

Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель

Я, нижеподписавшаяся, _____ года рождения в соответствии со статьями 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 настоящим подтверждаю свое 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 ребенка;
- о смысле операции и обезболивания;
- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезбоживание) 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 приема 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 следующих лекарственных препаратов: _____ и возможных осложнениях при их применении;

б) основных этапах обезболивания;

в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

- осложнения непосредственно в момент проведения операции:
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 и др.;

- осложнениях в послеоперационном периоде:
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 матки и др.;

- отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; 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; нервно-психические расстройства 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.

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 _____