Информированное добровольное согласие на проведение

искусственного прерывания беременности по желанию женщины

Я, нижеподписавшаяся, ,

года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного

прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

– медикаментозным методом;

– путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

– 48 часов;

– 7 дней\*.

В течение указанного периода:

– я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских

противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

– мне проведено / не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование

(далее – УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)\*\*: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату

отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

Я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом акушером-гинекологом:

– о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

– о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного

прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

– после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве

отдаленных последствий:

– бесплодие;

– хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности;

различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах – преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах

и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

– скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый

и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки вплоть

до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая

удаления придатков матки и матки;

– во время проведения искусственного прерывания беременности:

– осложнения анестезиологического пособия;

– травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

– кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом акушером-гинекологом:

– о механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения

искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

– основных этапах обезболивания;

– необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

– необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения

в соответствии с назначениями лечащего врача;

– режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после

проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях

в случае несоблюдения рекомендаций;

– методах предупреждения нежелательной беременности;

– сроках контрольного осмотра врачом акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие

ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен

смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка,

дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для

демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач акушер-гинеколог

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.