



Formular A

**Interruption de grossesse en
situation de détresse selon l'article 119
du Code pénal suisse**

Gesundheitsdepartement
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen
T 058 229 35 64
F 058 229 46 09
info.kantonsarzt@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Demande à l'intention du médecin devant pratiquer l'intervention

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
Rue, n°: _____
NPA, localité: _____

**Je suis en situation de grossesse non désirée.
Je me trouve dans une situation de détresse et ne peux pas mener à terme cette grossesse.
Je demande par conséquent une interruption de grossesse.**

Le médecin devant pratiquer l'intervention

- s'est entretenu avec moi de manière approfondie,
- m'a conseillée personnellement,
- m'a informée des risques médicaux de l'intervention et
- m'a remis le dossier préparé par la Direction de la santé publique du canton de Saint Gall.

Lieu et date:

Signature de la requérante:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

Dieses Formular bleibt in der Krankengeschichte des Operateurs/der Operateurin!