

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 г. N 323-ФЗ 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 (*1).

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 органов малого таза, в процессе которого
продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение* (при
наличии сердцебиения)*2 : " 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)

Дата "___" _____ 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

(имя, отчество, фамилия) (подпись)

Дата "___" _____ 20__ г.

1* Часть 3 статьи 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2* Пункт 106 Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный N 27960), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 января 2014 г. N 25н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2014 г., регистрационный N 3 1644), от 11 июня 2015 г. N 333н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2015 г., регистрационный N 37983) и от 12 января 2016 г. N 5н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 февраля 2016 г., регистрационный N 41053).