

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на 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 хирургическим и комбинированным методом. Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препаратов мифепристон и мизопропростол.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о сути метода прерывания беременности;
- о том, что в процессе аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные.
- 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.

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 путем.
- о возможной необходимости приема 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 все, о чем 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