirmation échographique de la GIU de ce jour : CRL,.... mm

Age gestationnel : SA

Le médecin soussigné déclare par ailleurs avoir fourni à la patiente :

- des informations médicales sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse existantes, ainsi que sur les risques médicaux et les effets secondaires potentiels de ces méthodes;
- une liste des établissements agréés pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse lorsque le médecin, pour une raison quelconque, n'est pas en mesure de pratiquer lui-même une telle intervention ;
- une documentation qui est mise à disposition par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, informant sur les droits de la femme enceinte, les aides aux enfants et

¹ Tel que prévu à l'article 12 (1) a) de la loi du 17 décembre 2014 modifiant la loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse.

familles, et les différents choix qui s'offrent dans la situation où elle se trouve et leurs conséquences ainsi qu'une liste des services d'assistance psychosociale.

La patiente mineure et non émancipée a été informé de **l'obligation d'une consultation dans un service d'assistance psychosociale** établi auprès d'un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé pour réaliser une interruption volontaire de grossesse.

Fait à le/...../.....

Signature