

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на медикаментозное прерывание беременности**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена, что хочу прервать беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методом. Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препаратов мифепристон и мизопростол.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

— о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребёнка;

— о сути метода медикаментозного прерывания беременности;

— о том, что в процессе медикаментозного аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные;

— медикаментозный аборт сопровождается кровяными выделениями из половых путей, которые могут быть более сильными, чем во время обычной менструации;

— о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в течение времени, пока аборт не завершится, в соответствии с назначением лечащего врача;

— метод медикаментозного способа прерывания беременности включает:

приём 1 таблетки или 3 таблеток мифепристона и спустя 36–48 часов приём 2 таблеток в сроке до 49 дней задержки или 4 таблеток в сроке от 49 до 63 дней задержки сокращающего матку препарата — мизопростола. Приём препаратов осуществляется в лечебном учреждении в присутствии врача.

Мне даны разъяснения:

— о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил в 2–5% случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путём;

— о том, что если я приму решение сохранить беременность в случае её продолжающегося развития после медикаментозного аборта, то существует риск для здоровья будущего ребёнка;

— о возможной необходимости приёма дополнительных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием моего лечащего врача;

— о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении;

— о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я, _____ (Ф.И.О. печатными буквами), хочу прервать беременность медикаментозным способом. Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, куда я могу

обратиться в случае, если мне понадобится неотложная медицинская помощь.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____