

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ POUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ**

Je soussignée, _____, dont le dossier médical porte le numéro _____, déclare par la présente, conformément à l'article 142, paragraphe 4, du Code pénal, que j'ai été dûment informée et que je suis consciente des conditions dans lesquelles l'interruption de grossesse sera pratiquée dans mon cas, ainsi que des procédures et des conséquences éventuelles pour ma santé inhérentes à sa réalisation. De ce fait :

Eu _____ com o processo clínico n.º _____, venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- Je confirme que j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et que les explications qui m'ont été données étaient suffisamment claires pour me permettre de prendre une décision en toute liberté ;
- Confirmo que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- Je confirme que je comprends les conséquences de l'interruption de grossesse et que je suis consciente de la possibilité de complications et de la nécessité d'effectuer d'autres actes que ceux proposés initialement ;
- Confirmo que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de atos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- J'autorise, dans les circonstances exposées ci-dessus, l'exécution de tous les actes médicaux indiqués ;
- Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efetuados todos os atos médicos indicados;
- Je confirme que j'ai été informée de l'importance pour ma santé, de suivre les recommandations et les prescriptions médicales avant et après l'interruption de grossesse, ainsi que de me rendre aux consultations prévues ;
- Confirmo que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas;
- Je consens à ce que mes données personnelles relatives à l'interruption de grossesse soient utilisées ultérieurement aux fins prévues par la loi.
- Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

À compléter dans les situations d'interruption de grossesse au choix de la femme, aux termes de l'article 142, paragraphe 1, alinéa e), du Code pénal.

A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea e) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.

Je confirme que j'ai été informée des conditions de soutien que l'État peut apporter à la poursuite de la grossesse et à la maternité.

Confirmando que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade.

Je confirme, qu'à ma demande, il m'a été offert la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique ou de celui d'un assistant social ou d'une assistante sociale pendant la période de réflexion, qui n'a pas été inférieure à trois jours.

Confirmando que, mediante a minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias

Comme on me l'a expliqué, cette interruption de grossesse :

Est le seul moyen d'écarter le danger de mort ou de lésions graves et irréversibles pour mon corps ou ma santé physique ou psychique.

Est indiquée pour éviter un danger de mort ou de lésion grave et durable pour mon corps ou ma santé physique ou psychique et elle sera pratiquée au cours des 12 premières semaines de grossesse.

Est indiquée parce qu'il y a de bonnes raisons de penser que mon fœtus souffrira de façon incurable d'une maladie ou d'une malformation congénitale grave et elle sera pratiquée au cours des 24 premières semaines de grossesse.

Est indiquée parce que le fœtus n'est pas viable.

Sera pratiquée parce que la grossesse résulte d'un crime contre ma liberté et mon autodétermination sexuelle et elle sera pratiquée au cours des 16 premières semaines de grossesse.

Sera effectuée à mon initiative et elle aura lieu au cours des 10 premières semaines de grossesse.

Je souhaite interrompre ma grossesse et j'autorise le recours à la procédure suivante :

Chirurgie avec anesthésie locale

Chirurgie avec anesthésie générale

Médicamenteuse

Médicamenteuse, suivie d'une intervention chirurgicale

Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:

- Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica
- Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez
- Está indicada porque há seguros motivos para prever que o meu feto virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez
- Está indicada porque o feto é inviável
- Será efetuada porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e vai ser realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez
- Será efetuada por minha opção e vai ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez

Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:

- Cirúrgico com anestesia local
- Cirúrgico com anestesia geral
- Medicamentoso
- Medicamentoso seguido de cirúrgico

Nom (en majuscule) _____

Nome (em maiúsculas)

Signature _____

Assinatura

DATE ____/____/____

DATA

*(À compléter dans le cas d'une mineure de moins de 16 ans ou d'une femme sous tutelle pour incapacité psychiatrique)
(Preencher em caso de menor de 16 anos ou mulher psiquicamente incapaz)*

Nom du représentant légal, de l'ascendant, du descendant ou du parent en ligne collatérale

(Article 142, paragraphe 5, du Code pénal)

Nome do representante legal, do ascendente, do descendente ou do parente na linha colateral

(art. 142º, n.º 5 do Código Penal)

Signature _____

Assinatura

DATE ____/____/____

DATA