



**Attestation d'interruption médicale de grossesse d'indication maternelle**

*Article L2213-1 du code de la Santé Publique*

Nous soussignés,

Docteur .....  
 gynécologue-obstétricien membre habilité du CPDPN du CHU de Grenoble Alpes,

Docteur .....  
 médecin spécialiste de l'affection dont la patiente est atteinte,

Docteur .....  
 médecin choisi par la patiente,

M. ou Mme .....  
 psychologue ou sage-femme ou assistante sociale,

certifions qu'après examen médical,

Mme .....

née le .....

peut bénéficier d'une interruption médicale de grossesse en raison d'une affection maternelle dont la poursuite met en péril grave sa santé.

Il lui a été proposé un délai de réflexion d'au moins une semaine.

Dr.....	Dr.....
Dr .....	M. ou Mme (personne qualifiée tenue au secret professionnel) .....
Patiente .....	