

IL LEVONOGESTREL (Norlevo)

Norlevo non deve essere somministrato a pazienti con disfunzione epatica grave. Sindromi di grave malassorbimento, come la malattia di Crohn, potrebbero compromettere l'efficacia di Norlevo. Il medicinale contiene lattosio; pertanto in pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al lattosio, con deficit di lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere il medicinale. Il farmaco non è indicato in caso di gravidanza già in atto e non può interrompere la gravidanza stessa.

Minorenne

L'autonomia decisionale della minorenne differisce a seconda dell'età: si deve ricordare che: dal 14° anno risponde delle proprie azioni in sede penale e le è consentita libera sessualità; dal 16° anno può riconoscere un figlio naturale e chiedere al Tribunale dei Minori di essere autorizzato alle nozze. Va anche considerato che dietro il rifiuto della minore di non informare i genitori possono essere motivi di dubbia validità, come il possibile "plagio" da parte di un partner maschile più vecchio e condizionante la minore; senza contare che in certi casi si può ricadere nell'ambito di reati che richiedano obbligo di referto.

Nell'ambito della "contraccezione d'emergenza", dovendosi scegliere tra il rischio di una gravidanza indesiderata o comunque a rischio, con tutto quel che ne consegue sul piano sociale e psicologico, soprattutto nei riguardi di adolescenti giovanissime, è ovvio che la pillola del giorno dopo, astrattamente parlando, venga ad essere il male minore. Il diritto della donna di ottenere la prestazione appare quindi pacifico.

Obiezione di coscienza

L'Obiezione di coscienza non può essere "estemporanea" ma va dichiarata ufficialmente nei modi e nei tempi previsti dalla Legge 194. Qualora i tempi non siano tali da pregiudicare l'effetto anticoncezionale, questi medici hanno quindi il diritto di rifiutare la prescrizione ma devono allora indirizzare correttamente la paziente a strutture quali i Consultori, che comunque, salvo motivi "sanitari", saranno tenuti a prescriberla.

INFORMATIVA PER PRESCRIZIONE DI LEVONORGESTREL

Gentile paziente,

Lei riferisce di aver consumato un rapporto sessuale a rischio di concepimento, e chiede la prescrizione di un contraccettivo di emergenza ("pillola del giorno dopo").

Lei è stata informata che tale farmaco inibisce l'annidamento dell'ovulo (anche se fecondato) alla parete uterina.

Lei è stata informata che tale metodo non è infallibile e risulta efficace solo se il farmaco viene assunto a brevissimo tempo dall'atto sessuale; fallisce invece, in percentuali sempre maggiori, con l'allungarsi di tale periodo. Viene generalmente ritenuto efficace se assunto entro le 72 ore.

Sono stati descritti effetti collaterali quali: nausea (23%), vomito (6%), vertigini (11%), affaticamento (17%), tensione mammaria (11%), dolori pelvici (18%), altri meno frequenti (diarrea, perdite vaginali).

Non è possibile escludere comunque effetti collaterali ancora non noti, diversi per tipologia o per gravità.

In particolare:

- Nega di essere affetta da disfunzione epatica o renale grave;
- Nega precedenti problemi di trombosi e/o trombofilia;
- Nega di essere intollerante al galattosio, di essere affetta da deficit di Lapp-lattasi o da malassorbimento diglucosio-galattosio;
- Nega che la propria condizione di salute abbia controindicato la prescrizione della normale terapia contraccettiva ormonale in precedenza;
- Nega di avere assunto all'interno del medesimo ciclo mestruale Levonorgestrel;
- Nega di avere subito, in precedenza, aborti spontanei o di avere sofferto di gravidanze extrauterine;
- Nega di essere affetta da ulteriori rilevanti problemi di salute (in caso di risposta affermativa elencare quali).

E' stata informata di ogni altro aspetto del problema, ed è stato risposto esaurientemente alle domande che ha posto al suo Medico.

Firma del Medico, _____ Firma della Paziente, _____

Io sottoscritta _____ Ho preso visione dell'informativa, avendo ricevuto esaurienti risposte ai miei dubbi. Dichiaro di aver esposto correttamente ed esaurientemente al medico le circostanze della mia richiesta e tutti i problemi fisici che riguardino le mie condizioni di salute in modo che lui possa valutare eventuali controindicazioni.

CONSENTO al trattamento con la "pillola del giorno dopo", e ne chiedo opportuna prescrizione.

Data, _____

Firma della Paziente, _____