

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение искусственного прерывания беременности  
при сроке до 12 недель

Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_, года рождения в соответствии со статьями 20, 56 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» настоящим подтверждаю своё согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности, то есть хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием (далее — операция).

1. Я проинформирована врачом о нижеследующем:

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

— о смысле операции и обезболивания и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;

— о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

— о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;

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

— о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;

— о необходимости приёма назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

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

2. Мне даны разъяснения о:

а) действии назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

б) основных этапах обезболивания;

в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

— осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнениях анестезиологического пособия; травме и прободении матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечении, что может потребовать расширения объёма операции вплоть до чревосечения и удаления матки, и др.;

— осложнениях в послеоперационном периоде: скоплении крови в полости матки; остатках плодного яйца в полости матки, остром и/или подостром воспалительном процессе матки и/или

придатков матки, вплоть до перитонита; что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;

— отдалённых последствиях и осложнениях: бесплодии; хронических воспалительных процессах матки и/или придатков матки; нарушении функции яичников; внематочной беременности; невынашивании беременности; различных осложнениях при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременных родах; различных осложнениях родовой деятельности; кровотечениях в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психических расстройствах и др.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснена также альтернатива проведения операции и возможность не прибегать к ней.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне операции.

Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_

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

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_